

VERPLEEGKUNDIGE VERANTWOORDELIJKHEID IN EEN VIROCRATIE

Hans van Dartel & Ankana Spekkink



Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

1. Inleiding

Hoewel verpleegkundigen tijdens de 'eerste golf' van de corona-epidemie in de publieke opinie tot helden werden verklaard, stond dat beeld vaak in scherp contrast met de ervaringen van verpleegkundigen zelf: zij konden amper tegemoetkomen aan klassieke opvattingen over goede verpleegkundige zorg. Zorg leek te zijn teruggebracht tot de uitvoering van een veiligheidsprogramma dat politiek vooral werd gelegitimeerd door kwantitatieve gegevens, maar allerlei professionele waarden in de schaduw stelde. Idealen als gezamenlijke besluitvorming, familieparticipatie, *advanced care planning*: ze verdwenen bijna vanzelf naar de achtergrond. Wat gebeurde er met die waarden en met de professionele ruimte van verpleegkundigen om er invulling aan te (blijven) geven? Hoeveel ruimte hadden en namen verpleegkundigen om hun zorgverantwoordelijkheid in te vullen? En wat betekent persoonlijke verantwoordelijkheid voor hen ten tijde van een pandemie?

2. Waarden inruilen

Om zicht te krijgen op de effecten van de crisis en de hierboven gestelde vragen te beantwoorden, helpt het om te luisteren naar concrete verhalen. Een verpleegkundige in de ouderenzorg kijkt terug op de crisis.⁽¹⁾ Ze vertelt dat ze op de verpleegafdeling een zorgvrager had verzorgd die corona had, naar later pas bleek. Ze moest er rekening mee houden dat ze zelf besmet was geraakt en ging daarom op een co-

hortafdeling werken. Ze spreekt over een intense periode. 'De coronacrisis heeft ons overvallen. Niemand kon voorspellen hoe groot de impact op cliënten en hun familie en het personeel zou zijn.' Ze vertelt ook over een late dienst waarin ze aan het bed zat van een zorgvrager, die nog diezelfde nacht zou overlijden. Ze was op dat moment de enige die bij hem mocht zijn en hield zijn hand vast. 'Dat voelde voor mij heel dubbel. Het was fijn dat ik hem kon bijstaan, maar ik zat natuurlijk op de plaats van zijn familieleden. Die hadden daar moeten zitten, maar dat kon niet vanwege de coronamaatregelen. Ik had een mondkapje op, handschoenen aan en droeg een wit beschermingspak. Dat was nodig, maar maakte het niet makkelijk. Praten vanachter een masker gaat minder goed en iemand aanraken met een latex handschoen voelt afstandelijk. Die nacht was voor mij een van de moeilijkste momenten van deze crisis.'

Uit getuigenissen zoals deze blijkt hoezeer verpleegkundigen en verzorgenden tijdens de crisis morele stress hebben ervaren.⁽²⁾ Het gaat om ervaringen waarin ze naar hun idee niet goed konden voldoen aan wat ze zelf als goede zorg beschouwen, bijvoorbeeld in situaties waarin ze geen echte nabijheid konden tonen, geen familie konden toelaten tot ernstig zieke zorgvragers of die soms zelfs alleen moesten laten. Het gevolg was dat er mensen stierven in (en soms ook van) eenzaamheid.⁽³⁾ Je kunt je afvragen wat er in zulke situaties precies gebeurde en waarom.

Verdwijnende waarden

Op het eerste oog leek sprake van een verwarrende verwisseling van waarden. Allereerst leken intrinsieke waarden van zorg, zoals relationaliteit, responsiviteit, aandacht en verbondenheid, naar de achtergrond te zijn verdwenen.⁽⁴⁾ Ook aan klassieke verpleegkundige verantwoordelijkheden kon soms amper worden voldaan. Daarin gaat het erom mensen te ondersteunen om de gevolgen van ziekte en behandeling te dragen of hen te helpen vredig te sterven wanneer geen herstel meer mogelijk is.⁽⁵⁾ Dergelijke fundamentele verantwoordelijkheden manifesteerden zich nog wel, maar vaak in negatieve zin: als waarden die er niet langer mochten of konden zijn. Ze schemerden bijvoorbeeld door in de ervaringen van morele stress. Onder druk van de crisis legden ze het blijkbaar af tegen andere waarden en verantwoordelijkheden.

