

Axel Liégeois

Waarden in dialoog

Ethiek in de zorg

Vierde, herziene druk: januari 2014
Derde druk: december 2012
Tweede druk: mei 2011
Eerste druk: augustus 2009

D/2014/45/146 – ISBN 978 94 014 1705 1 – NUR 737, 895

Vormgeving cover en binnenwerk: Keppie & Keppie
Omslagfoto: Maarten Mangelschots

© Axel Liégeois & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2014.

Uitgeverij LannooCampus maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij,
de boeken- en multimediodivisie van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden.

Niets van deze uitgave mag verveelvoudigd worden en/of openbaar gemaakt,
door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook,
zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus
Erasmestraat 179 bus 101
3001 Leuven
België

www.lannoocampus.be

Inhoud

Voorwoord	7
Inleiding	9
HOOFDSTUK 1 Ethiek en zorgrelatie	15
HOOFDSTUK 2 Relationeel personalisme	33
HOOFDSTUK 3 Waarden, dialoog en grondhoudingen	47
HOOFDSTUK 4 Praktisch ethisch model	75
HOOFDSTUK 5 Samenwerking tussen zorgverleners	101
HOOFDSTUK 6 Samenwerking met zorgontvanger en naastbetrokkenen	121
HOOFDSTUK 7 Vrijheidsbeperking en dwang	147
HOOFDSTUK 8 Informatie en beroepsgeheim	165
Nawoord	197
Noten	198

Voorwoord

Dit boek is gegroeid vanuit mijn opdracht bij de Broeders van Liefde te Gent en aan de faculteit Theologie en Religiewetenschappen van de KU Leuven. Bij de Broeders van Liefde ben ik stafmedewerker ethiek in de sectoren zorg en welzijn, en docent ethiek aan de school voor psychiatrische verpleegkunde Guislain. Mijn opdracht is er de coördinatie van commissies voor ethiek, ethische vorming geven en advies. Aan de KU Leuven ben ik verbonden aan de onderzoekseenheid pastoraaltheologie en empirische theologie, en titularis van de Leerstoel Kanunnik Triest voor pastoraat in de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor mensen met beperkingen. Mijn opdracht bestaat uit universitair onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en maatschappelijke dienstverlening. Beide opdrachten vullen elkaar mooi aan en beïnvloeden elkaar.

Door de vele gesprekken met zorgverleners uit de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor mensen met beperkingen en de ouderenzorg in de context van hun werk en vorming, heb ik de praktijk van de zorg leren kennen. Zonder hen is dit boek niet denkbaar. Door de confrontatie van mijn inzichten en ervaringen als ethicus met hun inzichten en ervaringen als zorgverlener ontwikkelden zich ideeën die hun neerslag in dit boek vinden. 'Du choc des idées jaillit la lumière.' In die zin zijn al deze zorgverleners een beetje medeauteur van dit boek. Ik wil hen daarvoor danken en het boek aan hen opdragen. Ik schrijf wat zij vanuit ethisch standpunt het best zouden kunnen doen, maar zij maken dit elke dag in de praktijk waar.

Mijn dank gaat ook uit naar mijn collega's in Gent en in Leuven, in het bijzonder mijn collega's van de dienst identiteit en de onderzoekseenheid pastoraaltheologie en empirische theologie, voor de aange-

name werksfeer, de fijne samenwerking en de boeiende gesprekken. Hilde Vanmechelen van uitgeverij LannooCampus bedank ik voor de goede samenwerking. Ik dank mijn echtgenote Kristien voor de vrije ruimte die ze me geeft om met dit werk bezig te zijn, voor haar belangstelling en aanmoediging en voor het nalezen van het manuscript op verstaanbaarheid en leesbaarheid. Ik dank ten slotte mijn kinderen, Lucas, Emilia en Helena, omdat zij mij op hun wijze duidelijk maken dat er in het leven meer is dan werken en schrijven.

Inleiding

Dit boek gaat over ethiek in de zorg. *Waarden in dialoog* staan er centraal. Het is de opvolger van *Begrensde vrijheid. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg* dat ik meer dan vijftien jaar geleden schreef.¹ Ik verwijs er nog regelmatig naar. Ondertussen is ook dit boek een herziene uitgave: de terminologie en de literatuur zijn aangepast, maar er zijn heel wat inhoudelijke aanvullingen, vooral in de eerste vier fundamentele hoofdstukken.

