

EVEN EEN STAP TERUG

Moreel beraad kan helpen om te beslissen en te handelen in complexe situaties in de jeugdzorg. Daarvoor zijn verschillende methoden. Mariëtte van den Hoven en Jos Kole beschrijven twee uiteenlopende manieren.

DOOR MARIËTTE VAN DEN HOVEN & JOS KOLE

In hoeverre mag je de vrijheid van ouders beperken om hun kinderen op te voeden volgens hun eigen normen en waarden? En wanneer mag je de privésfeer binnendringen en 'bemoeizorg' bieden? Wat is in het belang van het kind? Besluitvorming in de jeugdzorg heeft onontkoombaar een morele dimensie.

Vaak blijft het ethische karakter van besluitvorming echter impliciet. Er is nu eenmaal weinig tijd en gelegenheid om met elkaar over normen en waarden te spreken. Bovendien zijn we het ook niet altijd gewend om in dergelijke termen over onze beroepsbeoefening te praten.

KRITISCHE DISTANTIE

Maar juist nu professionalisering van de jeugdzorg veel aandacht krijgt, is reflectie op wat werk 'goed' maakt, belangrijk. Moreel beraad is een manier om het gesprek daarover op gang te brengen. Vanuit de ethiek zijn meerdere methoden ontwikkeld die behulpzaam zijn om even een stap terug te doen van de praktijk en, met kritische distantie, na te denken over de morele dimensie van dagelijkse beslissingen. Deze methoden kennen elk een eigen vorm en achtergrond. In dit artikel bespreken we aan de hand van een casus twee uiteenlopende vormen van moreel beraad: het Utrechtse stappenplan en de zogenaamde topografische methode uit de zorgethiek. We benutten ervaringen uit workshops met jeugdzorgprofessionals bij deze bespreking.¹

ONTWARREN

In beroepsethiek is het Utrechts stappenplan een veelgebruikte methode. Het kent vier denkfases (Bolt e.a., 2003):

- de expliciteringsfase,
- de analysefase,
- de afwegingsfase
- en de implementatiefase.

Door gestructureerd te redeneren focus je in het denkproces op dat wat je beschouwt als de kern van het probleem. Zo ontwar je verschillende soorten 'ingrediënten', zoals emoties, vragen, feiten, waarden, argumenten en afwegingen. Terwijl spontane ethische discussies – aan

CASUS

Een gezinscoach is intensief betrokken bij een moeder van Turkse afkomst met drie kinderen. Vader is uit beeld. Het oudste kind is tijdelijk uit huis bij een pleeggezin vanwege de slechte relatie met haar moeder. Moeder wil niet meer meewerken met de gezinscoach, want ze vreest dat haar andere twee kinderen haar ook afgenomen zullen worden. De twee jongste kinderen blijven geregeld weg van school en zien er onverzorgd uit. Moeder heeft sinds kort een relatie met de buurman, en is zwanger. Ze wil een nieuwe start maken en wil van alle bemoeizorg af. De gezinscoach ziet dat de kinderen gelaten zijn onder de nieuwe situatie: ze praten niet meer met moeder, die meer met haar nieuwe relatie bezig lijkt. De gezinscoach vraagt zich af of een raadmelding voor de thuiswonende kinderen wenselijk is. Zij heeft ook de verantwoordelijkheid een vervolgplaatsing te vinden voor het oudste kind. Ze wil daartoe overleggen met de behandelaren. De psychiater wil geen diagnostiek-informatie geven, want moeder geeft geen toestemming de diagnostiek te delen met de gezinscoach.



de borreltafel bijvoorbeeld – vaak vervallen in chaos en nauwelijks concreet resultaat opleveren, biedt het stappenplan de kans constructief ethisch te denken.

EEN VRAAG CENTRAAL

De eerste opdracht die de methode geeft is om expliciet te maken welke morele vragen de situatie met zich meebrengt en welke vraag prioriteit verdient. Het verrast deelnemers aan een moreel beraad met een dergelijk stappenplan vaak dat er meestal meerdere vragen te stellen zijn. In de casus op pag. 2 zijn dat bijvoorbeeld:

- Moet de gezinsvoogd de kinderen melden bij de Raad voor de Kinderbescherming, omdat ze zich zorgen maakt over hen?
- Mag de psychiater informatie vrijgeven over moeder aan de gezinsvoogd?

Verder blijkt het niet altijd mee te vallen om de morele vragen te onderscheiden van andere vragen, zoals praktische of feitelijke vragen (De Bree & Veening 2012).

