

# WERKGROEP ETHIEK IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG BROEDERS VAN LIEFDE

## Ethisch advies

### **Het spanningsveld tussen waarden en normen van patiënt en hulpverlener in de psychiatrie**

**Maart 1994**

Met dit advies wil de werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg van de Broeders van Liefde het spanningsveld van waarden en normen tussen patiënt en hulpverlener in de psychiatrie verhelderen en aanduiden hoe hulpverleners er zinvol mee kunnen omgaan.

#### **Inleiding: enkele voorbeelden**

In de psychiatrie kunnen we verschillende spanningsvelden van waarden en normen onderscheiden naargelang van de personen die erbij betrokken zijn, nl. de patiënten, de familie, de hulpverleners, het administratieve en logistieke personeel, de directie, enz. Er zijn spanningsvelden mogelijk tussen deze verschillende groepen en binnen deze groepen. We beperken ons tot het spanningsveld tussen de waarden en normen van de patiënt enerzijds en van de individuele hulpverlener of het team op de afdeling anderzijds. We beginnen met enkele voorbeelden uit dit spanningsveld.

Guy wordt regelmatig aangesproken over zijn onverzorgd uiterlijk. Hij heeft zich reeds een paar dagen niet meer gewassen, heeft een stoppelbaard van drie dagen, zijn haren pieken alle richtingen uit en zijn ademgeur doet je een stapje achteruitgaan. Guy vindt echter dat het zijn lichaam is en dat het toch niets uitmaakt hoe hij eruit ziet. "Wie ziet mij als ik hier rondloop?" is zijn commentaar. Dat de hulpverlener naar zijn onverzorgd uiterlijk moet kijken, kan hem geen moer schelen. De hulpverlener daarentegen vindt dat de patiënt er verzorgd moet uitzien en dat dit een teken is van respect voor zichzelf en voor de anderen...

Andrea heeft een heel andere opvatting over het leven dan één van de hulpverleners van de afdeling. Deze laatste vindt dat mensen in hun leven actief horen te zijn: ze moeten deelnemen aan activiteiten, er interesse voor tonen, gemotiveerd zijn om andere activiteiten te bedenken en voor te stellen, bereid zijn om een boeiend gesprek met medepatiënten te voeren... Andrea daarentegen heeft een andere levensvisie: het hoogste genot is de hele dag in bed liggen, met niemand contact leggen, door niemand lastig gevallen worden. Deze verschillende kijk op het leven is regelmatig aanleiding tot niet altijd even fraaie woorden aan elkaars adres. Zelfs in de verslaggeving over Andrea heeft de hulpverlener het over het fundamenteel ontbreken van de "wil" om actief te zijn...

Jan wordt door een hulpverlener geconfronteerd met zijn brutale houding tegenover zijn kinderen. Daarbij is fysiek geweld meer regel dan uitzondering. Uit een gesprek met Jan blijkt zijn vaste wil om zijn kinderen een goede opvoeding te geven. Een goede opvoeding is voor hem synoniem met een strenge opvoeding. En een strenge opvoeding betekent dat je de kinderen regelmatig een aframmeling geeft. Daar worden ze sterk van. "Wie de roede spaart, haat zijn kinderen". De hulpverlener denkt er anders over...

Uit deze voorbeelden blijkt dat er een spanningsveld kan ontstaan tussen waarden en normen van hulpverleners en patiënten. Als de hulpverleners met zo'n spanningsveld geconfronteerd worden, kunnen ze verschillende stappen zetten om het op een ethische verantwoorde manier te hanteren. We beschrijven een *ethisch model* in drie stappen in een poging om zinvol om te gaan met dit spanningsveld. We beginnen met het expliciteren van de waarden en normen, daarna verhelderen we

het perspectief erop, en ten slotte proberen we het spanningsveld zinvol te hanteren. De ethische termen van het model worden in het slot van het advies uitgelegd.

Het model kan zowel door een individuele hulpverlener als door een team gevolgd worden. Wanneer het model door een team wordt toegepast, veronderstelt dit ethisch overleg (cf. het advies van de werkgroep ethiek over *De verhouding tussen geloof en ethiek*). Daartoe is een vrijplaats nodig waar in een open sfeer overlegd kan worden, los van elke druk van gezag of functie. Overleg vereist dat iedereen overtuigd is van zijn waarden en normen, maar tegelijk ook bereid is zijn waarden en normen bespreekbaar te stellen en zijn standpunt door de gezamenlijke reflectie te herzien.

## 1. Eerste stap: expliciteren van waarden en normen

Een eerste stap in het ethisch model is het expliciteren of benoemen van waarden en normen op verschillende niveaus van de hulpverlening. Aan de hand van de voorbeelden kunnen we volgend onderscheid maken.

Uit het voorbeeld van Guy blijkt dat er waarden en normen bestaan met betrekking tot het *leefklimaat*. Dit houdt alles in wat te maken heeft met het leefbaar houden van de afdeling voor iedereen, bijvoorbeeld de zorg voor het eigen lichaam, de zorg voor de omgeving, het verdelen van taken, het omgaan met geweld, het aangaan van seksuele relaties, enz. Deze waarden en normen worden meestal uitgedrukt in een geheel van regels op de afdeling.

Het voorbeeld van Andrea wijst op waarden en normen met betrekking tot het *therapeutisch klimaat*. Dit betreft alles wat verband houdt met het nastreven van een behandelingsdoel, bijvoorbeeld het dagritme, de deelname aan activiteiten en therapieën, het omgaan met geneesmiddelen, alcohol of drugs, enz. Ook deze waarden en normen worden meestal uitgedrukt in een aantal regels.

Ten slotte wijst het voorbeeld van Jan op *persoonlijke* waarden en normen. Dit zijn waarden en normen die niet onmiddellijk in verband staan met het leefklimaat of het therapeutisch klimaat, maar die betrekking hebben op onze persoonlijke overtuiging of onze persoonlijke levenssfeer.

Deze drie niveaus in het spanningsveld van waarden en normen tussen patiënt en hulpverleners beïnvloeden elkaar. We kunnen ze van elkaar onderscheiden maar niet scheiden. In het opsommen van de verschillende niveaus mag dan ook geen enkele rangorde gezien worden. Elk voorbeeld illustreert de waarden en normen van één enkel niveau, maar er zijn ook wel elementen van de andere niveaus in terug te vinden.

Toch is het belangrijk dat we deze verschillende niveaus van waarden en normen onderscheiden. Een eerste stap in het ethisch model is het *expliciteren* van de waarden en normen op deze verschillende niveaus. Met expliciteren bedoelen we het benoemen van impliciete, het uitspreken van onuitgesproken of het zichtbaar maken van verborgen waarden en normen.

## 2. Tweede stap: verhelderend van het perspectief

Een tweede stap in het ethisch model is het verduidelijken van het perspectief op de waarden en normen. Als patiënt en hulpverleners verschillende waarden en normen hebben, dan volgt dit uit het verschillend perspectief van waaruit ze de werkelijkheid benaderen.

Een *perspectief* is als een gekleurde bril, een optiek, een filter waardoor we naar de werkelijkheid kijken. Het perspectief wordt op de eerste plaats bepaald door het doel dat we voor ogen hebben. Maar het perspectief wordt eveneens bepaald door onze vooropleiding en voorkennis, alsook door onze levensgeschiedenis, gevoeligheden, emotionele betrokkenheid, enz.

Hierbij kunnen we verwijzen naar het onderscheid tussen beschrijvende gegevens en de interpretatie ervan (cfr. het advies van de werkgroep ethiek over *Het verstrekken van informatie in de psychiatrie*) *Beschrijvende gegevens* verwijzen rechtstreeks naar een persoon en verstrekken kennis over zijn of haar attitudes, gedragingen en uitspraken. Zo kunnen we een beschrijving maken van het uiterlijk van Guy, de activiteit van Andrea of Jans visie op opvoeding. Over de vaststelling en de beschrijving van deze attitudes, gedragingen en uitspraken kunnen we gemakkelijk tot overeenstemming komen.

*Interpreterende gegevens* zijn het resultaat van de duiding of waardering door een persoon. Hierin speelt het perspectief van waaruit we waarden een belangrijke rol. Vanuit onze subjectieve betrokkenheid interpreteren we de attitudes, gedragingen en uitspraken. We geven er een betekenis aan. We duiden of waarden ze als 'goed' of 'slecht' en kennen er een waarde of een onwaarde aan toe. Het is duidelijk dat de hulpverleners een andere waarde kunnen toekennen aan het uiterlijk van Guy, de activiteit van Andrea of Jans visie op opvoeding dan zichzelf. We komen hier minder gemakkelijk tot overeenstemming. Het perspectief van waaruit we waarden is persoonlijk. Waarden en normen hebben principieel een subjectief karakter, in de zin dat de maatstaf menselijk is. Het gaat steeds om mensen die waarden omdat ze iets als goed of slecht ervaren.

Het is belangrijk dat we beseffen dat we vanuit een bepaald perspectief kijken naar de andere. Aan de kant van de *hulpverleners* staan mensen met zowel persoonlijke waarden en normen als met waarden en normen in verband met het leef- en therapeutisch klimaat. Dit bepaalt het perspectief van waaruit we naar de patiënt kijken. Daarom is het belangrijk dat we dit perspectief verhelderen. Zo niet denken we dat we de unieke kijk op de patiënt en de waardering van zijn attitudes, gedragingen en uitspraken hebben.

Maar ook aan de kant van de *patiënt* staat een mens met zijn persoonlijke waarden en normen, en met zijn psychiatrische problematiek. Hij kijkt vanuit zijn persoonlijk perspectief naar de hulpverlener en de behandeling. Zijn persoonlijk perspectief op waarden en normen is vaak verweven met zijn problematiek. Bovendien kan deze problematiek het voor de patiënt moeilijker maken te beseffen dat zijn perspectief persoonlijk is.

Het is belangrijk dat de *hulpverleners* hiermee rekening houden. We proberen te verhelderen welke waarden en normen de patiënt aanhangt en waarom ze vanuit zijn persoonlijk perspectief belangrijk zijn. We proberen ook zijn persoonlijk perspectief te verhelderen door te verduidelijken wat bepaald wordt door zijn persoonlijke waarden en normen, en wat bepaald wordt door zijn problematiek.

### **3. Derde stap: hanteren van de spanning tussen waarden en normen**

Pas nadat we de waarden en normen geëxpliciteerd hebben en het persoonlijk perspectief erop verhelderd hebben, is het zinvol te zoeken naar een praktisch hanteren van het spanningsveld tussen waarden en normen. Daarbij maken we een onderscheid tussen de persoonlijke waarden en normen enerzijds, en deze in verband met het leef- en therapeutisch klimaat anderzijds.

#### **3.1. Het hanteren van de spanning tussen persoonlijke waarden en normen**

Bij het hanteren van de spanning tussen persoonlijke waarden en normen van patiënt en hulpverleners maken we een onderscheid tussen het respecteren van zijn persoon, het begrijpen van zijn perspectief, het bespreken van dat perspectief en het optreden bij onverantwoord gedrag.

##### **a. Respecteren van de persoon van de patiënt**

Ten aanzien van de persoon van de patiënt streven we naar een onvoorwaardelijk positieve aanvaarding en respecterende houding. Wat ook zijn waarden, normen en gedrag zijn, de patiënt is het waard als mens gerespecteerd te worden. Het respect voor de persoon van de patiënt is het *fundament van onze hulpverlening*. Hoezeer Jan in het voorbeeld ook een ander beeld van opvoeding heeft, als mens is Jan de moeite waard en verdient hij gerespecteerd te worden.

