

## Essay

# Ethiek, etiquette en goed hulpverlenerschap in de psychiatrie

door *R.L.P. Berghmans*

### Samenvatting

De medische ethiek of gezondheidsethiek houdt zich nog te exclusief bezig met de 'grote' problemen van en in de gezondheidszorg. Buiten deze 'grote ethiek' zijn er ook vragen van de 'kleine ethiek': de ethiek van alledag die verweven is met dagelijkse handelingen en routines en verbonden met vragen en beslissingen die zich niet onmiddellijk als 'spectaculair' aan ons opdringen. Het onderscheid tussen ethiek en etiquette is daarbij niet altijd even scherp te maken. In dit artikel worden enkele kanttekeningen geplaatst bij deze begrippen en wordt een tweetal ethische perspectieven geschetst die beogen een antwoord te geven op de vraag wat in morele zin goed of verantwoord handelen is. Aangegeven wordt welke de implicaties zijn voor het handelen van de psychiater en andere hulpverleners in de psychiatrie.<sup>1</sup>

### 'Grote ethiek' en 'kleine ethiek'

De medische ethiek of gezondheidsethiek, zoals deze in Nederland en de haar omringende landen wordt beoefend, houdt zich nog te exclusief bezig met de 'grote' problemen van en in de gezondheidszorg, zoals beslissingen rond het levenseinde, het experimenteren met pre-embryo's, of vraagstukken rond de verdeling van schaarse middelen. Zonder iets te willen afdoen aan het grote belang van dergelijke ethische vraagstukken moet worden vastgesteld dat hierdoor het beeld dreigt te ontstaan dat ethiek uitsluitend 'grote ethiek' is, en dat daarbuiten geen ethische kwesties aan de orde zijn (Berghmans 1995).

In de psychiatrie kan het juist en met name om deze 'kleine ethiek' gaan: de ethiek van alledag die verweven is met dagelijkse handelingen en routines en verbonden met vragen en beslissingen die zich niet onmiddellijk als 'spectaculair' aan ons opdringen (Kane & Caplan 1990). Het kan dan bijvoorbeeld gaan om de vraag of de psychiater er 'goed' aan doet wanneer deze aan een cliënt die worstelt met zijn echtscheiding, iets vertelt over zijn eigen verlieservaringen en -verwerking. Of om de vraag of de psychiater in moet gaan op het verzoek van de weduwe van een cliënt die suïcide heeft gepleegd, om een woord te spre-

ken tijdens de uitvaartdienst. Het gaat dan met andere woorden om vragen van ethiek, etiquette en om opvattingen over goed hulpverlenerschap in de psychiatrie.

Hoewel dergelijke vragen vaak worden opgevat als uitsluitend vragen inzake goed professioneel handelen, moet worden vastgesteld dat wat tot het domein van goed professioneel handelen behoort enerzijds niet altijd duidelijk is en anderzijds historisch aan verschuivingen onderhevig is. Een voorbeeld betreft de ruimte voor intimiteit en seksualiteit in de hulpverlener-cliëntrelatie. Ethiek en waardenoriëntaties spelen hierbij onmiskenbaar een rol.

In dit artikel wordt allereerst stilgestaan bij de twee genoemde begrippen – ‘etiquette’ en ‘ethiek’ – en getracht deze enigszins af te bakken. Daarna wordt aandacht besteed aan wat werd bestempeld als ‘grote ethiek’ en ‘kleine ethiek’, een onderscheid dat ook wel omschreven wordt als het onderscheid tussen ‘quandary ethics’ en ‘everyday ethics’. Vervolgens worden deze twee typen ethiek en de daarbij behorende vragen verbonden met een tweetal globale ethische perspectieven die beogen een antwoord te geven op de vraag wat in morele zin goed of verantwoord handelen is. Ten slotte wordt aangegeven welke implicaties dit alles heeft voor het dagelijks handelen van de psychiater en andere hulpverleners in de psychiatrie.

