

---

---

## DIALOVO

---

---

**Van** Nancy Cannaerts, lector Katholieke Hogeschool Leuven, dep. G&T,  
**Referentie** Soile, J., Kaija P. & Liisa M. (2011). Care-based ethical reasoning among first-year nursing and social services students. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67, no 2, 418-427.  
**Datum** 15-03-2011

---

### Inleiding

De theoretische achtergrond voor deze studie is de zorgethische benadering. In tegenstelling tot de rechtvaardigheidsethiek waarbij morele conflicten opgelost worden door principes en belangen tegen elkaar af te wegen, gaat de zorgethiek het morele probleem bekijken vanuit de specifieke individuele context waarin het zich afspeelt. De zorgethiek focust op persoonlijke relaties en benadrukt de emotionele betrokkenheid en verantwoordelijkheid als basis voor actie eerder dan beroep te doen op abstracte regels en principes.

In navolging van Kohlberg (1984) die op basis van de rechtvaardigheidsethiek een aantal morele ontwikkelingsstadia formuleerde, ontwikkelde Gilligan (1982) een aantal ontwikkelingsstadia vanuit de zorgethische visie. Terwijl Kohlberg zich eerder fixeerde op hoe mensen zich verhouden ten opzichte van conventies en regels, focuste Gilligan zich op de verhouding van de mensen tegenover de andere.

De verschillende niveaus die Gilligan formuleert, zijn:

- Niveau 1 (zorg voor zichzelf): het individu is vooral gericht op zichzelf, op eigen overleving en persoonlijk geluk. De vraag of iets goed is, wordt enkel gesteld wanneer de eigen noden bedreigd worden.
- Niveau 1,5 (overgangsniveau): in dit niveau ziet men stilaan de overgang van overleving van zichzelf naar verantwoordelijkheid voor de andere. Er is al sprake van enige betrokkenheid op de andere, maar eigen overleving blijft het hoofddoel.
- Niveau 2 (zorg voor de andere): het hoofdperspectief is wat door anderen en algemeen als goed gedefinieerd wordt. Goede zorg wordt gelijkgesteld met zelfopofferende zorg voor de ongelijke en afhankelijke andere.
- Niveau 2,5 (overgangsniveau): dit niveau vormt de overgang van het conventioneel zorgen voor de andere naar een nieuwe invulling van verantwoordelijkheid. Er gebeurt een herbeoordeling van de relatie tussen het ik en de andere. De nieuwe invulling van verantwoordelijkheid legt de nadruk op

persoonlijke eerlijkheid. De persoon is niet langer bereid om anderen te beschermen ten koste van zichzelf.

- Niveau 3 (zorg voor zowel zichzelf als de andere): de persoon focust zich op de dynamiek van relaties. Men wordt niet langer geleid door de verwachtingen van anderen, maar de persoon is in staat om zelf morele keuzes te maken en de verantwoordelijkheid op te nemen voor die keuze. De persoon internaliseert de criteria voor goed handelen. Zijn waarden en opvattingen worden duidelijk uitgedrukt. Er is een evenwicht tussen overwegingen voor zichzelf en voor de andere en beide worden geïncorporeerd in de zorg.

Hoe hoger het niveau van ethisch redeneren, hoe meer garantie op goede zorg er is.

Op basis van deze niveaus ontwikkelde en valideerde Eva Skoe (1993) een instrument, de Ethic of Care Interview (ECI) om het niveau van ethisch redeneren in beeld te brengen.

### **Doelstelling en methode**

Het doel van dit onderzoek is het beschrijven van het niveau van ethisch redeneren van eerstejaarsstudenten verpleegkunde en sociaal werk. De onderzoeksvragen die gesteld worden, zijn:

- Hoe gebeurt het ethisch redeneren van de student op elk niveau van de ECI?
- Welke ethische principes worden daadwerkelijk benoemd op elk niveau van de ECI?
- Hoe verschillen de eerstejaarsstudenten verpleegkunde van de studenten sociaal werk wat betreft hun ethisch redeneren?

Er werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van een descriptieve, mixed method (combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden) onderzoeksmethodologie. De Gelegenheidssteekproef bestond uit 112 eerstejaarsstudenten (46 studenten verpleegkunde en 66 studenten sociaal werk) die vrijwillig gerekruteerd werden in verschillende klassen. De gemiddelde leeftijd was 27 jaar (range 19-53 jaar). Zij volgden een bacheloropleiding van 3.5 à 4 jaar aan een Finse universiteit. