

Waarden in de psychotherapie

Axel Liégeois

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2023, 53(4), 264-275]

Psychotherapie is niet neutraal. De keuzes die klinisch psychologen maken tijdens een psychotherapeutisch proces zijn niet waardenvrij. Ze zijn onvermijdelijk gebaseerd op waarden en op een afweging van waarden. Zelfs de keuzes die ze maken op basis van een psychotherapeutische benadering zijn niet vrij van waarden. De therapeutische methode is gefundeerd op waarden en de toepassing ervan door psychologen wordt opnieuw door waarden bepaald. Ook als psychologen verklaren dat zij zelf geen morele keuzes maken, maar altijd de wensen van cliënten respecteren en hun toestemming vragen, is deze keuze al een afweging van waarden. In dat geval is het een keuze ten gunste van de waarde 'autonomie' die in conflict kan komen met andere waarden.

In de psychotherapie komen veel ethische vragen voor, met verschillende nuances en in uiteenlopende contexten (Lindsay et al., 2008). Vanuit ethisch perspectief heeft het de voorkeur dat psychologen niet hoeven vragen om een ethisch of deontologisch advies, maar dat ze zelf een ethische afweging kunnen maken, in samenspraak met de betrokkenen. Een dergelijke ethische werkwijze is empowerend en maakt hen minder afhankelijk van een extern advies of een deontologische code. Maar dat impliceert wel dat psychologen beschikken over een ethisch denkkader waarmee ze zelf vragen ethisch kunnen analyseren en evalueren. Zo'n kader bestaat bij voorkeur niet uit normen en regels, maar uit waarden. Met normen en regels loopt men vast, omdat ze onvoldoende verfijnd zijn om in te spelen op de bijzonderheid van veel vragen en contexten, en elkaar bovendien kunnen tegenspreken. Waarden zijn fundamenteeler en kunnen gemakkelijker tegen elkaar worden afgewogen.

In deze bijdrage ontwikkelen we een waardenkader en presenteren vervolgens een waarden-toets om keuzes ethisch te toetsen aan de waarden. Deze waarden zijn niet specifiek voor de psychotherapeutische praktijk, maar gelden voor alle zorgverleners.

Waardenkader

In theorie houden zorgverleners rekening met alle waarden die in een bepaalde situatie naar voren komen. We kunnen echter een onderscheid maken tussen persoonlijke waarden en fundamentele waarden. Persoonlijke waarden zijn waarden die belangrijk zijn vanuit het eigen perspectief van de cliënten of zorgverleners. Juist omwille van dit persoonlijk karakter kunnen we dergelijke waarden niet beschouwen als waarden die fundamenteel zijn voor de zorg in het algemeen. Persoonlijke waarden zijn zeker zinvol in een concrete situatie en kunnen naar voren komen in de manier waarop de betrokkenen de fundamentele waarden vormgeven, maar ze zijn niet de hoeksteen van de zorg. Fundamentele waarden leggen de basis waarop zorgverleners beslissingen in de zorg nemen.

Daarom construeren we een kader met tien fundamentele waarden die ten grondslag liggen aan beslissingen in de zorg (Liégeois, 2019). Hiermee onderscheiden we ons van andere benaderingen van moreel beraad die werken met de waarden die opkomen bij de zorgverleners, cliënten en andere betrokkenen (Van Dartel & Molewijk, 2014). We geven de voorkeur aan een vooropgezet waardenkader. Dat heeft als voordeel dat de zorgverleners alleen maar hoeven te beoordelen hoe de gegeven waarden in een bepaalde situatie in het geding zijn. Het waardenkader voorkomt ook blinde vlekken in het aanvoelen van waarden door de betrokkenen.

Het blijft uiteraard een uitdaging om een kader van fundamentele waarden te rechtvaardigen. Hoewel deze waarden door individuen worden gewogen, zijn het in de eerste plaats waarden die in een gemeenschap of samenleving belangrijk worden gevonden. Voordat mensen zich deze waarden al dan niet kunnen toe-eigenen, bestaan ze al buiten henzelf, in de samenleving en cultuur. Juist omdat waarden als sociale fenomenen aanwezig zijn, kunnen mensen deze waarden in hun persoonlijk leven aanvaarden of verwerpen.