Wat zijn dan precies die andere waarden en verantwoordelijkheden? Dat is niet direct duidelijk. In de casus van de verpleegkundige klinkt door dat niet aan de gewenste rol van familieleden – 'die hadden daar moeten zitten' – tegemoet kon worden gekomen 'vanwege de coronamaatregelen'. Wie bedenkt dat het verschijnsel van de coronapandemie nog maar zo jong is, zal zich erover verwonderen dat een simpele verwijzing naar 'de coronamaatregelen' blijkbaar geldt als voldoende legitimatie om niet tegemoet te komen aan fundamentele waarden van de beroepspraktijk. Waarom is een verwijzing naar 'de coronamaatregelen' genoeg om andere waarden niet langer voorop te stellen?

Wisseling van waarden en logica's?

Dit is niet de plaats voor uitgebreid onderzoek naar de overtuigingskracht van die ogenschijnlijk simpele verwijzing naar 'de coronamaatregelen'. Wij, de auteurs, hebben wel enkele suggesties waarom die kracht zo groot is. Sommige filosofen vermoeden dat pas in bijzondere omstandigheden de politieke dominantie van bepaalde waarden duidelijk zichtbaar wordt.⁽⁶⁾ Daarom hoeft het niet te verwonderen dat verpleegkundigen meegaan in 'het nieuwe normaal'. Ze handelen volgens die interpretatie in overeenstemming met het opgedragen beleid omdat dit de feitelijk dominante waarden van onze samenleving aan het licht brengt, zoals veiligheid.

Andere filosofen verwijzen naar het gemak waarmee burgers op grond van een zekere onnadenkendheid het ene waardensysteem inruilen voor het andere zonder zich daarbij al te druk maken over de effecten voor anderen of de betekenis voor de samenleving in brede zin.⁽⁷⁾ Als verpleegkundigen hun waarden inruilen voor andere, handelen ze volgens die redenering zoals de meesten van ons: zo gedragen we ons nu eenmaal in een door en door op consumenten gerichte samenleving waarin velen het zouden hebben opgegeven om zelf na te denken.⁽⁸⁾

Dit type redeneringen vinden we te grof. In plaats daarvan kijken we liever naar de zorgpraktijk zelf. Volgens diverse auteurs gelden in moderne zorgpraktijken verschillende logica's.⁽⁹⁾ Naast een zorglogica, waarin de waarden van de zorgrelatie worden hooggehouden, zoals persoonlijke aandacht, onderscheiden zij een doelge-

richte, economische logica, waarin wordt gekeken naar de productiviteit van de zorg, en een juridische logica die goede zorg gelijk stelt aan het handelen conform gestelde regels. Los van de omstandigheden waarin soms de ene en dan de andere logica de boventoon voert, valt volgens deze auteurs op dat de zorglogica op (politieke) beleidsniveaus steevast het onderspit delft. We zouden er in tijden van crisis dus niet vreemd van hoeven opkijken dat de doelgerichte, economische logica de zorglogica overschaduwet.

Zorg als bio-politiek veiligheidsprogramma

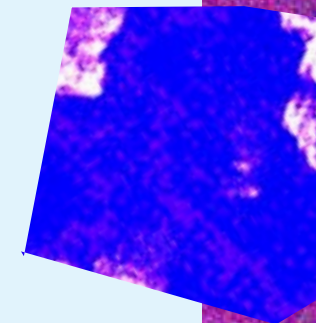
We denken dat die doelgerichte logica ten tijde van de coronacrisis een bijzondere invulling heeft gekregen. Hoogleraar Zorgethiek Carlo Leget beschouwt de zorgpraktijk als een relationeel, dialogisch proces dat wordt gekenmerkt door persoonlijke verplichtingen jegens een concrete ander en tegelijkertijd bestaat uit een verzameling doelgerichte, technische systeemarrangementen.⁽¹⁰⁾ Onder druk van de coronacrisis heeft de zorg zich naar ons idee vooral gemanifesteerd als zo'n technisch systeemarrangement, en wel als een nationaal, bio-politiek veiligheidsprogramma, waarin mensen zo verantwoord mogelijk worden ingevoegd in de technologie van dat programma.⁽¹¹⁾ Van de ene op de andere dag werd dit veiligheidsprogramma, dat erop was gericht de besmettingscijfers terug te dringen, hét beleidsprogramma voor vrijwel alle zorgorganisaties. Bovendien werd het in de samenleving als een vanzelfsprekendheid

omarmd, zeker in de eerste maanden van de crisis. Dat maakte een verwijzing naar de coronamaatregelen als legitimatie om andere waarden opzij te zetten ogenschijnlijk vanzelfsprekend: iedereen begreep waarover het ging.

De geschiedenis van de verpleging kent enkele duidelijke precedents. Zeker in oorlogstijd zien we vergelijkbare processen die de redelijkheid van het verpleegkundig handelen reduceren tot louter voldoen aan gewenste statistische gegevens.⁽¹²⁾ Ook in een virocratie lijkt daar alles om te draaien. Dergelijke processen bepalen vervolgens de morele identiteit van de zorgverleners: naarmate hun handelen er meer toe bijdraagt dat statistische doelen worden gehaald, zoals het terugdringen van sterftecijfers, kan worden gezegd dat zij moreel goed handelen.