De methode nodigt uit om één vraag centraal te stellen, bijvoorbeeld of een melding bij de Raad voor de Kinderbescherming moet worden gedaan. De volgende stap is dan: *Welke opties tot handelen zijn er en welke informatie ontbreekt?*

ZO ONBEVOORDEELD MOGELIJK

Met het antwoord op deze vragen is de inventarisatiefase afgerond. Dan start de eigenlijke analyse van het ethische probleem. Iedereen die betrokken is bij een morele kwestie kan daar een eigen belang of visie bij hebben.

De vraag naar relevante betrokkenen brengt vaak meer mensen in beeld dan vooraf gedacht. Zo is er in deze casus het nog niet geboren kind: wat gebeurt er straks met hem of haar in deze complexe gezinsituatie?

Dan worden argumenten geïnventariseerd. Het mooie van deze fase is dat je samen zo onbevooroordeeld mogelijk argumenten voor en tegen handelingsopties verzamelt. Welke argumenten het zwaarst moeten wegen, stel je nadrukkelijk nog niet vast. Zo voorkom je dat argumenten bij voorbaat niet op tafel komen. En als ze eenmaal op tafel liggen, dan kunnen ze daar pas weer vanaf als ze, in een volgende fase, niet doorslaggevend blijken te zijn.

DOEN WAT JUIST IS

Het is niet altijd makkelijk om argumenten te formuleren. Vaak noemt men wel iets, zoals ‘de kinderen praten niet meer met moeder’. Om de relevantie te bepalen is het dan nodig om door te vragen (waarom is dat belangrijk?). Iemand kan inbrengen dat het welzijn van kinderen in het geding is (weldoen). Of, als kinderen niet meer met hun moeder praten, dat dat een wilsuïting is die mee moet tellen (autonomie). In deze fase is doorvragen daarom belangrijk. *Wat is het gewicht van de argumenten?* Het helpt richtingwijzers bepalen voor een uiteindelijke afweging.

Een zo’n richtingwijzer is ‘je mag niet handelen zonder instemming van de cliënt’. Ook kunnen richtingaanwijzers inzichtelijk maken wat niet helder is, zoals de (in)stabiliteit van de nieuwe relatie van moeder en de invloed daarvan op de thuiswonende kinderen. Pas als duidelijk wordt welke redenen het meest relevant lijken voor of tegen – in dit geval – een melding bij de Raad voor de Kinderbescherming, *kunnen concrete stappen bepaald worden: wat moet gedaan worden om te doen wat juist is?* Moet een melding gedaan worden?

Het resultaat van het stappenplan is dat je tot een verantwoorde beslissing komt. Consensus onder deelnemers is daarbij nastrevenswaardig, maar die bereik je zeker niet altijd. Dan is een compromis soms een oplossing.

>

ZORGETHIEK

De tweede methode is verbonden met de zorgethiek. Zorgethiek stelt dat zorg een centraal begrip is in onze morele praktijk. Mensen hebben elkaar nodig, en zijn door middel van relaties met elkaar verbonden. Sterker nog, je identiteit en je leefwereld worden bepaald door hoe je met anderen omgaat. Elke relatie kent positieve en negatieve aspecten, die een mens vertrouwen geven of juist schaden, die helpt floreren of terneerdrücken (Verkerk, 2003).

De kwaliteiten van die relaties zijn basis voor een moreel gesprek: ze bepalen onze keuzen. Wie alleenstaand is, op leeftijd en niet meer vitaal, kan een andere kijk op ouderdom hebben dan wie volop in het leven staat en veel sociale relaties heeft. Wie opgroeit in een cultuur waarin ronde vormen voor vrouwen mooi zijn, kijkt anders aan tegen overgewicht en zal zijn kinderen minder snel op dieet zetten. De morele kwaliteit van de samenleving wordt bepaald door de zorg die we aan elkaar geven. Goed moreel handelen is goede zorg bieden.

TEKENING

Er zijn verschillende methodes ontwikkeld vanuit zorgethiek. Een ervan is de topografische methode (Van den Hoven, Kanne & Mol, 2003). Startpunt is dat alle betrokken hulpverleners dezelfde casus tekenen. Zo brengen zij de zorgsituatie letterlijk in beeld. Vervolgens geeft iedereen op deze tekening aan hoe hij of zij de relaties zou kenmerken: als bijvoorbeeld 'loyaal', 'in onmin' of 'hartstochtelijk'. De tekeningen zijn startpunt voor het gesprek: hoe heeft iedereen de casus geïnterpreteerd?

Het tekenen van een situatie kan soms een eyeopener zijn. Bijvoorbeeld doordat op papier duidelijk wordt hoezeer jeugdzorg een kluwen van betrokkenen kan zijn. In een casus kan het accent dan al snel op het tekenen van de structuur van geboden zorg liggen: wie is er betrokken bij de hulpverlening, wie moet beslissen, wat weten we wel en niet?