Zoals de maatschappij en de cultuur zijn ook waarden als sociale gegevens onderhevig aan historische veranderingsprocessen (Emanuel & Emanuel, 1992; Liégeois 2019; Van Audenhove, 2015). In die evolutie kunnen we verschillende zorgparadigma's onderscheiden. Een zorgparadigma is een model of kader waardoor de realiteit van de zorg in een bepaalde periode en cultuur wordt geïnterpreteerd. We zien een ontwikkeling van een traditioneel medisch en religieus paradigma, via een modern emancipatorisch en maatschappelijk paradigma, naar een relationeel paradigma. In elk paradigma hebben verschillende waarden de overhand. De historische ontwikkeling van de paradigma's weerspiegelt een ethische dynamiek waarin sommige waarden op de voorgrond treden en andere naar de achtergrond verdwijnen. Het feit dat bepaalde waarden een prominente positie innemen in een bepaald paradigma betekent niet dat er geen andere waarden bij dat paradigma betrokken

zijn, maar dat deze op de achtergrond blijven. De historische ontwikkeling van waarden binnen de verschillende zorgparadigma's biedt een basis en rechtvaardiging voor een kader van fundamentele waarden. Tabel 1 biedt een overzicht – in alfabetische volgorde – en beknopte omschrijving van de waarden, die daarna verder uitgewerkt worden.

Tabel 1. Een beschrijving van de waarden.

Autonomie	Bevorderen van verantwoordelijkheid en keuzevrijheid
Beschermwaardigheid	Beschermen van gezondheid en integriteit
Duurzaamheid	Waarborgen van inzet van mensen, middelen en milieu
Participatie	Verhogen van deelname aan gemeenschapsleven
Privacy	Behoeden van persoonlijke levenssfeer
Rechtvaardigheid	Streven naar juiste verdeling van middelen
Solidariteit	Bijdragen aan welzijn van anderen en gemeenschap
Vertrouwen	Geloven in mogelijkheden van mensen en samenwerking
Welbevinden	Verbeteren van welzijn en geluk
Zorgverlening	Bieden van ondersteuning, herstel, zorg en behandeling

Zorgverlening en beschermwaardigheid

Deze twee waarden treden op de voorgrond in het traditionele medische en religieuze paradigma. De traditie van de medische ethiek en deontologie is gebaseerd op de eed van Hippocrates met daarin twee basisnormen: goed doen en niet schaden. Dit heeft geleid tot twee belangrijke principes: 'beneficence' en 'nonmaleficence' (Beauchamp & Childress, 2019; Pellegrino & Thomasma, 1987). Historisch gezien ondersteunt het religieuze paradigma impliciet het medische paradigma, omdat weldoen gezien kan worden als een uiting van naastenliefde en niet-schaden als respect voor de heiligheid van het leven. Een te sterke nadruk op weldoen en niet-schaden kan echter leiden tot paternalisme. Daarom hertalen we weldoen en niet-schaden in twee waarden voor de hedendaagse zorgcontext: zorgverlening en beschermwaardigheid.

Zorgverlening definiëren we als het *bieden van ondersteuning, herstel, zorg en behandeling*. Het is het antwoord van de zorgverleners op de ethische oproep die uitgaat van de ontmoeting met cliënten, in het bijzonder met hun kwetsbaarheid. In antwoord hierop geven de zorgverleners de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg, bieden ze de gepaste kwantiteit van zorg op maat van de cliënt, en garanderen ze de continuïteit van zorg in hun netwerk.

De keerzijde van zorgverlening is beschermwaardigheid. Dit omschrijven we als het *beschermen van gezondheid en integriteit*. Dit geldt zowel voor fysieke als psychische aspecten. Beschermwaardigheid impliceert niet alleen het zich onthouden van het toebrengen van

schade, het voorkomen van schade en het herstellen van bestaande schade, maar ook het bieden van goede zorg. In die zin is het vermijden van schade een onderdeel van het bieden van goede zorg.

Autonomie, welbevinden en privacy

In het moderne emancipatorische paradigma treden de waarden van autonomie, privacy en welbevinden op de voorgrond. Dit paradigma ontstond in de periode van de verlichting, maar kende een doorbraak in de zorg vanaf de jaren 1960. Het moderne emancipatieparadigma is een reactie op het gevaar van paternalisme in het traditionele medische en religieuze paradigma. Het keert de perspectieven om: waar vroeger de zorgverleners bepalend waren, staan nu de cliënten centraal in de besluitvorming. Het biedt tegenwicht aan het risico van paternalisme door de autonomie van het individu te propageren. Het ethisch principe van 'respect for autonomy' wordt versterkt door wetgeving die cliënten het recht op geïnformeerde toestemming geeft (Beauchamp & Childress, 2019; Dworkin, 1988). Deze emancipatorische waarden kunnen ook de persoonlijke waarden van de betrokkenen uitdrukken, met name bij het maken van de vrije keuzes, het invullen van wat tot de persoonlijke levenssfeer behoort en het bepalen van wat bijdraagt aan het eigen welbevinden.