Met ethiek in de zorg richt ik mij vooral op de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor mensen met beperkingen en de ouderenzorg. Deze sectoren hebben een belangrijk gemeenschappelijk kenmerk. Je vindt er heel wat mensen die zeer kwetsbaar zijn wegens psychische problemen, beperkingen of een grote zorgafhankelijkheid. Niet alleen in de maatschappij en in de zorgsector zijn ze kwetsbaar, maar ook in de ethiek. De dominante ethische modellen zijn voor hen minder toepasselijk omdat de autonomie en de keuzebekwaamheid van mensen in die modellen vooropstaan. In dit boek wil ik bijzondere aandacht besteden aan deze kwetsbaarheid. Het boek gaat wel over ethiek in de zorg, zoals de ondertitel luidt. Maar het is vooral gericht op de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor mensen met beperkingen en de ouderenzorg.²

Het boek is geschreven vanuit een fundamenteel inzicht: het consequent en radicaal doortrekken van een relationele visie op ethiek. Denken in termen van relaties is natuurlijk vanzelfsprekend in de zorg. Meestal vertrekt het denken echter vanuit individuen, die vanuit hun individualiteit met elkaar in relatie treden. In een relationeel denken staat de relatie voorop en is de relatie de verbinding tussen de individuen. Het lijkt op het eerste gezicht

misschien tweemaal hetzelfde. Maar bij nader inzien en vooral bij een dieper doordenken, is er een groot verschil. Al van bij de aanvang van het boek staat de zorgrelatie centraal. De visie op de zorgrelatie is immers bepalend voor de ethische optie. Ik huldig een relationele visie op de zorgrelatie, die de ethiek tot een relationele ethiek heroriënteert. Daarmee wil ik aansluiten bij de brede beweging van de zorgethiek. Deze relationele ethiek fundeer ik op het personalisme. Daarbij wil ik het personalisme radicaliseren tot een 'relationeel personalisme'. En deze optie geeft richting aan alle andere ideeën uit het boek.

Het boek is opgebouwd uit acht hoofdstukken. De eerste vier hoofdstukken zijn het meest fundamenteel en leiden tot een synthese. Het eerste hoofdstuk legt de basis van ethiek in de visie op de zorgrelatie. Het tweede hoofdstuk fundeert deze visie in het personalisme en radicaliseert het tot een relationeel personalistische ethiek. Deze ethiek wordt in het derde hoofdstuk uitgewerkt aan de hand van drie pijlers, namelijk waarden, dialoog en grondhoudingen. De pijlers hangen nauw met elkaar samen: de zorgverleners evalueren waarden in dialoog en doen dit vanuit grondhoudingen. Meteen wordt de titel van het boek duidelijk. De waarden komen aan bod in de dialoog en treden met elkaar in dialoog. En dit gebeurt vanuit goede grondhoudingen. Er wordt een kader van fundamentele waarden en grondhoudingen ontwikkeld, net als een visie op verantwoordelijkheid in dialoog. In het vierde hoofdstuk worden al deze elementen samengebracht. Het is een synthese van de ethische theorie, maar biedt tegelijk een praktisch model voor ethische reflectie. Dit model kunnen zorgverleners gebruiken om zelf ethisch te reflecteren op hun zorgpraktijk.

Dit praktisch model is de basis voor de toepassingen uit de volgende vier hoofdstukken. Daarin staat de samenwerking als relationeel gebeuren centraal. In de zorg gaat het immers om samenwerking tussen alle betrokkenen. Dit begint in het vijfde hoofdstuk met de samenwerking tussen zorgverleners in een team of een netwerk, wat onvermijdelijk begrensd wordt door menselijke tekortkomingen. In het zesde hoofdstuk wordt de samenwerking verbreed tot die van de zorgverleners met de zorgontvanger en de naastbetrokkenen, en wordt er gepleit voor een samenspel van dialoog, bemoeizorg en toestemming. Maar ook deze samenwerking heeft haar grenzen, die besproken worden in het zevende hoofdstuk over structurele en situationele vrijheidsbeperking en over dwang. In het achtste hoofdstuk ten slotte komt een belangrijke voorwaarde voor elke vorm van samenwerking aan bod, namelijk het zorgvuldig omgaan met informatie en met het beroepsgeheim, met daarbij een pleidooi voor een voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim.