### Ethiek en etiquette: Hippocrates en de goede dokter

In de Hippocratische geschriften zijn etiquette en ethiek nog sterk met elkaar verweven. Het volgende fragment onder de titel ‘De dokter’ illustreert dit:

‘De waardigheid van een dokter vereist dat hij er gezond uit ziet, en zo gezet als moeder natuur wil dat hij is; want de massa beschouwt degenen die niet over deze uitstekende lichamelijke conditie beschikken niet in staat om de zorg voor anderen op zich te nemen. Vervolgens moet de dokter schoon zijn, goed gekleed, en ingesmeerd met zoet geurende zalven die op generlei wijze verdacht zijn. Dit is aangenaam voor de patiënt. De verstandige dokter moet ook nauwgezet bepaalde morele overwegingen in het oog houden – hij moet niet alleen zwijgzaam zijn, maar ook een grote regelmaat in zijn leven ten toon spreiden, aangezien dit zijn reputatie vergroot; hij moet van aard een gentleman zijn, en zich ernstig en vriendelijk tegenover eenieder gedragen. Want een opvallende opdringerigheid wordt verafschuwed, hoewel het nuttig kan zijn. (...)

In zijn optreden moet hij een serieus maar niet streng gezicht tonen. Want strengheid wordt opgevat als arrogantie en onvriendelijkheid, terwijl een man die ongecontroleerd lacht en buitensporig vrolijk is vulgair wordt gevonden; en vulgariteit moet in het bijzonder worden vermeden. (...)

Ook de intimiteit tussen dokter en patiënt is groot. Patiënten leggen zichzelf in feite in de handen van hun dokter, en steeds opnieuw ontmoet

hij vrouwen, maagden en kostbare bezittingen. Derhalve moet ten opzichte van al dezen zelfcontrole in acht worden genomen. Zo dient de dokter te zijn, zowel in zijn lichaam als in zijn ziel.' (Loeb Classical Library 1981)

Dit citaat illustreert dat ethiek en etiquette in het corpus van de Hippocratische geschriften nauw met elkaar verbonden zijn. De in het citaat genoemde overwegingen van morele aard – o.a. de zwijgzaamheid van de dokter, de grote regelmaat in zijn leven, de ernst en vriendelijkheid die hij jegens eenieder ten toon dient te spreiden – zouden wij tegenwoordig niet zo snel als 'moreel' bestempelen, maar eerder een plaats geven in het domein van de etiquette.

### Etiquette

In de loop van de geschiedenis zijn medische ethiek en etiquette dan ook van elkaar ontkoppeld. In de huidige tijd verwijst medische ethiek naar een systematisch begrip van goed of gerechtvaardigd handelen binnen de context van de gezondheidszorg. Etiquette verwijst naar de verwachte stijl of vorm van de medische praktijk zoals voorgeschreven door conventie (Sugarman 1994). Etiquette heeft vooral te maken met goede of juiste omgangsvormen.

We zijn geneigd het gewicht van etiquette laag in te schatten en omgangsvormen ontbloeit te achten van morele betekenis (McCullough 1985). Het belang van etiquette mag echter zeker niet worden onderschat. Zo blijkt uit empirisch onderzoek bijvoorbeeld dat op ten minste twee terreinen de professionele etiquette van artsen door patiënten van belang wordt geacht: de kleding van artsen en hun stijl van communiceren (Sugarman 1994). Een tweetal thema's is illustratief voor het type vragen dat op het niveau van de communicatie en de professionele omgangsvormen van hulpverleners speelt, namelijk de kwestie van het aanspreken van cliënten (Lavin 1988) en die van het omgaan met afspraken (en dan met name het niet op tijd op een afspraak verschijnen) (Schwarze 1992; Shenk 1992).

De manier waarop hulpverleners hun cliënten aanspreken en de wijze waarop zij zichzelf laten aanspreken door hun cliëntele, is niet moreel-neutraal. Zo komt het in de praktijk nogal eens voor dat de hulpverlener zijn cliënt bij de voornaam noemt, terwijl hij tegelijkertijd van de cliënt verwacht of verlangt dat deze de hulpverlener formeel aanspreekt. Dit roept ethisch gezien vragen op, onder andere met betrekking tot machtsongelijkheid in de relatie en respect ten opzichte van de cliënt.

Ook het niet op tijd komen van hulpverleners op hun afspraken met cliënten wordt nogal eens opgevat als iets wat moreel-neutraal moet worden gewaardeerd. Niettemin kan er – afhankelijk van de omstan-

digheden waaronder een hulpverlener niet op tijd op zijn afspraak met de cliënt verschijnt – sprake zijn van ethisch discutabel gedrag.