Autonomie wordt meestal opgevat als de vrijheid om eigen keuzes te maken en handelingen uit te voeren. Keuzevrijheid is echter niet vrijblijvend en impliceert de verantwoordelijkheid voor de genomen beslissing. Daarom definiëren we autonomie als het *bevorderen van verantwoordelijkheid en vrijheid*. We plaatsen verantwoordelijkheid voorop, maar er is geen verantwoordelijkheid zonder keuzevrijheid. Dit is de vrijheid om in een bepaalde situatie tussen verschillende mogelijkheden te kiezen, zonder dwingende invloeden van binnenuit of buitenaf. Er zijn dus twee voorwaarden: cliënten moeten van binnenuit voldoende beslissingsbekwaam zijn en ze moeten van buitenaf minstens twee opties hebben zonder externe dwang.

Privacy omschrijven we als het *behoeden van de persoonlijke levenssfeer*. Cliënten bepalen zelf wat tot hun persoonlijke en wat tot hun publieke levenssfeer behoort. Daarom is privacy afgeleid uit autonomie. We kunnen vier vormen van privacy onderscheiden: ruimtelijke privacy heeft betrekking op het verblijf in een private ruimte, fysieke privacy op de intimiteit van het lichaam, psychische privacy op de intimiteit van gevoelens en gedachten, en informatiele privacy op de vertrouwelijkheid van persoonsgegevens.

Onder welbevinden verstaan we het *beleven van welzijn en geluk*. Het heeft betrekking op verschillende dimensies van het mens-zijn, met name de fysieke, psychologische, sociale en existentiële dimensie. Hoewel een aantal meer objectieve, minimale levensvoorwaarden noodzakelijk zijn, is welbevinden in de eerste plaats een subjectieve evaluatie van de eigen levenservaringen in de gegeven omstandigheden, en dus ook afgeleid uit autonomie.

Participatie, rechtvaardigheid en duurzaamheid

De volgende drie waarden treden op de voorgrond in het hedendaagse maatschappelijke paradigma dat in de jaren 1980 is ontstaan: participatie, rechtvaardigheid en duurzaamheid (Thornicroft & Tansella, 2009). Cliënten zijn niet alleen autonome individuen, maar ook volwaardige burgers in een samenleving. De vermaatschappelijking van de zorg vergt dat cliënten volwaardig aan het sociale leven kunnen participeren. Door de economisering van de zorg ontstaat de uitdaging om de schaarse middelen op een rechtvaardige en duurzame wijze te verdelen. Verder is er de toenemende regulering van zorg door kwaliteitsmeting, 'evidence-based practice' en de juridisering van de zorg.

Participatie is het *verhogen van deelname aan het gemeenschapsleven*. Dit veronderstelt een dubbele beweging: van integratie door cliënten en van inclusie door de gemeenschap. De gemeenschap houdt zowel de naastbetrokkenen en het sociale en professionele netwerk in als de maatschappij als geheel. Participatie impliceert dat de zorg zoveel mogelijk in de maatschappij wordt verleend, met betrokkenheid van de netwerken van cliënten.

Een andere belangrijke waarde is rechtvaardigheid (Beauchamp & Childress, 2019). Dit is het *streven naar de juiste verdeling van de middelen*. In de zorgsector zijn de middelen schaars, terwijl de zorgbehoeften groot zijn. Rechtvaardigheid houdt in dat cliënten in gelijke omstandigheden gelijk behandeld worden. Maar ook dat ze in ongelijke omstandigheden, zoals door ziekte en beperking, tijdelijk ongelijk behandeld kunnen worden om hun kansen te geven effectief aan het maatschappelijk leven deel te nemen. De middelen worden dus verdeeld volgens de werkelijke behoeften.