Morele pijn

Wat daarbij in de verdrukking komt is de uitwerking die zo'n zogeheten doelrationeel perspectief heeft op direct betrokkenen: zowel zorgvragers als zorgverleners. Dat perspectief doet pijn, ook in morele zin, wat doorklinkt in het dubbele gevoel van de verpleegkundige als ze vertelt over haar aanwezigheid bij het sterfbed van de zorgvrager. Ze stond daarin zeker niet alleen. De pijn werd tijdens de crisis voortdurend zichtbaar in allerlei 'frontberichten' waarin verpleegkundigen en anderen vertelden over hun ervaringen: over ogen vol angst die aan hun inzet appeleerden, over handen die hun hand zochten. Het waren momenten waarop het volgen van maatrege-



len haaks kwam te staan op de vraag naar goede zorg voor individuele zorgvragers. De pijn van die ervaringen zit hem in de verandering van de zorg zelf. Doelrationeel zorgen in een veiligheidsprogramma manifesteert zich vooral als een 'zorgen dat': de zorg krijgt de vorm van een kant-en-klaar product dat conform van bovenaf opgelegde regels dient te worden afgeleverd. De zorgpraktijk die verpleegkundigen in de zorgrelatie ervaren verliest daarmee zijn persoonlijke dimensie.⁽¹³⁾ Zorgen wordt minder 'zorgen voor', want dat vraagt om permanente gevoeligheid voor de vragen en de noden van de zorgvrager, om voortdurende afstemming van het handelen op die vragen en zorgen.⁽¹⁴⁾ Juist die dimensie verdwijnt. Dat doet fundamenteel afbreuk aan zorgen als intermenselijk proces.⁽¹⁵⁾ 'Zorgen voor' vervuilen voor 'zorgen dat' veroorzaakt een morele pijn, die de vraag oproept of je, als 'zorgen voor iemand' je primaire opdracht is, die opdracht wel mag inruilen voor een praktijk die een beperkte invulling van zorgen vooropstelt.

3. Persoonlijke verantwoordelijkheid

De vraag is of verpleegkundigen in een periode van crisis niet juist zouden moeten vasthouden aan de waarden die zij in de zorg voor hun zorgvragers het belangrijkste vinden. Waarom zouden zij moeten instemmen met de doelrationele logica van coronamaatregelen die de staat en zorgorganisaties hun opleggen? Houden zij niet een persoonlijke verantwoordelijkheid om op een eigen manier invulling te geven aan

hun primaire zorgtaken en aan het door hen ervaren appèl dat hun zorgvragers op hen doen? En wordt die verantwoordelijkheid niet gevoed door hun ervaringen van morele pijn en stress? Van de verpleegkundige uit het voorbeeld kan worden gezegd dat ze binnen de omstandigheden van het veiligheidsprogramma waaraan ze geacht werd mee te werken heeft gedaan wat ze kon: toen familieleden vanwege de maatregelen niet mochten komen, nam zij hun plaats in. Toen ze vanwege de persoonlijke beschermingsmiddelen niet in direct, lijfelijk contact kon komen met de zorgvrager, kwam ze zo nabij mogelijk. Daarnaast nam ze persoonlijke risico's door op de cohortafdeling te gaan werken. Had ze meer moeten doen? Had ze anders moeten handelen? Uitgaande van reguliere morele beoordelingen van complexe zorgsituaties binnen moreel beraad⁽¹⁶⁾ valt er iets voor te zeggen dat ze, met inachtneming van dominante principes en waarden, de morele schade van de beleidskeuzes zo veel mogelijk beperkte. Mogelijk is dat in tragische omstandigheden in een imperfecte wereld het enig mogelijke.⁽¹⁷⁾

Nadenken over verantwoordelijkheid

Een dergelijke constatering helpt echter niet de pijn en de schuldgevoelens te verlichten die verpleegkundigen en verzorgenden in dit soort situaties ervoeren. Kunnen zij nog iets anders doen, of laten? Los van het concrete voorbeeld – want je moet daar meer over weten om er goed over te kunnen oordelen – is het goed om vast te stellen dat zorgverleners in een institutionele

ordering verschillende verantwoordelijkheden dragen. Daarbij bepaalt de context altijd mee waar mensen zich verantwoordelijk voor voelen en maken.