Op basis van deze en andere voorbeelden in de sfeer van etiquette en omgangsvormen ligt het mijns inziens voor de hand etiquette niet als moreel betekenisloos te waarderen, maar te plaatsen in de context van goede zorgverlening. Het niet in acht nemen van etiquetteregels door hulpverleners kan het proces van hulpverlening schaden, en daarbij is dus het belang van de patiënt in het geding. Zo is er bijvoorbeeld een duidelijke relatie tussen communicatieve stijlen van hulpverleners en compliance en therapietrouw bij patiënten (Sugarman 1994). Actief luisteren, gepaste nonverbale communicatie en empathie versterken de interactie en hebben een positieve invloed op de coöperatie van bijvoorbeeld schizofrene patiënten (Corrigan, Liberman, Engel 1990).

Maar ook wanneer er niet direct sprake is van het schaden van de patiënt, kunnen omgangsvormen morele betekenis hebben. Om terug te komen op het voorbeeld van het niet op tijd verschijnen op een afspraak: wanneer een hulpverlener dit doet zonder daarvoor een goede reden te hebben, dan moet dit worden beschouwd als een vorm van disrespect ten opzichte van de cliënt.

### ‘Quandary ethics’

Hiervoor werd een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de ‘grote ethiek’ of ‘quandary ethics’ en anderzijds de ‘kleine ethiek’ of ‘everyday ethics’. Deze kunnen worden verbonden met een tweetal ethische perspectieven die beogen een antwoord te geven op de vraag wat ‘goed’ handelen is.

De grote ethiek of ‘quandary ethics’ – waarbij ‘quandary’ zoveel betekent als ‘moeilijke situatie’ of ‘dilemma’ – is verbonden met de in het oog springende dilemma’s in de gezondheidszorg. Vaak worden dergelijke dilemma’s opgeworpen door de snel voortschrijdende medische technologie, bijvoorbeeld ontwikkelingen op het terrein van de kunstmatige voortplanting en dat van het erfelijkheidsonderzoek (De Wert 1994). Traditionele thema’s van de grote ethiek in het domein van de psychiatrie zijn onder meer kwesties als klinische en ambulante dwangbehandeling, neurochirurgie op psychiatrische indicatie, hulp bij zelfdoding, en voor de toekomst waarschijnlijk onder andere ethische vragen die worden opgeworpen door de voortschrijdende ontwikkelingen op het gebied van de genetica van psychiatrische stoornissen, ook wel de gedragsgenetica genoemd (Anderson 1994). Illustratief voor de grote ethisch-psychiatrische thema’s zijn de hoofdstukken in een bekend Angelsaksisch handboek voor psychiatrische ethiek (Bloch & Chodoff 1991). Behalve de reeds genoemde thema’s handelen de hoofdstukken onder meer over seksualiteit, suïcide, deinstitutionalisering, medische experimenten en politiek misbruik van de psychiatrie.

De ethische methode die veelal wordt toegepast om dergelijke vragen en dilemma's te verhelderen of te beantwoorden, is die welke wel wordt gekenschetst als de methode van de principes of rechten (Beauchamp & Childress 1989). Door middel van ethische principes worden vraagstukken geanalyseerd en suggesties voor oplossingen gegeven. Sommige morele principes – zoals weldoen en niet-schaden – zien het maximaliseren van goede gevolgen (of het minimaliseren van slechte) als de bepalende rechtvaardigende karakteristieken van handelingen. Deze focussen op de consequenties van handelingen. Andere morele principes hebben een meer formeel karakter, in de zin dat ze vooral kenmerken van de handelingen zelf op het oog hebben. Los van de gevolgen hebben mensen bijvoorbeeld de plicht om de autonomie van anderen te respecteren, of om beloften na te komen (Veatch 1995). Dergelijke principes worden ook regelmatig geformuleerd in termen van rechten van de patiënt en daarmee corresponderende plichten van de hulpverlener, bijvoorbeeld het recht op informatie en privacy van de patiënt en respectievelijk de plicht tot het verkrijgen van geïnformeerde toestemming en tot geheimhouding van de hulpverlener.