Het radicaal relationeel denken heeft voor mij een nog diepere betekenis. Het maakt deze ethiek tot een christelijk geïnspireerde ethiek. Enerzijds wil ik met dit boek alle zorgverleners aanspreken, ongeacht hun levensbeschouwelijke overtuiging. Ik verwijs in dit boek niet naar christelijke standpunten en gebruik geen specifiek christelijke taal. Anderzijds ben ik christen en denk ik vanuit het christelijk gedachtegoed. Het relationeel personalisme is voor mij een niet-religieuze uitdrukking van deze christelijke visie. Als christen kun je niet anders dan relationeel denken. Maar christenen hebben hier geen monopolie over. Ook andersdenkenden kunnen relationeel denken. Maar het relationeel denken zit diep verankerd in de kern van het christelijk geloof. Het christendom is een unieke godsdienst omdat het God relationeel beschouwt: God zelf is de relatie tussen Vader, Zoon en Geest. Door de schepping verbindt God alle schepselen met

elkaar. In het bijzonder maakt God de mensen tot broers en zussen van elkaar. Het relationeel denken zit dus in de eigenheid van het christelijk geloof. En zonder verder in dit boek over God te spreken, is de relationeel personalistische ethiek doordrongen van het christelijk gedachtegoed. Ook andere opties in dit boek zijn christelijk geïnspireerd. Zo kunnen de keuze en de fundering van de waarden en de grondhoudingen christelijk gemotiveerd worden. Ook de ethische methodiek en het proportionaliteitsprincipe zijn elementen uit de traditie van de christelijke ethiek.

In dit boek wil ik ook rekening houden met de toename van het juridisch denken. We maken een jurisdisering van de maatschappij mee en deze jurisdisering zet zich ook door in de zorg. Ik voel bij zorgverleners een grote zorg om te handelen in overeenstemming met de juridische voorschriften. Als ethicus kan ik dit niet negeren. Daarom verwijs ik naar wettelijke voorschriften, hoewel dit uiteraard een ethisch boek is. Het belangrijkste juridisch kader in België is ongetwijfeld de Wet op de Patiëntenrechten van 2002. Naar de Nederlandse wetgeving heb ik op enkele plaatsen verwezen. Het is echter onmogelijk in een ethisch boek zowel naar het Nederlandse als naar het Belgische recht te verwijzen zonder dat het boek een al te juridisch karakter krijgt. Ethiek kan evenwel drie functies vervullen tegenover het recht: een opbouwende functie bij het tot stand komen van het recht, een kritische functie tegenover het geldende recht en een aanvullende functie bij wat niet of niet duidelijk door het recht geregeld is. De opbouwende functie is in dit boek niet aan de orde. De kritische functie loopt door het hele boek heen. Het recht denkt immers weinig relationeel, maar ziet de mensen als individuen die met elkaar in conflict komen of zich tegenover elkaar verweren. Daarom probeer ik deze individualistische aanpak van het recht voortdurend te integreren in een relati-

onele visie van de ethiek. Ook de laatste, aanvullende functie van ethiek komt in dit boek aan bod. Op vele plaatsen probeer ik een ethisch denkkader aan te bieden dat de leemtes in de juridische regelgeving kan aanvullen.

In dit boek verwijs ik regelmatig naar een casus. Dit heeft het voordeel dat het de theorie dichter bij de praktijk kan brengen. Die werkwijze heeft echter nadelen. Een casus te gronde bespreken dreigt voor lezers een model te worden om gelijksoortige casussen op dezelfde wijze aan te pakken. Maar casussen zijn steeds verschillend en kunnen dus nooit op identieke wijze benaderd worden. Daarom heb ik in de casus nooit naar een 'eindoplossing' gewerkt. Een ander nadeel is dat een casus steeds de band legt met één sector: de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor mensen met beperkingen of de ouderenzorg. Het is juist mijn bedoeling een ethische visie te bieden die zo fundamenteel is dat ze de verschillen tussen de sectoren overstijgt. Daarom heb ik de casus zo opgevat dat deze toepasbaar is bij iemand met psychische problemen, beperkingen of een grote zorgafhankelijkheid.