Nadenken over die verantwoordelijkheden biedt mogelijk een ingang tot een antwoord op onze vragen. Dat begint met de vaststelling dat iemand altijd persoonlijk verantwoordelijk blijft voor zijn doen of laten. Hij kan wel zeggen dat het systeem waarin hij werkt hem verplichtte om op een bepaalde manier te handelen, dat hij vanwege de druk in het team of de aanwijzingen van bestuur en directie het opgelegde beleid niet naast zich neer kon leggen, maar dat neemt niet weg dat er altijd sprake blijft van een persoonlijke verantwoordelijkheid voor het eigen handelen. Dat stelt de bekende Duits-Amerikaanse filosofe Hannah Arendt (1906-1975) die wij hier in grote lijnen volgen omdat de persoonlijke verantwoordelijkheid in klemmende (politieke) omstandigheden een belangrijk thema is in haar werk. Arendt zegt dat gehoorzamen aan orders van hogerhand iets is voor kinderen of slaven.⁽¹⁸⁾ Iemand die meegaat in hiërarchisch opgelegde ordeningen, ondersteunt volgens haar in feite die ordeningen. Ook zeggen dat je daarin meegaat om groter kwaad af te wenden of omdat anderen het anders wel in jouw plaats zouden doen, ontslaat iemand volgens haar niet van de verantwoordelijkheid voor het geringere kwaad waaraan hij zich mogelijk schuldig maakt wanneer hij toch uitvoering geeft aan de opgelegde orders.⁽¹⁹⁾

Het oordeel van Arendt over de persoonlijke verantwoordelijkheid van mensen, zeker wanneer ze verantwoordelijkheid dragen in

een publieke functie, lijkt streng. Te streng misschien. Zouden we geen rekening moeten houden met beperkende omstandigheden, zoals die ook voor verpleegkundigen en verzorgenden in onze complexe zorgsystemen gelden? Zijn zij immers niet meer dan radertjes binnen een complex geheel van rationeel technische arrangementen? In een veelgeciteerd rapport van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid uit 2009 staat dat er bij verpleegkundigen sprake is van een beperkte professionele ruimte.⁽²⁰⁾ De coronacrisis lijkt dat te bevestigen: onder verwijzing naar allerlei expertkennis wordt via instellingseisen, bedrijfsmatige belangen en een directief overheidsbeleid bepaald welke regels zij in deze uitzonderingstoestand moeten volgen. Dat beperkt de professionele ruimte: bij de onwrikbare waarheid van het overheidsbeleid vallen de meningen van verpleegkundigen over goede zorg voor individuele zorgvragers in het niet en verstomt het gesprek.

Een eigen verantwoordelijkheid

Toch blijven verpleegkundigen een eigen verantwoordelijkheid houden voor goede zorg in individuele situaties, bijvoorbeeld vanuit hun rol als *patient advocate* (belangenbehartiger en vertegenwoordiger van de zorgvrager).⁽²¹⁾ Verder geldt in navolging van Arendt dat de vanzelfsprekendheid waarmee mensen neigen mee te gaan in opgelegde regels niet verhindert dat er altijd mensen zullen zijn die anders besluiten. Sterker nog: 'Er is geen natuurwet,' schrijft Arendt, 'die iedereen dwingt zijn waardigheid te verliezen als hij met

een ramp wordt geconfronteerd.'⁽²²⁾ Ook schrijft ze dat de meeste mensen onder het juk van terreur zullen buigen, 'maar sommigen niet'.⁽²³⁾ Zij blijven uitgaan van een persoonlijke verantwoordelijkheid voor hun handelen, die volgens Arendt wel verschillende vormen kan aannemen. Naast een persoonlijke verantwoordelijkheid voor het handelen is er een niet helemaal daarvan te onderscheiden, min of meer politieke verantwoordelijkheid. Is het eerste type verantwoordelijkheid gebonden aan het professionele en persoonlijke oordeel over handelen in de situatie zelf, het tweede type heeft te maken met politieke opvattingen over wat goed is om als samenleving na te streven, in dit geval datgene wat in de zorg het zwaarst zou moeten wegen.

Door willen leven met jezelf

Als het gaat om persoonlijke verantwoordelijkheid (de concrete afweging hoe te handelen tegenover een ander, of je hier en nu iets moet doen of laten), komt het volgens Arendt in situaties waarin je systeemdwang ervaart uiteindelijk neer op de vraag hoe je je daarin tot jezelf verhoudt: of je, als je iets doet of nalaat en daar een oordeel over velt, nog door wilt leven met jezelf.⁽²⁴⁾ In navolging van het vroege werk van Socrates veronderstelt Arendt dat mensen wanneer ze de moed hebben om écht zelf na te denken, in een fundamentele dialoog met zichzelf treden en daarbij enige afstand nemen van hun handelen.⁽²⁵⁾ Die dialoog helpt verantwoordelijkheid af te wegen. In die innerlijke dialoog gaat iemand in zijn eigen gedachten na hoe hij tot een oordeel over zijn handelen kan

komen: hij stelt zichzelf de vraag of dat handelen goed is of niet, of hij iets moet doen dan wel laten. Om zo meer of minder zichzelf te zijn.