De methode die binnen een op morele principes en rechten georiënteerde ethiek wordt toegepast, is deductief van aard. Vanuit algemene principes als weldoen, niet-schaden, rechtvaardigheid en respect voor autonomie wordt getracht een antwoord te vinden op de vraag welke handelingen of praktijken al dan niet moreel gerechtvaardigd kunnen worden (Widdershoven 1995).

Bij de kleine ethiek gaat het minder om scherp in het oog springende dilemma's of complexe keuzesituaties. De kleine ethiek, die kwesties rond etiquette omvat, maar daartoe niet is beperkt, heeft te maken met een veelheid aan situaties die zich dagelijks op de werkvloer van de hulpverlening voordoen, waarbij niet altijd sprake hoeft te zijn van een evident moreel dilemma. Zo gaat het bij de kleine ethiek bijvoorbeeld om de vraag hoeveel ruimte cliënten krijgen om hun persoonlijke identiteit te kunnen vormgeven, of om de vraag hoe hun privacy en persoonlijke levenssfeer zo goed mogelijk kunnen worden gewaarborgd.

Bij vragen van de kleine ethiek en de etiquette kunnen we met een deductieve ethiek van principes niet altijd goed uit de voeten. Getuigt het bijvoorbeeld van respect voor de autonomie van een door suïcide overleden cliënt wanneer de hulpverlener ingaat op een verzoek van zijn weduwe om een woord van afscheid te spreken bij de crematie? Of gaat het hier om weldoen jegens de weduwe? Is het rechtvaardig – of juist niet – wanneer de psychiater een woning voor zijn cliënt regelt via het goede, vriendschappelijke contact dat hij heeft met de directeur van de woningbouwvereniging? Dergelijke vragen kunnen en moeten misschien zo gesteld worden en zullen soms ook vanuit morele principes beantwoordbaar zijn. Het zijn echter niet de enige vragen die rele-

vant zijn, en wellicht niet eens altijd de belangrijkste.

Nemen we het thema van self-disclosure door de hulpverlener, dat kan worden geïllustreerd met het voorbeeld van de patiënt die het na zijn echtscheiding nauwelijks redt, terwijl de psychiater een jaar geleden vergelijkbare problemen heeft gehad. Vanuit een ethiek van rechten, principes en gevolgen zijn we geneigd de vraag te stellen: is het moreel geboden of gerechtvaardigd dat de psychiater over zijn eigen scheiding en de verwerking daarvan vertelt? En daarbij kan dan de vraag worden gesteld welke morele principes hierbij in het geding zijn. Of misschien is men eerder nog geneigd om de vraag te stellen in termen van psychotherapeutische techniek: is self-disclosure wel of niet passend bij de door mij gehanteerde psychotherapeutische techniek?

De vraag kan echter ook anders worden gesteld: kan self-disclosure een gepaste reactie zijn, die voortvloeit uit een menselijke betrokkenheid van de hulpverlener bij de situatie van de cliënt? Dit andere type vragen houdt verband met het begrip 'goed hulpverlenerschap'. Hiermee wordt niet het juridische of professionele begrip van goed hulpverlenerschap bedoeld, maar het morele. Bij dit begrip zijn niet zozeer morele principes aan de orde, maar veel meer noties als deugd, karakter, houding en intentie.

Een goed hulpverlener beschikt niet alleen over technische competentie. Goed hulpverlenerschap omvat zowel technische vaardigheden als intellectuele en morele deugden (Mann 1997). De deugden die traditioneel toegekend worden aan de medische professie en hun oorsprong vinden in de Hippocratische geschriften, omvatten onder meer eigenschappen als betrokkenheid, compassie, betrouwbaarheid, eerlijkheid, tact, persoonlijke loyaliteit, sensitiviteit en dergelijke.

### Interne en externe moraal van de geneeskunde

Vragen in verband met goed hulpverlenerschap verwijzen naar de interne moraal van de geneeskunde en andere hulpverlenende professies. Deze interne moraal kan worden onderscheiden van de externe moraal van de geneeskunde (Ladd 1983).

