



Niet alleen brandjes blussen

Iedereen kent de gouden regel ‘Wat gij niet wilt dat u geschiedt, doet dat ook een ander niet’. Met wat variatie in de bewoording is deze regel in de meeste culturen en religies terug te vinden, en er zijn weinig weldenkende mensen die hem niet onderschrijven. Dus, als we ons daaraan zouden houden, zou het verblijf in een ziekenhuis wat familiebezoek betreft tamelijk probleemloos moeten kunnen verlopen.

In de praktijk ziet het echter vaak anders uit. De in de casus ‘Een bed bezet houden’ besproken spanningen bij voor autochtonen ongewend omvangrijke bezoekpraktijken van allochtone families zijn bekend en moeilijk, vooral op afdelingen met ernstig zieke patiënten. Het is van belang dat je als ziekenhuis en als verpleegafdeling hierover nadenkt en een regeling afsprekt, zodat je niet van het ene incident in het ander rolt met telkens onnodig oplopende frustraties.

Emoties en bekommernis

Nadenken, reflecteren is een eerste stap. Dat kun je goed doen in een moreel beraad of een gezamenlijk gesprek. Iedereen heeft zo zijn eigen gevoelens en ideeën bij dergelijke situaties. Dat zien we ook in de casusbeschrijving terug. De stagiaire en de begeleider doen verslag van

het verhaal van de verpleegkundige. Emoties en bekommernis zijn duidelijk terug te lezen in de manier waarop de situatie verteld wordt: familie ‘veroorzaakte oproer’ waardoor goede zorg voor de patiënt niet mogelijk was, de familie was ‘niet weg te krijgen’, de beveiliging was zelfs ingeroepen om de familie eventueel weg te sturen, de familie ‘loog’ over het boeken van het ticket naar Marokko. Hielden ze daarmee niet een bed bezet ten koste van iemand die de zorg hard nodig had? De emotie zit in de negatieve waarderingen, en daarin zit een duidelijk afkeurend moreel standpunt. Dat is voorstelbaar, de situatie kan voor verpleegkundigen en andere patiënten dusdanig verstorend zijn dat ze niet te handhaven is. Met het te hulp roepen van de beveiliging is de kans alleen groot dat de situatie escaleert en ontaardt in een conflict. Het voorstel om een islamitische collega te roepen is verstandiger.





Verder kijken

Maar als geestelijk verzorger moet je niet alleen brandjes blussen. Dergelijke casuïstiek onderstreept de noodzaak van ethische reflectie. Wanneer je een ethisch gesprek voert, neem je je eigen emoties serieus maar probeer je ook verder te kijken. De andere partijen hebben ook een verhaal, een kijk op het voorval. Het is bijvoorbeeld moeilijk voorstelbaar dat de al-lochtone familieleden dit gedrag vertonen met het vooropgezette doel de orde in een ziekenhuis te verstoren en iedereen tot last te zijn. Het meest waarschijnlijke motief is dat ze begaan zijn, bekommerd zijn om het lot van hun zieke familielid. Net als de verpleegkundigen willen ze goed zorgen voor de zieke. Alleen hebben zij een andere voorstelling van hoe je dat doet.

Ander vertrekpunt

Met moreel beraad of welke vorm van ethische gespreksvoering dan ook, creëer je de ruimte om over de eigen directe betrokkenheid verder te vragen. Het vertrekpunt is anders: niet het eigen gelijk staat voorop waaraan de ander zich te conformeren heeft, maar het uitgangspunt dat de ander ook het goede beoogt, en dat die cultureel verschillende voorstellingen van het goede niet op voorhand harmoniëren.

Dat is een nobel uitgangspunt, maar je kunt natuurlijk tegenwerpen dat daar het risico van relativisme in schuilt, namelijk dat men alle culturele voorstellingen als gelijkwaardig beschouwt. Als alles op voorhand als goed beschouwd wordt, kunnen er dan nog wel keuzes

gemaakt worden, of belanden we dan telkens in een impasse?

De uitweg die het ethisch gesprek hier biedt, is dat alle aspecten – intenties, belangen, effecten – gewogen worden en dat er een hiërarchie, een prioritering wordt vastgesteld en beargumenteerd. Goede bedoelingen alleen zijn nog geen garantie voor goed handelen, en het goede voor de een hoeft nog niet goed voor de ander te zijn, zoals ook in de casus duidelijk wordt.

Normatieve ondergrens

Een voor de hand liggende normatieve ondergrens in zulk soort gevallen is dat de rust en het genezingsproces van alle patiënten niet verstoord mag worden, zeg maar het bekende ‘niet schaden’ uit de klassieke me-

dische ethiek. Deze ondergrens kan gehanteerd worden in de interculturele communicatie.