Ook gewetensoordelen zijn volgens Arendt uiteindelijk oordelen in de zin van een dergelijk doorgronden van jezelf, van het 'ken uzelf'.⁽²⁶⁾ Zeker als het gaat om nieuwe situaties, zoals tijdens de coronacrisis, waarin iemand niet meer kan terugvallen op bekende principes of normen komt het aan op een oorspronkelijk oordeel: moet ik dit wel willen doen, past dit bij wie ik wil zijn? Arendt stelt dat zo'n oordeel niet inhoudt dat iemand nagaat of zijn handelen past bij algemeen aanvaarde regels waarvan hij denkt dat de samenleving, de organisatie of collega's verwachten dat hij zich eraan zal houden.⁽²⁷⁾ Het gaat haar om iemands oorspronkelijke oordeel: een oordeel dat vooral iemand als mens aangaat, een oordeel over wie hij wil zijn, hoe hij gekend wil worden. Dat vraagt om de bereidheid zelf na te denken en te oordelen. Dergelijke oordelen doen ertoe.⁽²⁸⁾ Zeker crisissituaties vragen om mensen die tot dat soort oorspronkelijke oordelen bereid zijn, die de moed hebben om dwars tegen de opvattingen van anderen in te blijven nagaan hoe zij in hun praktijk en daarmee in het leven willen staan.⁽²⁹⁾

Verantwoordelijkheid in de zorgrelatie

Een aspect dat volgens Arendt ook bij dat oorspronkelijke oordelen hoort is de bereidheid om breed te denken.⁽³⁰⁾ Breed denken wil zeggen: niet alleen kijken naar

de eigen situatie en naar de betekenis die het handelen heeft voor iemands zelfbeeld, maar de horizon verbreden. Voor een goed oordeel is het nodig om acht te slaan op de betekenis die het handelen heeft voor de ander. Dat vraagt om het soort verbeeldingskracht waarmee een verpleegkundige zich verplaatst in het perspectief van zijn of haar zorgvrager: wat zal zijn handelen voor die zorgvrager betekenen?⁽³¹⁾ Het komt erop aan om het perspectief van de *ander* te betrekken in het nadenken over de betekenis van het *eigen* doen of laten. Dat vraagt om meer dan empathisch vermogen en begrip voor de situatie van de ander. Gelet op het relationele karakter van zorg is dat element zeer relevant: het gaat erom het goede voor de ander te doen, die in de verpleegkundige praktijk kwetsbaar en afhankelijk is. Die kwetsbaarheid van zorgvragers maakt ook de zorgrelatie zelf kwetsbaar en geeft haar een karakter dat in de beleving van zorgverleners én zorgvragers verder reikt dan een doelgericht contract. De afhankelijkheid die de kwetsbare zorgvrager ervaart ten opzichte van het handelen van de individuele verpleegkundige, geeft een lading aan diens verantwoordelijkheid waaraan hij niet zomaar voorbij kan gaan:⁽³²⁾ blijft mijn zorg ook in deze situatie echt 'zorgen voor deze persoon'?

Een breder perspectief

Juist vanwege de kwetsbaarheid van de zorg reikt de verantwoordelijkheid van een verpleegkundige om zich in de positie van de ander te verplaatsen verder dan de relatie met een individuele zorgvrager. In

zijn of haar handelen wordt zichtbaar hoe de samenleving met kwetsbare burgers wil omgaan. Verpleegkundigen laten met hun handelen zien wat in de zorg voor de zieke en kwetsbare burgers het goede is om te doen. Daarom dient een individuele verpleegkundige in zijn of haar oordeel over de situatie ook het perspectief van de samenleving in brede zin te betrekken: is mijn handelen maatschappelijk aanvaardbaar? Moeten we wel willen dat de zorg beperkt blijft tot 'zorgen dat'? Is dit waar goede zorg over moet gaan?⁽³³⁾

Terug naar de situatie van de verpleegkundige uit het voorbeeld: er valt iets voor te zeggen dat in het ongemak dat zij ervaart toen ze de familie aan het bed van de zorgvrager 'verving' ook de vraag manifest werd of het maatschappelijk aanvaardbaar is om mensen alleen te laten en familiebanden door te snijden. Het antwoord op die vraag mag nooit beperkt blijven tot die individuele zorgsituatie alleen. Die heeft namelijk ook een maatschappelijk karakter: vinden we in deze situatie het verbod om familieleden tot hun naasten toe te laten maatschappelijk en politiek aanvaardbaar? Dat vraagt van de individuele verpleegkundige dat die zijn of haar moeite met het opgedragen handelen ook buiten de zorgsituatie bespreekbaar maakt en eventueel verzet aantekent tegen de gegeven instructie. Daarmee krijgt persoonlijke verantwoordelijkheid ook een politiek karakter.