##### **b. Begrijpen van het perspectief op de waarden en normen**

Het respect voor de persoon kan moeilijk worden als de patiënt andere waarden en normen voorhoudt dan de onze. Uit respect voor de persoon van de patiënt proberen we de betekenis van zijn waarden en normen voor hemzelf te begrijpen. Dit houdt niet in dat wij die waarden en normen zouden moeten goedkeuren. We streven ernaar het *perspectief van de patiënt* op waarden en normen te begrijpen. Dit is zeker niet gemakkelijk als deze waarden en normen lijnrecht tegenover de onze staan. Dat is ook

het geval bij Jan, wiens waarden en normen rond opvoeding we niet kunnen delen. Toch proberen we de manier waarop Jan naar opvoeding kijkt, als het ware vanuit zijn persoonlijk perspectief te begrijpen. Hoe invoelbaar het ook is wat hij zijn kinderen aandoet en hoezeer het ons met afschuw vervult, toch streven we ernaar zijn perspectief op waarden en normen te begrijpen.

Dit veronderstelt dat we als hulpverleners een besef hebben van ons *eigen perspectief* waarmee wij naar waarden en normen kijken. Als er geen besef is van dit eigen perspectief, lopen we het gevaar al te zeer onze waarden en normen op de patiënt te projecteren. Dit is geen gemakkelijke taak want als hulpverlener en als team hebben we onze blinde vlekken.

### **c. Bespreken van het perspectief met de patiënt**

Vervolgens kunnen we proberen *in dialoog* de waarden en normen van de patiënt en de hulpverleners te verhelderen. We streven ernaar het perspectief van beiden open te trekken en het bespreekbaar te maken. We wijzen de patiënt in een gesprek op het persoonlijk karakter van zijn perspectief en mogelijk op het aandeel van zijn problematiek. Soms moeten we de niet-vrijblijvende gevolgen van zijn waarden en normen op zijn concrete gedrag ter discussie stellen.

### **d. Optreden bij onverantwoord gedrag**

Het is mogelijk dat de waarden en normen van de patiënt leiden tot gedrag dat schade berokkent aan andere mensen. Vanuit het perspectief van de hulpverleners weegt de fundamentele *waarde van de fysieke en de psychische integriteit* dan zwaarder door dan de houding van bespreekbaar stellen van het perspectief. Als de patiënt geweld gebruikt of anderen misbruikt vanuit zijn waarden en normen, moeten de hulpverleners ingrijpen om de waarde van de fysieke en psychische integriteit te beschermen. Daarbij moeten we eventueel een beroep doen op de wettelijke middelen.

## **3.2. Het hanteren van de spanning tussen waarden en normen in verband met het leef- en therapeutisch klimaat**

Er is niet enkel een spanning mogelijk tussen de persoonlijke waarden en normen, maar ook tussen de waarden en normen in verband met het leef- en therapeutisch klimaat. Bij het hanteren van deze spanning maken we een onderscheid tussen het concreet maken van waarden en normen in regels, het individualiseren van deze regels door persoonlijke afspraken te maken, het geven van verantwoordelijkheid aan de patiënt en aan de groep.

### **a. Waarden en normen concreet maken in regels**

Wat we gesteld hebben over het omgaan met de spanning tussen persoonlijke waarden en normen blijft hier onverminderd gelden:

- het respecteren van de persoon van de patiënt,
- het begrijpen van het perspectief op de waarden en normen,
- het bespreken van het perspectief,
- het optreden bij onverantwoord gedrag.

Maar in het omgaan met waarden en normen in verband met het leef- en therapeutisch klimaat komt er een specifieke dimensie bij, nl. de regels die gelden voor een goed leef- en therapeutisch klimaat. De waarden en normen worden geconcretiseerd in regels. Deze betreffen het dagritme en de activiteiten, de taakverdeling, de behandeling en het omgaan met onszelf, de anderen en de omgeving. Regels zijn als het ware vóórwaarden, ze duiden een ordening van het leef- en therapeutisch klimaat aan opdat bepaalde waarden en normen zouden gerespecteerd worden. Om het leefklimaat en het therapeutisch klimaat te beschermen, zijn *minimale grenzen noodzakelijk*. Het gaat immers niet om een persoonlijke aangelegenheid, maar om een zaak van samenleven en samenwerken.