Het boek heeft misschien een wat ponerend karakter. Het is inderdaad een coherente synthese die systematisch vanuit een fundamentele visie naar praktijkgerichte inzichten wordt opgebouwd. Maar onder deze synthese schuilt een hele ontwikkeling. De hoofdstukken zijn het resultaat van het herschrijven van cursussen, adviezen of vroegere publicaties. En deze cursussen, adviezen en publicaties zijn zelf het resultaat van een heel proces van literatuurstudie enerzijds en dialoog met zorgverleners en studenten anderzijds. Het is onmogelijk de lezer deelgenoot te laten worden van de hele weg die afgelegd werd om tot deze synthese te komen. In de noten heb ik verwezen naar adviezen bij de Broeders van Liefde, naar eigen publi-

caties en publicaties van anderen. Ik besef echter dat dit slechts een summier beeld geeft van het hele voorafgaande proces. De lezers kunnen kiezen of ze de noten erbij lezen of niet.

Ten slotte wil ik nog de gekozen terminologie toelichten. In dit boek spreek ik over zorgontvanger, naastbetrokkenen en zorgverleners. Het is een keuze die niet ideaal is, maar hopelijk goed genoeg. Zorg is een centraal begrip. Ik heb de voorkeur gegeven aan zorgverleners boven zorggevers of zorgverstrekkers, en zorgontvanger boven zorgvrager. Andere termen, zoals patiënt, cliënt of bewoner, zijn te sectorgebonden. Voor naastbetrokkenen heb ik geopteerd omdat het een bredere term is dan familie en beter recht doet aan de realiteit van een sociaal netwerk. De zorgverleners staan zo veel mogelijk in het meervoud om te wijzen op de samenwerking in een team of in een professioneel netwerk. De zorgontvanger staat zo veel mogelijk in het enkelvoud om de persoonlijke benadering te beklemtonen. Ik heb ook geprobeerd inclusieve taal te gebruiken, zodat vrouwen noch mannen zich uitgesloten voelen. Verder in het boek gebruik ik de we-vorm om de lezer mee te nemen in de gedachtegang en om duidelijk te maken dat de geformuleerde ideeën niet alleen van mij zijn, maar gegroeid zijn in dialoog met anderen.

Hoofdstuk 1 • Ethiek en zorgrelatie

INLEIDING

Wat is ethiek? Hoe kunnen we vanuit ethisch perspectief nadenken over problemen in de zorg? Om op deze vragen te antwoorden, zijn er vele benaderingen in de ethiek mogelijk, zoals deontologie en utilitarisme, rechtenethiek en deugdenethiek, principe-ethiek en zorgethiek.³ Het is onze bedoeling om een ethisch model te ontwikkelen dat tegelijk gericht is op de praktijk en gegrond is op een fundamentele visie. We werken eerst het fundament uit. In dit hoofdstuk vertrekken we vanuit het belang van de relatie in de ethiek en schetsen we de verschillende visies op de zorgrelatie. Van daaruit opteren we voor een relationele benadering van ethiek.

ETHIEK IN RELATIE

Zorgrelatie als uitgangspunt

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

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

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

Hoe de levenssituatie van Erik ook is, uit de casus blijkt dat hij en de zorgverleners een andere visie op het leven hebben. De zorgverleners worden door het gedrag van Erik opgeroepen om zich op een of andere manier tot hem te verhouden en handelingen te verrichten.⁴ Onder handeling verstaan we hier zich tegenover hem gedragen en met hem communiceren op een verbale of non-verbale wijze. De zorgverleners worden door zijn gedrag geappelleerd. Dit overkomt hen, of ze het willen of niet. Zelfs als de zorgverleners zijn gedrag negeren, reageren ze op een bepaalde manier. Door het appel van Erik worden ze verantwoordelijk gesteld voor hun handelen tegenover hem. Dit verantwoordelijk gesteld worden gaat vooraf aan hun vrijheid. Ze worden verantwoordelijk gesteld, zonder dat ze ervoor kiezen. Dit is het ethisch appel in de zorgrelatie. Uiteraard hebben de zorgverleners de vrijheid om hun verantwoordelijkheid al dan niet op te nemen en op een bepaalde wijze te handelen. Maar voordat

ze deze vrijheid uitoefenen, worden ze door Erik verantwoordelijk gesteld. Vanzelfsprekend geldt ook de omgekeerde beweging. Erik wordt evenzeer door de zorgverleners opgeroepen om zich op een bepaalde manier tot hen te verhouden en te handelen. Erik wordt door de zorgverleners geappelleerd om zijn verantwoordelijkheid op te nemen.