4. Aanbevelingen: vanuit de abstractie terug naar de praktijk

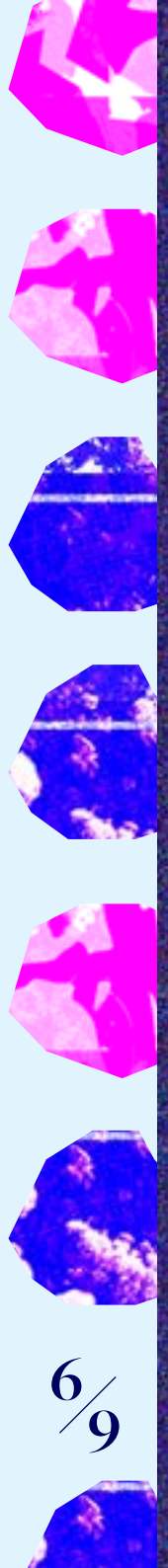
Het wordt zaak om de hierboven opgeworpen gedachten te herleiden tot heldere aanwijzingen voor verpleegkundigen in professionele zorgpraktijken.

Morele stress als signaal

Om te beginnen is het nodig om ervaringen van morele stress die verpleegkundigen in hun werk opdoen niet af te doen als psychologische verschijnselen van individuele personen. We moeten ze ernstig nemen als signaal van de morele ontoereikendheid van systemen en van de kwetsbaarheid van mensen die daaronder kunnen lijden, niet alleen zorgvragers, maar ook anderen, zoals de verpleegkundigen zelf. Stress reduceren tot een psychologisch verschijnsel is riskant, omdat de kwesties die spelen worden geïndividualiseerd en van hun morele scherpte worden ontdaan. Dat is niet alleen een valkuil voor verpleegkundigen die stress ervaren, maar ook voor managers die leiding aan hen geven en voor politieke beleidsmakers die hun werkomstandigheden bepalen.

Adequate oordeelsvorming

Vervolgens is het zaak om na te gaan wat dat gevoel van tekortschieten nu precies



veroorzaakt of wat aanleiding geeft tot een primair negatief oordeel als 'Dit klopt niet, dit mag niet.' In coronatijd lijken de bezoekerregelingen het meest pijn te hebben gedaan, vooral omdat mensen stierven zonder dat er iemand in hun nabijheid was, vooral familie. Dergelijke situaties vragen om een adequaat oordeel van de individuele verpleegkundige in de vorm van een innerlijke dialoog. Die kan worden gevoed vanuit de dialoog met anderen, maar uiteindelijk is het aan de individuele verpleegkundige om bij zichzelf te rade te gaan wat acceptabel is en wat niet meer. Voor zo'n fundamentele dialoog is moed nodig: ga ik mee in de regelingen, laat ik geen familie toe bij deze stervende? Of wel? Hoe verhoud ik me in deze kwestie tot mezelf? Hoe verhoud ik me tot de ander die in al zijn kwetsbaarheid afhankelijk is van mijn handelen en van de beslissingen die ik neem over de invulling van diens levenseinde? Moet 'zorgen dat' in deze situatie wel voorrang krijgen boven 'zorgen voor'? Ten slotte: is mijn handelen wel maatschappelijk acceptabel? Moeten we – als ik dit handelen doorzet, bijvoorbeeld wanneer ik familie buitensluit – dit wel willen, als samenleving?

Wat kun je doen?

Luidt het antwoord 'nee', of twijfelt de verpleegkundige, dan is het zaak om na te gaan wat hij of zij kan doen: hoe kan hij in zo'n situatie de schade voor de zorgvrager beperken? Vervolgens is het zaak de kwestie aan te kaarten bij collega's en leidinggevenden. Ten slotte zou hij, door uit te gaan van de oprechtheid van zijn gedachten en gevoelens, verzet kunnen aantekenen

tegen het gevraagde handelen. Als hij dat doet, moet hij zich realiseren dat hij zijn handelen daarmee meteen in een bredere, maatschappelijke context plaatst. Dat vraagt lef. Tegelijk mag hij erop vertrouwen dat zijn oordeel er werkelijk toe doet, dat zijn verzet ook maatschappelijke betekenis heeft, ook als het wordt ingegeven door intuïtie of gevoel. Er is niets mis mee om daar in nieuwe situaties een professioneel oordeel op te baseren. Dergelijke gevoelens op een professionele manier wegen, mede op basis van voorafgaande ervaringen, om zo in nieuwe situaties samen met anderen tot goede normstellingen te komen, past bij verantwoordelijke zorgverlening waarvan de maatschappelijke betekenis wordt erkend.