Duurzaamheid is een onmisbare waarde in de hedendaagse wereld geworden. We omschrijven duurzaamheid als het *waarborgen van de inzet van mensen, middelen en milieu*. Hierbij denken we aan het behoud van natuurlijke hulpbronnen voor toekomstige situaties. Maar in de zorgsector gaat het ook om het in stand houden van materiële en financiële middelen en van de inzet van mensen, in het bijzonder van zorgverleners.

Vertrouwen en solidariteit

De laatste twee waarden zijn vertrouwen en solidariteit. Deze worden afgeleid uit het relationeel paradigma waarbij mensen niet louter als op zichzelf staande individuen beschouwd worden, maar ook als personen die wezenlijk met elkaar verbonden zijn. De twee waarden die hierbij horen zijn bij uitstek verbindend.

Vertrouwen verwijst naar de verbondenheid in de zorgrelatie. Het is het *geloven in de mogelijkheden van de ander en de samenwerking*. Een vertrouwensrelatie is niet vanzelfsprekend. Naarmate de cliënten de zorg als goed ervaren en de zorgverleners de eigen verantwoordelijkheid van cliënten respecteren, kan het vertrouwen groeien.

Solidariteit is de uitdrukking van de verbondenheid in een groep of gemeenschap. Onder solidariteit verstaan we het *bijdragen aan het welzijn van anderen en de gemeenschap*. Dit impliceert de bereidheid het eigen persoonlijke belang ondergeschikt te maken aan het algemeen welzijn van de gemeenschap. Terwijl rechtvaardigheid de middelen van de gemeenschap verdeelt onder haar leden volgens hun behoeften, vergt solidariteit dat de leden aan de gemeenschap bijdragen naargelang hun mogelijkheden.

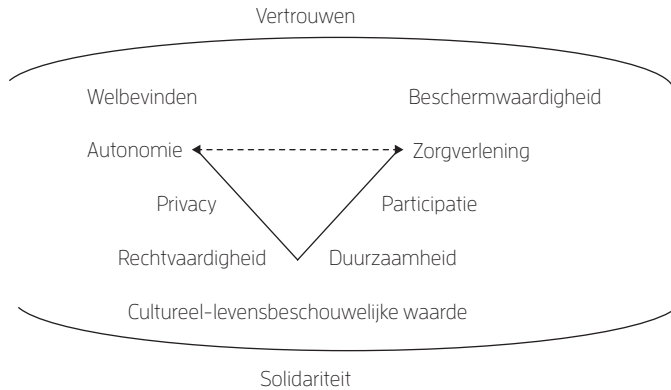
Cultureel-levensbeschouwelijke waarde

De tien fundamentele waarden zijn ontstaan tijdens de historische ontwikkeling van de zorg in de westerse cultuur. Maar ook mensen uit andere culturen doen een beroep op westerse zorg. Bij hun keuzes staan soms niet-westerse waarden voorop, bepaald door hun cultuur, religie of levensbeschouwing. Zo kan een vrouw een specifieke behandeling wensen of verwerpen omdat haar vader of echtgenoot dat wil. Ook religieuze of levensbeschouwelijke voorschriften in verband met voeding, opvoeding, relaties, feesten, rituelen of gebed kunnen van invloed zijn op keuzes in de zorg.

Om voldoende recht te doen aan cultuur, religie of levensbeschouwing hebben we in het waardenkader een open plaats gecreëerd voor een culturele of levensbeschouwelijke waarde. We plaatsen die 'open waarde' bij de maatschappelijke waarden omdat ze de persoonlijke keuze van de cliënt overstijgt en deel uitmaakt van een bepaalde cultuur of levensbeschouwing. Door ruimte te maken voor een cultureel-levensbeschouwelijke waarde houden we er rekening mee, maar relativeren we haar ook door ze te plaatsen in een kader met tien andere waarden. Tegelijk doorbreekt deze cultureel-levensbeschouwelijke waarde het kader van tien westerse waarden dat tot een gesloten systeem van dominante waarden zou kunnen leiden.

Samenhang van waarden

Figuur 1. De samenhang tussen de waarden.