Vereisten van de externe moraal vloeien voort uit overwegingen die hun oorsprong buiten het domein van de geneeskunde hebben, zoals patiëntenrechten – bijvoorbeeld het recht van de patiënt om behandeling te weigeren zoals neergelegd in wetgeving (BOPZ, GBO). Ze kunnen ook te maken hebben met contractuele verplichtingen die voortvloeien uit het feit dat de hulpverlener werknemer is van een instelling voor gezondheidszorg.

De interne moraal van de geneeskunde daarentegen verwijst naar normen die de medische praktijk als zodanig reguleren, en bepalen wat goede klinische geneeskunde is. Wat de interne moraal van de genees-

kunde betreft, is de vraag naar wat een goede dokter is afhankelijk van een aantal fundamentele andere vragen zoals:

- wat zijn de doelen van de geneeskunde?
- wat is het oogmerk van de klinische praktijk?
- welk soort diensten verleent de dokter?
- welk type problemen wordt de dokter geacht te behandelen?
- hoe worden die problemen gedefinieerd?
- en, misschien wel het belangrijkste: welk soort relatie dient er te bestaan tussen de dokter, de patiënt en andere personen die betrokken zijn bij de behandeling, zoals verwanten van de patiënt, verpleegkundigen en andere hulpverleners?

### De deugdzame hulpverlener

Een benadering vanuit de deugden van de dokter – die ik kwalificeer als de benadering van goed hulpverlenerschap – stelt andere vragen dan die welke binnen een ethiek van principes en rechten worden gesteld. In plaats van de vraag ‘hoe moet ik handelen?’ luidt de centrale vraag binnen een deugd-ethisch perspectief: ‘wie moet ik zijn?’ Deze gaat vooraf aan de vraag hoe te handelen. Voor de typering van deze ethiek als ‘levensleer’ hanteert de ethicus Kuitert in navolging van Aristoteles het werkwoord ‘mensen’. De deugd-ethiek beoogt instructies te geven ten aanzien van hoe men ‘goed menst’ (Kuitert 1991). De deugd-ethiek vindt haar moderne spreekbuis in wat wel zorg-ethiek of ethiek van zorg wordt genoemd (Manschot & Verkerk 1994).

Het bepalende onderscheid tussen de vraag ‘hoe moet ik handelen?’ en ‘wat is goed mensen?’ houdt verband met de redenen voor handelen die mensen hebben. De vraag ‘hoe moet ik handelen?’ leidt doorgaans binnen een principebenadering tot een antwoord waarin naar een plicht wordt verwezen: ik moet de autonomie van de cliënt respecteren, of: ik mag hem of haar geen schade toebrengen, of: ik moet bijdragen aan zijn of haar welzijn. We hebben doorgaans minder bewondering voor een hulpverlener die respect voor de autonomie van zijn cliënt toont vanuit een gevoel van verplichting, dan voor de hulpverlener die als het ware vanuit zichzelf op vergelijkbare wijze handelt, en daarbij geen regels, plichten of externe sancties nodig heeft (Beauchamp & Childress 1989).

Een moreel deugdzame dokter, een dokter die deugt, zal zijn cliënt geen schade willen berokkenen of leed toevoegen, niet omdat er een regel is die dit verbiedt, maar omdat hij intern gemotiveerd is om zo te handelen. Hij is niet alleen bereid om zijn cliënt geen schade te berokkenen, maar heeft ook het verlangen om dit na te laten. Zijn interne motivatie is, met andere woorden, gericht op het doen van het goede: hij heeft moreel goede intenties en motieven, en zal derhalve eerder de juiste en goede handelingen doen.

Dit correspondeert met Aristoteles' notie van praktische wijsheid, die hij onderscheidt van onder andere wetenschappelijke kennis en technische kennis. Praktische wijsheid betreft oordelen omtrent wat gedaan moet worden en hoe gehandeld moet worden. Praktische wijsheid is niet een kwestie van het toepassen van universele principes op concrete situaties, maar van het uitoefenen van oordeelkundigheid ('discernment'), waarbij zoveel mogelijk relevante aspecten in de oordeelsvorming worden betrokken en afgewogen (Jonsen & Toulmin 1988).

### 'Quandary ethics' en 'everyday ethics': de verschillen

Tracht ik nu de meest in het oog springende verschillen tussen de grote ethiek ('quandary ethics') en de kleine ethiek ('everyday ethics') en de daarbijbehorende ethische oriëntaties op een rij te zetten, dan kom ik tot de volgende drie.