Grenzen aan je verantwoordelijkheid

Daarbij is het goed om eigen grenzen aan te geven. Het gaat in dat geval niet alleen om dilemma's die verpleegkundigen ervaren in de zorg voor kwetsbare zorgvragers. Ook wanneer een verpleegkundige bang is om zelf besmet te raken of naasten te besmetten, moet hij zich bij zulke dilemma's niet te afhankelijk opstellen, maar ze duidelijk voor het voetlicht brengen, al was het maar om te voorkomen dat ze negatief doorwerken in de zorgpraktijk.⁽³⁴⁾ De erkenning dat het bij persoonlijke dilemma's gaat om vragen die niet alleen de beroepsrol van de verpleegkundige betreffen, maar ook andere (zorg)verantwoordelijkheden, zou in de context van de zorgpraktijk meer waardering en ruimte mogen krijgen, ook in institutionele en politieke zin. Nu is die ruimte beperkt, alsof je als verpleegkundi-

ge alleen hebt te voldoen aan functionele regels en eisen.

Recht doen aan de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen

Willen verpleegkundigen hun verantwoordelijkheid ook in meer politieke zin kunnen waarmaken en duidelijkheid kunnen geven over schadelijke en maatschappelijk ongewenste effecten die beleidsregels in zorgpraktijken kunnen veroorzaken, dan vraagt dat om meer dan spandoeken met sympathieke uitingen van publieke erkenning. Het vraagt ook om de politieke erkenning dat verpleegkundig handelen maatschappelijk relevant handelen is. Ook de weigeringen, aarzelingen en het verzet van verpleegkundigen doen er in die zin toe. Het zijn belangwekkende signalen die wijzen op beleid dat mogelijk tekortschiet. Om de betekenis van zulke signalen op te vangen, moet er beleidsmatig meer aandacht aan worden besteed, niet alleen in zorgorganisaties, maar ook in het landelijke zorgbeleid. Gebeurt dat niet, dan neemt het risico toe dat verpleegkundigen en verzorgenden afhaken omdat er toch niets met hun signalen gebeurt. Dat zal de zorg geen goed doen, maar ook de samenleving in brede zin niet.

Hans van Dartel is als *extern ethicus verbonden aan diverse organisaties in met name de gehandicaptenzorg.*

Ankana Spekkink is *ethicus binnen de verpleegkunde en werkzaam als junior-onderzoeker en docent aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.*

Referenties

- (1) Smith, S. (2020). 'Hoe gaat het nu in de verpleeghuizen? Voortaan willen we echt meepraten.' In: *VenVN Magazine*, 15(3), p. 16-18.
- (2) Spekkink, A. (2020). *Ankana blogt: Morele pijn*. Utrecht: VenVN. Geraadpleegd via <https://www.venvn.nl/nieuws/ankana-blogt-morele-pijn/>.
- (3) Zo vertellen zorgverleners in diverse getuigenissen. Zie bijvoorbeeld het verhaal van verpleegkundige Jolinde den Dekker in: Visser, E. (2020). 'De patiënt die me zo sterk bijbleef.' In: *De Volkskrant*, 6 oktober 2020, p. 6-7.
- (4) Vgl. Verkerk, M. (2013). Van je familie moet je het maar hebben. Een zorgethische bespiegeling. In M. Schermer, M. Boenink en M. Meynen (Red.). *Komt een filosoof bij de dokter*. Amsterdam: Boom, p. 232-245.
- (5) Dartel, H. Van (2017). *Goed verplegen. Leerboek ethiek voor verpleegkundigen*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, p. 157.
- (6) Agamben, G. (2020). *Homo sacer. De soevereine macht en het naakte leven*. Amsterdam: Boom, p. 39-42, en Frissen, P. (2009). *Gevaar verplicht. Over de noodzaak van aristocratische politiek*. Amsterdam: Van Gennep, p. 60-64.
- (7) Arendt, H. (2012a). *De menselijke conditie*. Amsterdam: Boom, p. 302; Arendt, H. (2012b). *De menselijke conditie*. Amsterdam: Boom, p. 226-227.
- (8) Schutter, D. De, en R. Peeters (2015). *Hannah Arendt. Politiek denker*. Zoetermeer: Klement, p. 169-172; Pekelharing, P. (1992). 'Over slaapwandelaars, banaliteit en onsterfelijkheid. Hannah Arendt en de politiek.' In: *Krisis* 49, 12(4), p. 18-29.
- (9) Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep; Heijst, A. Van (2009). Professional Loving Care and the Bearable Heaviness of Being. In: H. Lindemann, M. Verkerk en M. Urban Walker (Red.). *Naturalized Bioethics. Toward Responsible Knowing and Practice*. Oxford: Oxford University Press, p. 199-217; Baart, A. en C. Carbo (2013). *De zorgval*. Leidschendam: Thoeris, p. 9-10;
- (10) Leget, C. (2013). Zorg als professie. De relatie centraal. In: M. Schermer, M. Boenink en M. Meynen (Red.). *Komt een filosoof bij de dokter*, Amsterdam: Boom, p. 219 -231.
- (11) Dartel, H. Van (2015), 'Veiligheidsprogramma's in de zorg: een gemankeerde benadering van professionele zorg?' In: *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 25(2), p. 50-55.
- (12) Dartel, H. Van (2020). 'Verpleegkundige is ook een morele professional.' In: *TvZ verpleegkunde in praktijk en wetenschap*, 130(4), p. 30-32.
- (13) Vgl. Vorstenbosch, J. (2005). *Zorg. Een filosofische analyse*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds, p. 20-24.
- (14) Vgl. Reinders, H. (2019). *Kwaliteit als ervaring*. 's-Hertogenbosch: Gompel&Svacina, p. 117-124.
- (15) Arendt, H (2012a). *De menselijke conditie*. Amsterdam: Boom, p. 172-176.
- (16) Kanne, M. (2016). *Co-creatie van goede zorg. Ethische vragen, moreel beraad en normatieve professionalisering in de zorg en het sociaal werk*. Delft: Eburon, p. 243 vv; Bree, M. De en E. Veening (2012). *Handleiding moreel beraad. Praktische gids voor zorgprofessionals*. Assen: Van Gorcum, p. 56-61.
- (17) Manschot, H. (2004). De betekenis van het tragische voor de ethiek van de zorg- en hulpverlening. In: H. Manschot en H. van Dartel (Red.). *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Boom, p. 225-241.
- (18) Arendt, H. (2004). *Verantwoordelijkheid en oordeel*. Rotterdam: Lemniscaat, p. 75-76.