Het meest fundamentele spanningsveld is dat tussen zorgverlening en autonomie, de basiswaarde van respectievelijk de traditionele en moderne benadering. Het spanningsveld wordt uitgedrukt met een pijl, maar die wordt onderbroken om erop te wijzen dat we het spanningsveld proberen op te heffen door beide waarden met elkaar te verbinden. Die pijl is de bovenste zijde van de driehoek die centraal in figuur 1 staat. De linkerbovenhoek vormt bij wijze van spreken de hoek van het emancipatorische paradigma met de waarden van autonomie, privacy en welbevinden. De rechterbovenhoek verwijst naar het traditionele paradigma met de waarden zorgverlening en beschermwaardigheid. De onderste hoek staat voor het maatschappelijke paradigma met de waarden participatie, rechtvaardigheid en duurzaamheid, en dus ook de cultureel-levensbeschouwelijke waarde. In het schema wordt ook duidelijk dat vertrouwen en solidariteit verbindende waarden zijn uit het relationeel paradigma. Die verbinding wordt uitgedrukt door de bogen. Alle waarden zijn afkomstig uit een paradigma waarin ze centraal staan, maar ze gelden voor alle partijen die bij de zorg betrokken zijn en die er allemaal naar streven deze waarden te realiseren.

Waardentoets

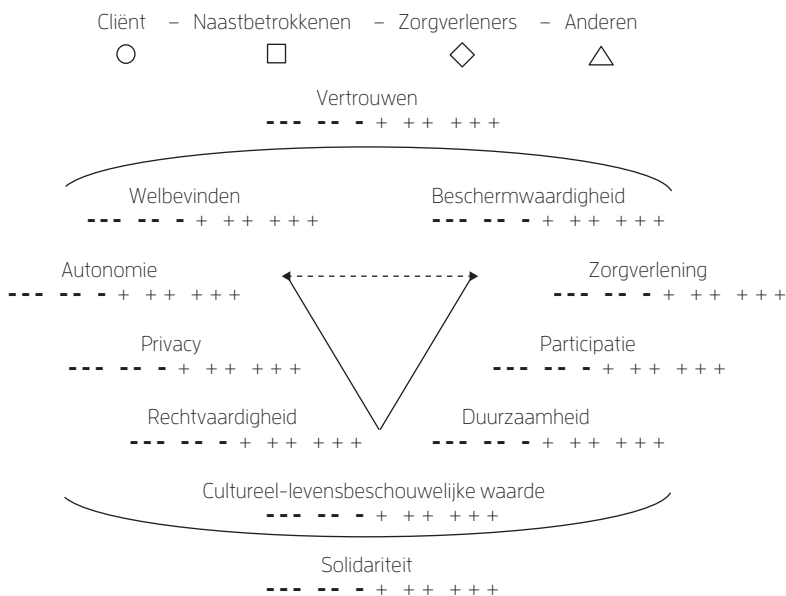
Na het ontwikkelen van het waardenkader presenteren we nu een waardentoets waarbij keuzes ethisch getoetst worden aan de waarden (Liégeois, 2019). De bedoeling is de verhouding van de onderliggende waarden bij een bepaalde keuze te evalueren. We analyseren het onderliggende patroon van waarden en evalueren of de waarden in een proportionele verhouding tot elkaar staan. Daarbij gaan we ervan uit dat er geen vooraf gegeven, vaste rangorde van waarden is. Als dat zo zou zijn, dan zou de ethische evaluatie heel eenvoudig

of zelfs overbodig zijn, want de waarde die voorop in de rangorde staat, zou steeds moeten worden gerealiseerd en zou nooit mogen worden geschonden. We evalueren de onderlinge verhouding van waarden echter voor elke particuliere situatie en de proportionele verhouding van waarden kan per casus verschillen.

Om dit concreter te maken, nemen we een korte casus als voorbeeld.

Marc vertelt aan zijn psychologe Marie over het seksueel misbruik in zijn kinderjaren. Zij meent dat hij dit misbruik niet heeft verwerkt en maakt zich grote zorgen over zijn houding tegenover zijn zontje. Daarom wil ze dat Marc zijn vrouw over dit misbruik vertelt, zodat ze alert is op zijn gedrag en zo nodig kan ingrijpen. Marc vindt echter dat het misbruik hem niet meer raakt. Marie besluit dat ze geen andere keuze heeft dan Marc te vertellen dat ze zijn vrouw zal inlichten.

Figuur 2. De waardentoets.



Waarden scores

Bij het maken van ethische keuzes proberen zorgverleners zoveel mogelijk alle waarden te realiseren. Elke waarde is immers waardevol en verdient het om nagestreefd te worden. Daarom scoren we de waarden eerst afzonderlijk. Dit doen we door aan elke waarde een score toe te kennen van drie, twee of één plussen of drie, twee of één minnen en niet op een wiskundige wijze door cijfers toe te kennen en een saldo te berekenen. Een gradatie

van plussen en minnen volstaat om nuances weer te geven. Bovendien kan er geen nul worden toegekend, omdat een keuze ten opzichte van een bepaalde waarde nooit neutraal is.