In de eerste plaats mikt de grote ethiek op uitspraken en antwoorden bij morele dilemma's die aanspraak kunnen maken op universalisering (Jacobs 1995). Universaliseerbaarheid verwijst naar de mogelijkheid en noodzaak om tot waarden, normen en morele uitspraken te komen die te veralgemeniseren zijn en daarmee een zekere mate van objectiviteit verkrijgen. Dit sluit aan bij de categorische imperatief van Kant, die stelt dat iemand zo moet handelen dat hij tegelijk kan willen dat zijn handelen een algemene wet wordt, en daarmee een verplichting voor iedereen (Sullivan 1989). Toepassing van ethische principes moet, met andere woorden, in vergelijkbare situaties en omstandigheden tot dezelfde slotsom leiden. Hoe moet worden gehandeld is als het ware actorneutraal.

Bij de kleine ethiek hoort een meer casuïstische benadering. Er wordt niet of niet primair geredeneerd vanuit morele rechten en principes, maar veeleer vanuit de concrete context waarin gehandeld wordt. De specifieke omstandigheden van de casus, de particuliere kenmerken ervan en de ambiguïteit die ten aanzien van verschillende mogelijke handelingsalternatieven aanwezig kan zijn, krijgen in een dergelijke casuïstische benadering een plaats (Jonsen 1995; Jonsen & Toulmin 1988). Relaties, morele intenties en disposities van de actoren spelen daarbij een belangrijke rol.

Hiermee hangt een tweede verschil samen, namelijk dat de grote ethiek en de daarbijbehorende benadering vanuit principes en rechten sterk handelingsgeoriënteerd is, terwijl de kleine ethiek en daarmee verbonden benadering vanuit de deugden van de hulpverlener veel meer persoonsgeoriënteerd is. De bij beide behorende wijzen van moreel redeneren hebben ook een andere structuur. De eerste is meer rationeel-cognitief van aard, terwijl de tweede ook ruimte laat voor intuïties en emoties.



Een derde verschil is dat de grote ethiek veelal leidt tot regulatie, met het oog op het bewaken van grenzen en het voorkomen van grensoverschrijdingen. Deze ethiek leunt daarmee vaak dicht aan tegen het juridische discours, dat immers ook primair beoogt te reguleren. De kleine ethiek daarentegen is veel minder regulatief en laat daarmee meer ruimte voor de persoonlijke inzichten, verantwoordelijkheid en discretie van actoren.

Aan beide perspectieven zijn ook gevaren verbonden. Bij de op principes en rechten georiënteerde ethiek ligt het gevaar van verschraving en minimalisme op de loer (Pellegrino & Thomasma 1988). Hoewel een benadering vanuit rechten en morele principes niet beoogt de morele werkelijkheid uit te putten, maar veeleer erop uit is handelingsaanwijzingen te geven die minimale verplichtingen bevatten, kan dit in de praktijk wel eens anders worden opgevat. Zo kan bijvoorbeeld de notie van geïnformeerde toestemming verworpen worden tot iets wat niet meer is dan het formeel beschikbaar stellen van schriftelijke informatie en het zetten van een handtekening door de patiënt. In dit verband kan bijvoorbeeld ook worden gewezen op discussies over verwaarlozing van psychiatrische patiënten als gevolg van een volgens sommigen te ver doorgevoerd respect voor hun autonomie (Kortmann 1995, 1996). In dergelijke discussies wordt wel eens te gemakkelijk gesuggereerd dat hulpverleners geen enkele mogelijkheid tot handelen meer hebben wanneer een patiënt hulp afwijst en daarmee kennelijk een beroep doet op de morele en juridische eis om zijn autonomie en zelfbeschikkingsrecht te respecteren. Het argument van Kortmann dat binnen de huidige constellatie van de geestelijke gezondheidszorg – waarin respect voor de autonomie van de patiënt zo centraal staat – sprake is van 'dienstverlening op afroep' moet dan ook worden genuanceerd. Het komt helaas ook voor dat de hulpverlener ten onrechte zijn handen van de cliënt afrekt met een beroep op diens autonomie en eigen verantwoordelijkheid.