- (19) Arendt, H. (2004). *Verantwoordelijkheid en oordeel*. Rotterdam: Lemniscaat, p. 65-66.
- (20) Struijs, A. en S. van de Vathorst (2009). *Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- (21) Houtlosser, M. (2010). *In goede handen. Verpleegkundige beroepsuitoefening in moreel perspectief*. Academisch proefschrift. Leiden: Leiden University Press, p. 51-55.
- (22) Neiman, S. (2008). *Morele helderheid*. Amsterdam: Ambo, p. 342.
- (23) Arendt, H. (2007). *Eichmann in Jeruzalem. De banaliteit van het kwaad*. Amsterdam: Olympus, p. 369.
- (24) Knott, M.L. (2019). Auf der Suche nach den Grundlagen für eine neue politischen Moral. In: H. Arendt. *Was heisst persönliche Verantwortung in einer Diktatur*, München: Piper, p. 53-86.
- (25) Arendt, H. (2020). *Verantwoordelijkheid en oordeel*. Rotterdam: Lemnicscaat, p. 93.
- (26) Arendt, H. (2020). *Verantwoordelijkheid en oordeel*. Rotterdam: Lemnicscaat, p. 121; Arendt, H. (2016). *Sokrates. Apologie der Pluralität*. Berlin: Matthes & Seitz, p. 58-62.
- (27) Arendt, H. (2004). *Verantwoordelijkheid en oordeel*. Rotterdam: Lemniscaat, p. 147.
- (28) Arendt, H. (2012b). *De menselijke conditie*. Amsterdam: Boom, p. 245.
- (29) Arendt, H. (2004). *Verantwoordelijkheid en oordeel*. Rotterdam: Lemniscaat, p. 71-72; Arendt, H. (2012b). *De menselijke conditie*. Amsterdam: Boom, p. 229 vv.
- (30) Beiner, R. (2013). Hannah Arendt über das Urteilen. In: H. Arendt. *Das Urteilen*. München: Piper, p. 155-157.
- (31) Arendt, H. (2013). *Das Urteilen*. München: Piper, p. 104.
- (32) Feder Kittay, E. (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and dependency*. New York: Routledge, p. 54-57.
- (33) Arendt, H. (2013). *Das Urteilen*. München: Piper, p. 104.
- (34) V&VN (2020). *Handreiking voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten op het moment dat zij besmettingsrisico ervaren door het Coronavirus (COVID-19)*. Utrecht: V&VN. Geraadpleegd via: <https://www.venvn.nl/media/jftmnku/handreiking-geen-beschermende-middelen-v-vn-7-april-2020.pdf>. Geraadpleegd op 13 september 2020.