## **b. Regels individualiseren en afspraken maken**

Regels hebben als functie bepaalde waarden en normen in het concrete leven van de afdeling gestalte te geven. We moeten ons voortdurend afvragen of regels een absoluut bindend karakter hebben. Regels dienen niet om elke overtreding onmogelijk te maken. Daarom moeten we ook niet op de eerste plaats denken aan sanctioneren als de regels overtreden worden. De regels dienen wel om *gedrag* dat afbreuk doet aan die waarden en normen *bespreekbaar te stellen*.

In de voorbeelden is het duidelijk dat Guy de regels rond verzorging en hygiëne en Andrea de regels rond deelname aan activiteiten niet naleven. Bij de overtreding van deze regels stellen de hulpverleners het gedrag van Guy en Andrea bespreekbaar. Dit veronderstelt dat wij de regels kunnen loslaten, zoeken naar de onderliggende waarden en normen en openstaan voor alternatieven. In alle openheid stellen we met de patiënt de vraag: *wat zijn wij aan het doen?* We kunnen nagaan waarom we een bepaalde regel gesteld hebben. Wat betekent die regel voor ons als hulpverleners? We kunnen ook nagaan waarom de patiënt er niet toe komt een regel na te leven. Wat betekent het voor de patiënt een gedrag te vertonen dat een regel overtreedt? Het kan om een zeer persoonlijk en subjectief motief gaan. Het is belangrijk dat we proberen dat motief te begrijpen en de patiënt als persoon te blijven respecteren.

Pas daarna kan gezocht worden naar een mogelijkheid om de regel te *individualiseren in een persoonlijke afspraak* met de patiënt, rekening houdend met zijn mogelijkheden en beperktheden. In tegenstelling tot regels die algemeen gelden voor een groep patiënten, differentiëren we dan een regel naar de eigen individuele situatie van de betrokken patiënt. Het is belangrijk dat in een groep patiënten verschillende afspraken kunnen gemaakt worden. Hulpverleners en patiënten kunnen moeite hebben met het aanvaarden van deze verschillen, maar dat mag ons niet verleiden tot het rigoureuus aanhouden van een algemene regel.

## **c. Verantwoordelijkheid geven aan de patiënt**

Door een regel te individualiseren in een afspraak, krijgt de patiënt de *ruimte om te groeien* naar de naleving van die regel. Waar hij aanvankelijk een regel nog niet kon respecteren, kan hij dat na verloop van tijd misschien wel. We scheppen ruimte en tijd, en geven hem de kans om daarin te groeien. Door met Guy en Andrea een aantal tussenstappen in te bouwen, daarrond afspraken te maken, deze te bespreken zonder ooit het respect voor hun persoon te verliezen, zullen ze misschien groeien in het opnemen van hun verantwoordelijkheid.

Bij het individualiseren van regels en maken van afspraken leggen we de verantwoordelijkheid niet enkel bij de hulpverleners, maar ook bij de patiënt. Hulpverleners en patiënt werken samen aan het opnemen van deze verantwoordelijkheid. Op deze manier zijn we eigenlijk bezig met de kern van therapie: de *eigen verantwoordelijkheid van de patiënt* bevorderen.

## **d. Verantwoordelijkheid geven aan de groep**

Het is ook belangrijk te streven naar een evenwicht tussen verantwoordelijkheid geven aan de individuele patiënt en aan de groep. Met 'groep' bedoelen we de collectiviteit van patiënten en hulpverleners op een afdeling. Wanneer een regel voorgeschreven maar niet gerespecteerd wordt, kijken we niet enkel naar het aandeel van de patiënt, maar ook naar het aandeel van de groep in het gedrag van de patiënt. Het gedrag van de patiënt kunnen we bekijken als het *best mogelijke antwoord* dat de patiënt op dat ogenblik kan geven in de context van de groep waarin hij leeft. Het gedrag wordt dan niet enkel bepaald door zijn persoonlijke wil, mogelijkheden en beperktheden, maar ook door het netwerk van relaties.