De deugd-ethiek daarentegen loopt het risico uit te monden in betutteling en ongerechtvaardigd paternalisme (Berghmans 1992). Het centraal stellen van het goede voor de cliënt (zoals de hulpverlener dit voor ogen heeft) en de goede intenties van de hulpverlener kunnen er immers toe leiden dat de eigen visie, behoeften en verlangens van de cliënt zelf ondergesneeuwd raken of onvoldoende aan bod komen.

### Slot

Een op rechten en ethische principes en een op morele deugden georiënteerde ethiek worden nogal eens tegen elkaar uitgespeeld (Whitbeck 1985). Er is echter geen noodzaak om beide perspectieven als elkaar uitsluitend op te vatten. Integendeel: ze kunnen elkaar aanvullen, en een verantwoorde ethiek van het medisch handelen zal zowel oog

moeten hebben voor rechten, principes en de gevolgen van handelingen alsook voor de morele kwaliteiten van de actoren (Pellegrino 1995; Beauchamp 1995). Deugden spelen hoe dan ook een rol bij de morele evaluatie van handelingen.

Niet alleen de regels van therapeutische techniek en principes uit de ethiek waarborgen uiteindelijk goed hulpverlenerschap, maar tevens deugden en morele kwaliteiten van de hulpverlener, zijn sensitiviteit voor wat de patiënt nodig heeft en zijn praktische wijsheid en oordeelkundigheid. Een 'goed mensende' hulpverlener heeft geen regels en verboden nodig om te weten wat hij moet doen. Of iets n(i)et kan, is iets wat hij weet, of ten minste kan weten. En als hij iets doet wat niet kan, dan is het niet door het gegeven dat hij een regel heeft overtreden dat hem primair blaam treft, maar doordat hij zich minder dan een goed hulpverlener heeft betoond: doordat hij niet gedaan heeft wat hij moest doen, of niet heeft gelaten wat hij niet moest doen.

Onze samenleving heeft principes en rechten nodig die de belangen en vrijheidsrechten van mensen bewaken en die beogen in de gezondheidszorg kwetsbare patiënten te beschermen tegen misbruik en inbreuken. We hebben echter ook goede hulpverleners nodig wier oriëntatie niet primair ligt bij het volgen van regels en voorschriften, maar van wie cliënten mogen verwachten dat zij bereid en in staat zijn om begrip op te brengen voor en te handelen met het oog op de noden, wensen en belangen van de hulpvrager. Het gaat, met andere woorden, om hulpverleners met karakter die zich iets gelegen laten liggen aan het Hippocratische model, maar dan in een hedendaagse snit: wellicht met wat minder nadruk op het eigen uiterlijk, voorkomen en 'zoet geurende zalven', maar niettemin hulpverleners die goed genoeg zijn. Het oefenen van dergelijk goed hulpverlenerschap vindt in de praktijk plaats.

### Noot

1. Dit artikel is een bewerking van een lezing ten behoeve van het symposium 'Kan net' ter gelegenheid van de start van de A-opleiding in psychiatrisch ziekenhuis Franeker op 20 juni 1996.

### Summary: Ethics, etiquette and being a good professional in psychiatry

Medical ethics or health care ethics is still too exclusively concerned with the 'big' problems of and in health care. Outside the domain of this 'big ethics' ('quandary ethics') also questions of 'small ethics' ('everyday ethics') exist: the ethics of everyday that is interwoven with daily practice and routines and connected to questions and decisions which do not immediately impress as being 'spectacular'. The distinction between ethics and etiquette cannot always be clearly made. In this article these concepts are discussed and two broad ethical perspectives are sketched that try to give an answer to the question what in a moral sense is good or responsible to do. The implications of the analysis for the practice of the psychiatrist and other workers in psychiatry are discussed.