We scoren elke waarde afzonderlijk vanuit ons eigen perspectief. Het is immers hachelijk om te scoren vanuit het perspectief van iemand anders. Bovendien scoren we de waarden met een bepaalde persoon voor ogen. Dit kan de cliënt zijn, maar eventueel ook de naastbetrokkenen, de zorgverleners of andere betrokken partijen. Alle waarden scoren voor alle betrokkenen zou leiden tot een complex en onoverzichtelijk geheel van scores. Daarom houden we het pragmatisch en scoren in principe de waarden voor de cliënt, omdat die centraal staat. Enkel als het relevant en zinvol is, kunnen we ook de waarden scoren voor andere partijen.

Passen we dit nu toe op de casus. We scoren de waarden vanuit ons eigen perspectief. We kunnen dit doen voor cliënt Marc, voor zijn vrouw als naastbetrokkene, voor psychologe Marie en voor het zoontje als andere betrokken partij. We beginnen met de waarden te scoren voor Marc. Als Marie de vrouw van Marc inlicht, hoe zouden we dan de waarde van autonomie scoren? En zijn privacy en welbevinden? Maar ook de zorgverlening en beschermwaardigheid? En de participatie, rechtvaardigheid en duurzaamheid? En ten slotte ook het vertrouwen en de solidariteit? We trekken een cirkel rondom de plussen of minnen in figuur 2. Bepaalde waarden zullen positief scoren en dus gerespecteerd en bevorderd worden, terwijl andere negatief scoren en bedreigd of geschonden worden.

We kunnen ook de waarden scoren voor andere betrokkenen, zoals Marcs vrouw en voor Marie als zorgverlener. Het wordt al moeilijker om alle waarden voor hen te scoren. Daarom kunnen we ons beperken tot deze die relevant en zinvol zijn. Het zoontje van Marc is echter ook een belangrijke partij en daarom is het van belang een aantal waarden ook voor hem te scoren. Zo is de beschermwaardigheid van het zoontje een heel belangrijke waarde. Om dit praktisch te houden, plaatsen we in figuur 2 een vierkant bij de waarden voor de naastbetrokkene, een ruitje bij deze voor de zorgverlener en een driehoek voor de andere betrokken partij.

Scores per waarde vergelijken

Door de waarden te scoren voor de cliënt en eventueel ook voor andere betrokken partijen als dat relevant en zinvol is, krijgen we een patroon van waarden voor een bepaalde keuze. We kunnen als zorgverlener de scores persoonlijk invullen, maar als we in een team of netwerk samenwerken, kunnen andere zorgverleners of andere betrokken partijen dat ook doen.

Dan gaan we als volgt te werk. Eerst scoort ieder apart de waarden, zodat men elkaar niet beïnvloedt. Dan vergelijken we de scores. We nemen een bepaalde waarde, bijvoorbeeld de autonomie van Marc. We bespreken de gelijkenissen en verschillen. Als de scores verschillen, betekent dat niet dat iemand het verkeerd heeft. Wellicht heeft diegene de situatie anders ingeschat of met andere elementen rekening gehouden. We vullen elkaar aan en kunnen van elkaar leren. De blinde vlekken worden zichtbaar. Samen bereiken we een beter en genuanceerder inzicht in het belang van waarden. Deze werkwijze leidt ertoe dat we ethisch argumenteren welke waarden op het spel staan bij een bepaalde keuze en hoe dit te verantwoorden. We voeren een specifiek ethisch overleg met argumenten op basis van waarden.

Negatieve scores van waarden bijsturen

Vervolgens proberen we de negatieve scores om te buigen. Bepaalde waarden zullen ongetwijfeld negatief scoren voor Marc, of voor zijn vrouw, Marie of zijn zoontje. Als Marie de vrouw van Marc over het seksueel misbruik informeert zal de autonomie van Marc geschonden worden, ook al licht ze hem vooraf in. We worden uitgedaagd te zoeken hoe die negatieve score om te buigen. Wat kunnen we doen opdat die waarde minder negatief wordt geëvalueerd? Een negatieve evaluatie van waarden zet ons aan om creatief te zoeken hoe we de keuze kunnen bijsturen. Maar we moeten ervoor waken dat het bijsturen van de keuze om de ene waarde te bevorderen niet tot gevolg heeft dat een andere bedreigd of geschonden wordt.