Toch is de verantwoordelijkheid van de zorgverleners en van de zorgontvanger verschillend. De reden hiervoor is dat de zorgrelatie niet symmetrisch, maar asymmetrisch is.⁵ De relatie kan wel wederkerig zijn in de zin dat zorgverleners en zorgontvanger op elkaar betrokken zijn en met elkaar communiceren. Bovendien kunnen ze beschouwd worden als gelijkwaardig, in de zin dat ze allemaal als mens dezelfde waardigheid genieten. Niettemin zijn zorgverleners en zorgontvanger ongelijk door hun verschillende rol of positie in de zorgrelatie. De zorgontvanger heeft een probleem dat hij of zij niet meer alleen kan oplossen zonder professionele zorg, terwijl de zorgverleners professionele kennis en vaardigheden hebben om met dit probleem om te gaan. Daardoor ontstaat er een ongelijke verhouding tussen de zorgverleners en de zorgontvanger. Deze verhouding is onvermijdelijk een machtsverhouding waarin de zorgverleners meer macht hebben dan de zorgontvanger, hoewel de zorgontvanger ook macht op de zorgverleners kan uitoefenen. Deze machtsongelijkheid is structureel van aard. Dit betekent dat de machtsongelijkheid een onontkoombare gegevenheid is in de structuur van de zorgrelatie. De machtsverhouding gaat vooraf aan de manier waarop zorgverleners en zorgontvanger met elkaar omgaan.

De machtsongelijkheid wordt moreel of ethisch naargelang van de wijze waarop de zorgverleners of de zorgontvanger met deze ongelijkheid omgaan. Zorgverleners en zorgontvanger hebben een

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

Ethisch perspectief

In de zorgrelatie worden de zorgverleners opgeroepen om bepaalde handelingen te verrichten tegenover de zorgontvanger. Ze kunnen dit doen vanuit verschillende invalshoeken of perspectieven.⁶ De zorgverleners kunnen vanuit professionele perspectieven reageren, zoals vanuit een medisch, psychiatrisch, geriatrisch, verpleegkundig, paramedisch, psychologisch, orthopedagogisch of maatschappelijk perspectief. Maar zorgverleners kunnen ook vanuit persoonlijke perspectieven reageren, waarbij hun persoonlijke beleving op de voorgrond staat. Ook de zorgontvanger en de naastbetrokkenen kunnen vanuit een persoonlijk perspectief of vanuit een professioneel perspectief reageren. Het ethisch perspectief staat open voor de inbreng van alle persoonlijke en professionele perspectieven. Het kan zich niet beperken tot het standpunt van één van de betrokkenen of zweren bij één wetenschappelijke theorie. Het ethisch perspectief probeert de andere perspectieven te integreren.

Hoe kan ethiek de zo verschillende perspectieven integreren? Een antwoord op die vraag vinden we in de dynamiek van de zorg zelf. Om goede zorg te bieden, maken de zorgverleners bepaalde keuzes of verrichten ze bepaalde handelingen. Een dergelijke keuze of handeling gaat uit van een aantal feiten over de zorgontvanger in

zijn of haar leefwereld, die geïnterpreteerd worden vanuit verschillende perspectieven. Een loutere interpretatie van de feiten volstaat niet om tot een bepaalde keuze of handeling te komen. Hier komt ethiek in het spel. Ethiek waardeert de feiten en interpretaties uit de verschillende perspectieven om op basis van deze waarderings een keuze te maken of een handeling te verrichten. En juist door de feiten en interpretaties te waarderen en te komen tot een verantwoorde keuze of handeling, integreert ethiek de verschillende perspectieven.