## Literatuur

- Anderson, V.E. (1994). Genes, behavior, and responsibility: Research perspectives. In M.S. Frankel en A. Teich (red.), *The genetic frontier: Ethics, law, and policy* (pp. 105-130). Washington DC: American Association for the Advancement of Science.
- Beauchamp, T.L. (1995). Principlism and its alleged competitors. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5, 3, 181-198.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1989). *Principles of biomedical ethics. Third edition*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Berghmans, R.L.P. (1992). *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Berghmans, R.L.P. (1995). Everyday ethical problems in nursing home care. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 8, 1/2, 65-70.
- Bloch, S., & Chodoff, P. (red.) (1991). *Psychiatric ethics. Second edition*. Oxford/New York/Melbourne: Oxford University Press.
- Corrigan, P.W., Liberman, R.P., & Engel, J.D. (1990). From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 11, 1203-1211.
- Jacobs, F. (1985). *Ten overstaan van allen. Universalisering in de ethiek*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Jonsen, A.R. (1995). Casuistry: An alternative or complement to principles? *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5, 3, 237-251.
- Jonsen, A.R., & Toulmin, S. (1988). *The abuse of casuistry. A history of moral reasoning*. Berkeley/Los Angeles/Londen: University of California Press.
- Kane, R.A., & Caplan, A.L. (red.) (1990). *Everyday ethics. Resolving dilemmas in nursing home life*. New York: Springer Publishing Company.
- Kortmann, F.A.M. (1995). Dwang in de psychiatrie; patiëntenrechten en beroeps-ethiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 10, 759-768.
- Kortmann, F.A.M. (1996). In het belang der zieken. *Trouw (Letter & Geest)*, 1 juni 1996, 18.
- Kuitert, H.M. (1991). De betrekkelijke autonomie van de gezondheidsethiek. *Scripta medico-philosophica*, schrift 8, 19-24.
- Ladd, J. (1983). The internal morality of medicine: An essential dimension of the patient-physician relationship. In E. Shelp (red.), *The clinical encounter* (pp. 209-231). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Ladd, J. (1989). The good doctor and the medical care of children. In L.M. Kopelman en J.C. Moskop (red.), *Children and health care: Moral and social issues* (pp. 281-302). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Lavin, M. (1988). What doctors should call their patients. *Journal of medical ethics*, 14, 129-131.
- Loeb Classical Library (1981). *Hippocrates. Volume II*. (With an English translation by W.H.S. Jones.) Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press/Londen: Heinemann Ltd.
- Mann, D.W. (1997). The virtues in psychiatric practice. *Theoretical Medicine*, 18, 21-30.
- Manschot, H., & Verkerk, M. (red.) (1994). *Ethiek van zorg. Een discussie*. Meppel: Boom.
- McCullough, L.B. (1985). Virtues, etiquette, and Anglo-American medical ethics in the eighteenth and nineteenth centuries. In E.E. Shelp (red.), *Virtues and medi-*

- cine* (pp. 81-92). Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Pellegrino, E.D. (1995). Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5, 3, 253-277.
- Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.C. (1988). *For the patient's good. The restoration of beneficence in health care*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Schwarze, S. (1992). Being on time for appointments. *The Journal of Clinical Ethics*, 3, 2, 138-140.
- Shenk, I.M. (1992). Commentary on 'Being on time for appointments'. *The Journal of Clinical Ethics*, 3, 2, 140-141.
- Sugarman, J. (1994). Hawkeye Pierce and the questionable relevance of medical etiquette to contemporary medical ethics and practice. *The Journal of Clinical Ethics*, 5, 3, 224-230.
- Sullivan, R.J. (1989). *Immanuel Kant's moral theory*. Cambridge University Press.
- Veatch, R.M. (1995). Resolving conflicts among principles: Ranking, balancing, and specifying. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5, 3, 199-218.
- Wert, G.M.W.R. de (1994). *Erfelijkheidsonderzoek bij de mens: ethische aspecten van diagnostiek, screening en behandeling*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- Whitbeck, C. (1985). Why the attention to paternalism in medical ethics? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 10, 181-187.
- Widdershoven, G.A.M. (1995). *Principe of praktijk. Een hermeneutische visie op gezondheid en zorg*. Inaugurale rede Rijksuniversiteit Limburg.

---

R.L.P. Berghmans, psycholoog en gezondheidsethicus, is werkzaam als wetenschappelijk hoofdmedewerker bij het Instituut voor Gezondheidsethiek te Maastricht en is parttime verbonden aan de vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte van de Universiteit Maastricht. Correspondentieadres: Instituut voor Gezondheidsethiek, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-5-1998.