Wat kunnen we doen om de autonomie van Marc minder of niet te schenden? We kunnen inzetten op de verbindende waarden van vertrouwen en solidariteit, zodat we de andere waarden beter met elkaar kunnen verbinden en minder schenden. Hoe kunnen we de vertrouwensrelatie met Marc versterken om beter met hem te kunnen overleggen? Kunnen we door meer vertrouwen en meer dialoog de autonomie van Marc minder schenden? Hoe kunnen we de solidariteit met andere partners versterken om zo de keuze voor alle betrokkenen positief te maken?

Waarden proportioneel afwegen

Hoezeer we ook inzetten op het bevorderen van waarden door negatieve scores om te buigen en waarden met elkaar te verbinden, er blijft altijd een spanningsveld van waarden bestaan. Bij ethische vragen slagen we er niet in om alle waarden positief te scoren. In de casus van Marc en Marie staat het spanningsveld tussen de autonomie van Marc en de beschermwaardigheid van zijn zoontje centraal.

Het criterium voor het afwegen van waarden is de proportionaliteit. Dat is de mate waarin er een redelijke of proportionele verhouding bestaat tussen de waarden die gerespecteerd of bevorderd worden enerzijds en deze die bedreigd of geschonden worden anderzijds. Het betreft een globale afweging van waarden en geen rekenkundige oefening; de afweging kan nooit volledig geobjectiveerd worden. Het blijft een subjectief proces en verschillende mensen kunnen de proportionaliteit anders inschatten. Maar als we in dialoog gaan over het patroon van waarden en doelbewust zoeken naar mogelijkheden om de proportionaliteit te verbeteren, overstijgen we de individuele subjectiviteit zonder volledige objectiviteit te bereiken.

Een extra toets en rechtvaardiging van de keuze bestaat uit het zoeken naar de motivering of rechtvaardiging voor elke waarde die geschonden blijft. Mochten we door de inzet op vertrouwen en solidariteit niet tot opties komen waarin de autonomie van Marc minder geschonden wordt, dan blijft de beschermwaardigheid van het zoontje een sterk argument om het seksueel misbruik in het verleden van Marc bespreekbaar te maken.

Besluit

We hebben een kader van fundamentele waarden in de zorg ontwikkeld en de keuze voor deze waarden verantwoord vanuit de historische paradigma's. We hebben vervolgens een waardentoets gepresenteerd die toelaat te evalueren in welke mate de waarden gerespecteerd en bevorderd worden, of bedreigd en geschonden. Voor de lezer kan het een interessante oefening zijn om de waardentoets uit te voeren op basis van twee keuzes. De eerste optie is dat Marie de informatie over Marc aan zijn vrouw meedeelt, zodat zij op de hoogte is van de mogelijke risico's voor hun zoontje. De tweede optie is dat Marie deze informatie geheimhoudt. Kan elke keuze zo bijgestuurd worden dat waarden minder bedreigd of geschonden worden? En ten slotte, welk patroon van waarden is het meest proportioneel of redelijk te verantwoorden? Zou jij de informatie doorgeven of geheimhouden?

Literatuur

- Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Dworkin, G. (1988). *The theory and practice of autonomy*. Cambridge University Press.
- Emanuel, E., & Emanuel, L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- Liégeois, A. (2019). *Waarden in dialoog: ethiek in de zorg*. LannooCampus.
- Lindsay, G., Koene, C., Øvreide, H., & Lang, F. (2008). *Ethics for European psychologists*. Hogrefe.

- Pellegrino, E., & Thomasma, D. (1987). *For the patient's good: The restoration of care in health care*. Oxford University Press.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better mental health care*. Cambridge University Press.
- Van Audenhove, C. (2015). *Medische keuzes: een praktische gids voor overleg tussen zorgverstreker en patiënt*. Lan-
nooCampus.
- Van Dartel, H., & Molewijk, B. (Red.). (2014). *In gesprek blijven over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de
praktijk*. Boom.

Personalia

Axel Liégeois is gewoon hoogleraar zorgethiek aan de faculteit Theologie en Religiewetenschappen van de KU Leuven en ethisch adviseur bij de Organisatie Broeders van Liefde te Gent.
E-mail: axel.liegeois@kuleuven.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.