Waarden en normen

De focus van ethiek ligt dus op het waarderen. Dit proces van waarderen bestaat uit het toekennen van een bepaalde waarde aan een feit of interpretatie.⁷ En deze waarde kan leiden tot een bepaalde norm voor het handelen. Welke keuze of handeling de zorgverleners ook op het oog hebben, ze veronderstellen steeds een aantal waarden en normen. Een waarde is de betekenis of het belang waarmee iemand een keuze of handeling duidt als goed of nastrevenswaardig. Een norm is een algemene richtlijn voor het handelen. Ze bevordert of beschermt een waarde en is uitgedrukt in een gebod of een verbod. Zo is beschermwaardigheid een belangrijke waarde en kan niet-schaden er als norm uit afgeleid worden.

Handelingen in de zorg veronderstellen bijgevolg steeds waarden en normen die de handelingen ethisch funderen. Zelfs als de zorgverleners die onderliggende waarden en normen niet expliciteren, zijn ze toch in hun handelingen geïmpliceerd. Elke handeling is immers een keuze die bepaalde waarden en normen uitdrukt of nastreeft. Voor de ene handelingsmogelijkheid kiezen, impliceert voor zoveel alternatieven niet kiezen. Dit gebeurt al dan niet bewust. In elke keuze is er een onderliggende verhouding van waarden en normen

vervat. Als bepaalde zorgverleners kiezen om Erik met rust te laten, dan impliceert dit een keuze voor waarden als autonomie en privacy en voor de individuele norm van zelfbeschikking. Willen andere zorgverleners echter dat Erik actief en gemotiveerd is, dan kiezen ze impliciet voor waarden als zorgverlening en participatie en voor de sociale norm van inclusie. Waarden en normen zijn vanuit ethisch perspectief de dragende grond van elke handeling.

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

Morele intuïtie en ethische reflectie

Waarden en normen zijn algemene en principiële concepten. De situatie waarvoor zorgverleners staan, is echter steeds particulier en menselijk. De brug tussen deze algemene waarden en normen en de particuliere situatie kunnen de zorgverleners enkel slaan door hun morele intuïties.⁸ Een morele intuïtie is een spontaan aanvoelen en evalueren van waarden en normen in een bepaalde situatie. De zorgverleners voelen innerlijk en onmiddellijk aan welke waarden en nor-

men er in een situatie op het spel staan. Bovendien evalueren ze deze waarden en normen op een spontane wijze door ze met elkaar te verbinden of ze tegenover elkaar af te wegen. Dit gebeurt vanuit wat in de traditie van de ethiek het 'geweten' wordt genoemd. Het geweten is het vermogen om ethisch te evalueren.⁹ Het is een innerlijk besef van de verplichting het goede te doen en het kwade te vermijden. Tegelijk is het geweten ook een weten of een innerlijke kennis van goed en kwaad, van waarden en normen. Vanuit het geweten evalueren mensen keuzes en handelingen als goed en waardevol, of niet.

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

Daarmee komen we aan de eigenheid van ethische reflectie. Ethiek is geen vreemde zaak die zich van buitenaf aan de zorg opdringt. Het is een kritische reflectie op de morele intuïties die aanwezig zijn bij alle betrokkenen in de zorg. Zorgverleners, zorgontvanger en naastbetrokkenen kunnen immers verschillende morele intuïties hebben. Niettemin kan er maar één keuze tegelijk in de zorg verwezenlijkt worden. Ethische reflectie is een proces van verhelderen

en verdiepen van de morele intuïties van de betrokkenen. Het is de bedoeling dat, door dit proces van kritische reflectie heen, de morele intuïties naar elkaar toegroeien en er een consensus over de keuze kan ontstaan. Zo draagt ethische reflectie bij tot het maken van eensgezinde keuzes in de zorg.

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

In de ethische reflectie maken de zorgverleners de evaluatie op een kritische en systematische wijze. Ze zoeken naar een grotere objectiviteit in de subjectiviteit, zonder ooit te kunnen beweren dat ze de objectieve waarheid in pacht hebben, los van enige subjectiviteit. Kortom, de zorgverleners zoeken naar een zo objectief, objectiveerbaar of redelijk mogelijke verantwoording van de keuze die ze maken. Of beter gezegd, ze zoeken naar een zo breed mogelijke intersubjectieve verantwoording van hun keuze. Deze reflectie gebeurt op een systematische wijze volgens een bepaalde methodologie. De reflectie is ook kritisch, en dus niet waarde vrij of neutraal. Er is een