Ook brengt het openstaande vragen in beeld. In het gezin met drie kinderen uit de casus hierboven, tekenden verschillende mensen de vader met een vraagteken, omdat onduidelijk is of vader 'nog in beeld is' bij het gezin of wat zijn inbreng zou kunnen zijn bij de zorg voor zijn kinderen.

Wat 'goede zorg' in dit gezin inhoudt, kan daarmee op meerdere manieren geïnterpreteerd worden. De een kan vinden dat goede zorg is om het gesprek tussen moeder en kinderen weer op gang te krijgen, terwijl een ander juist pleegzorg wil inschakelen. Maar hoe weten we of de gezinssituatie hopeloos is of juist op weg is naar meer stabiliteit?

PRIORITEITEN

De deelnemers moeten elkaar daarom kritisch bevragen. De tekeningen laten verschillende interpretaties zien van de situatie, soms gekleurd met eigen normatieve kaders. Welke redenen hebben we immers om van het hopeloze of van het hoopvolle scenario uit te gaan? Verschillen in interpretatie zijn belangrijk om uit te spreken, maar mogen niet de boventoon voeren in een moreel overleg. Uiteindelijk, stelt de zorgethiek, proberen we te bepalen wat 'goede zorg' voor mensen is in deze situatie. De tekeningen helpen om 'de puzzel' rond een gezin opnieuw te leggen en te zoeken naar antwoord op de vraag welke waarden prioriteit moeten krijgen. Wat zou voorop moeten staan? De veiligheid van de kinderen, het recht op een open toekomst of de band met het gezin? Hoe belangrijk is de stem van moeder? Is

haar autonomie en wens om bijvoorbeeld niet mee te werken aan de verlening van de OTS voor haar dochter bepalend, of niet? Het gesprek kan helpen om daarin prioriteiten te stellen.

KENNISMAKEN

Er zijn duidelijke verschillen in de manier waarop je met deze twee methoden de casus benadert. Waar het stappenplan dwingt om een beslissingsgerichte vraag centraal te stellen en achterliggende argumenten te expliciteren en af te wegen, is het zorgethische model meer beschouwend van aard en stelt ons vooral vragen over goede zorg in deze situatie. Het stappenplan lijkt beter bruikbaar in urgente besluitvormingsprocedures (waarom doen we het zo?), terwijl de topografische methode beter past in complexe situaties om verschillende problemen te ontrafelen.

Je zou kunnen denken dat de zorgethische methode beter past bij het karakter van hulpverlening, omdat noties van goede zorg essentieel zijn bij hulpverlening, maar dit diskwalificeert de andere methode geenszins. Enige abstractie van de praktijk, die gestimuleerd wordt met het stappenplan, lijkt ook noodzakelijk om achterliggende overwegingen te leren herkennen en benoemen.

Welke methode beter is? Ze hebben allebei voor- en nadelen.

Afhankelijk van het doel van reflectie (beslissen of beschouwen), de afstand tot de praktijk (concreet of met enige afstand reflecteren) en persoonlijke voorkeuren van deelnemers wordt in de praktijk een voorkeur voor een methode duidelijk. Er zijn bovendien nog veel meer methoden voor moreel beraad in gebruik. De uitnodiging is daarom om kennis te maken, ze uit te proberen en eventueel verder te zoeken als geen van beide prettig werkt. Moreel beraad moet je nu eenmaal doen. En welke methode beter is? *The proof of the pudding is in the eating.* ◀

Mariette van Hoven is als senior onderzoeker en docent werkzaam bij het Ethiek Instituut van de universiteit Utrecht. Jos Kole is universitair docent beroepsethiek bij IQ healthcare van het Radboud umc en senior-docent verpleegkundige beroepsethiek bij de Academie Gezondheidszorg van de CHE.

1. De workshops maken deel uit van een ZonMw project Kennis en keten: ethische deskundigheidsbevordering in de jeugdketenzorg.



Bronnen

- Bolt, L.L.E., Verweij, M.F. & Delden, J.J.M. van (2003). *Ethiek in Praktijk*, Assen: Van Gorcum.
- Bree, M. de & Veening, E. (2012). *Moreel beraad, een handleiding. Praktische gids voor zorgprofessionals*, Assen: Van Gorcum.
- Hoven, M. van den, Kanne, M. & Mol, L. (2003). Zorgethische gespreksmodellen. In: H. Manschot & H. van Dartel, *In gesprek over goede zorg*, Amsterdam: Boom, p. 134-152.
- Verkerk, M.A., (1997). *Denken over zorg. Over concepten en praktijken*. Utrecht: Tijdstroom/Elsevier.