Door de relatiepatronen en manier van omgaan met elkaar te verantwoorden, kan een patiënt ook uitgenodigd worden om zijn gedrag te veranderen en aan te passen aan de regels van de groep. Als Guy en Andrea de regels van de afdeling niet naleven, ligt mogelijks een flink aandeel van hun onaangepast gedrag in hun *interactie met de leefgroep*. Guy wil immers ook voor de andere patiënten

onverzorgd voorkomen en Andrea weigert ook samen met anderen initiatieven te ontplooiën. Een initiatief vanuit de groep kan Guy en Andrea aanzetten tot het naleven van de regels, of minstens het voor hen gemakkelijker maken om te leven in het spanningsveld van waarden en normen.

## Besluit

Als besluit kunnen we drie algemene vuistregels geven voor het omgaan met de spanning van waarden en normen tussen patiënt en hulpverlener, zowel van persoonlijke waarden en normen als in verband met het leef- en therapeutisch klimaat: allereerst het *respecteren van de persoon* van de patiënt, vervolgens het *bespreekbaar stellen* van de waarden, normen en regels van patiënt en hulpverleners (en eventueel ingrijpen bij onverantwoord gedrag van de patiënt), en ten slotte het *bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid*.

## Slot: verklaring van enkele termen

*Ethisch denken* is het kritisch nadenken over waarden en normen door ze bespreekbaar te stellen. In het spanningsveld van waarden en normen gebeurt dit door deze waarden en normen te expliciteren, het perspectief erop te verhelderen en de spanning op een zinvolle manier te hanteren.

*Een waarde* is het belang of de betekenis van waaruit iemand een houding of handeling duidt als zijnde goed, de moeite waard of wenselijk. Een waarde wordt bepaald vanuit het een mensbeeld, een levensbeschouwing of een geloof.

*Een norm* is een algemene richtlijn voor het handelen. Ze bevordert of beschermt één waarde en is uitgedrukt in een gebod of een verbod.

*Een regel* is een algemene maar concrete richtlijn voor het handelen. Ze concretiseert een norm in een concrete situatie en voor een bepaalde groep.

*Een afspraak* is een individuele en concrete richtlijn voor het handelen. Ze individualiseert een norm door de regel aan te passen aan één individu.

Tot slot nog een vraag: welke waarden, normen, regels en afspraken zouden kunnen gelden in elk van de drie aangehaalde voorbeelden?

Leden van de werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg:

Beernem, P.C. Sint-Amandus: dhr. Paul Lambrecht en mevr. Nicky Traen  
Bierbeek, U.P.C. Sint-Kamillus: dhr. Jan Deckers en dhr. Josip Mateljan  
Gent, P.C. Dr. Guislain: dr. Marc Eneman en dhr. Marc Verbeke  
Gent, P.C. Sint-Alfons: mevr. Martine Schietse en dhr. Luc Van Oppens  
Gent, Provinciaal: dhr. Axel Liégeois en dhr. Koen Oosterlinck  
Korbeek-Lo, Nakuurhome Papiermoleken: dhr. Luc De Baets en dr. Max Vandembroucke  
Leuven, Psycho-Sociaal Centrum: br. Flor Carrette  
Merelbeke, De Sleutel: mevr. Ria Van der Voort  
Mortsel, P.C. Sint-Amedeus: dr. Marc Leysen en dhr. Jef Van Hoof  
Sint-Truiden, P.C. Ziekeren: dhr. André Claes en mevr. Petra Vandebek  
Zelzate, P.C. Sint-Jan-Baptist: dr. Theo De Decker en dhr. Luc Vlassak

Advies goedgekeurd door de Bestuursraad Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde

Contactpersoon: Axel Liégeois  
E-mail: [axel.liegeois@fracarita.org](mailto:axel.liegeois@fracarita.org)