Daarmee heb je een vertrekpunt voor je handelen waaraan je de rest ‘toetst’. Dat betekent allerminst dat er geen ruimte en respect meer is voor een cultureel bepaalde andere invulling van goede zorg, maar wel dat men in overleg vaststelt binnen welke grenzen die andere invulling recht gedaan kan worden.

Inoefenen

Het spreekt voor zich dat een dergelijke aanpak inge oefend moet worden van de kant van het zorgpersoneel. Dat is dan ook de inzet van moreel beraad en ethiek in de organisatie: het werken aan een cultuur, waarin dit verder kijken dan het eigen gelijk en het onderling afstemmen van wat goede zorg moet zijn, de ►

*Niet het eigen gelijk staat voorop,
maar het uitgangspunt dat
de ander ook het goede beoogt*



regel wordt. Hier ligt een belangrijke taak voor geestelijke verzorgers in zorginstellingen.

Dat is echter geen gemakkelijke klus. Ondanks dat de aandacht voor moreel beraad en ethiek beleid in opleidingen en zorginstellingen lijkt te groeien, is het lastig om het in de praktijk goed van de grond te krijgen en te consolideren. Een belangrijke oorzaak ligt volgens mij precies in het genoemde conflictkarakter van morele casuïstiek en moraal in het algemeen. Ethiek, als de noodzaak tot gesprek en reflectie, is meestal daar te vinden waar belangen botsen en waar opvattingen over wat hier en nu goed handelen is niet op een lijn liggen.

Wat het extra moeilijk maakt zijn de niet-gelijke verhoudingen tussen de partijen; je hebt in een zorginstelling allerminst met *'herrschaftsfreie Kommunikation'* te maken. Niet alleen is er ongelijkheid in kennis tussen bijvoorbeeld de arts, verpleegkundige en patiënt, maar ook is er een juridisch vastgelegde verdeling van bevoegdheden die wederzijdse bevraging bemoeilijkt.

Als geestelijk verzorger zit je daar een beetje tussenin. Aangezien de casuïstiek vaak gevoelig ligt, heeft niet iedereen behoefte om zich door de ander te laten bevragen, en de hiërarchische en asymmetrische verhoudingen werken daarbij niet in je voordeel.

Niet de eerste

Zodoende is de geestelijk verzorger, als dan de vlam in de pan slaat, niet de eerste die men erbij roept om te sparren bij medisch-ethische casuïstiek of bij frustraties over personeelstekort op

de afdeling. 'Daar heb je geen verstand van, deze beslissingen nemen we op medische gronden', kun je te horen krijgen als je je ongevraagd durft te mengen in zo'n kwestie.

Toerusten

En toch is dat het domein waarop je je moet begeven wanneer je vindt dat ethische reflectie meer impact dient te hebben dan het vrijblijvende gesprek tussen gelijkgestemden en geïnteresseerden in de marge van de organisatie. Voor de opleidingen ligt hier een belangrijke

taak voor de toerusting. Als men beaamt dat er meer zinproblematiek in een zorginstelling te vinden is dan enkel die in de directe relatie met de patiënt (de vertrouwde *core business* van het vak geestelijke verzorging), dan is het speelveld van de geestelijk verzorger ook het forum van de instelling waar tussen invloedrijke spelers ideeën gevormd worden en beslissingen genomen worden over de koers van de instelling, en over het wel en wee van patiënten en collega zorgverleners.

'Bondgenoten' worden

Is de geestelijk verzorger in de rol van pleitbezorger van de ethiek dan het geweten van de organisatie en de hoeder van zijn naaste collega's? Nee, zo niet, zeker niet, dat zou erg pretentius en oneigentijds bevoogdend zijn en ook getuigen van weinig besef van de (machts)positie van de geestelijk verzorger in de zorginstelling. Het gaat hierom: het vak geestelijke verzorging is verwant met de zaak van de ethiek. Boven-



dien zijn ook de reflectieve vaardigheden de geestelijk verzorger vertrouwd. Zo bezien ligt het, zowel uit *commitment* met een goede zorgcultuur als voor de eigen arbeidspositie, voor de hand dat geestelijke verzorging deze taak op-pakt en uitbouwt.

Het spreekt voor zich dat vertrouwdheid met de verschillende ethische gespreksvormen en theorieën daarvoor noodzakelijke voorwaarden zijn. Maar een punt dat wellicht meer aandacht mag krijgen in de opleidingen is hoe je je in het krachtenveld beweegt van een organisatie; welke ‘*skills*’ je nodig hebt om de bondgenootschappen aan te gaan om een invloedrijke ethiek te organiseren in een zorginstelling. Wat dat betreft zien we bij ons dat stagiaires thans nog tamelijk onbewapend de arena in stappen. ◁

*Eric (dr. E.F.J.) van de Laar is klinisch ethicus vanuit de dienst geestelijke verzorging van het Catharina Ziekenhuis Eindhoven.
eric.vd.laar@catharinaziekenhuis.nl*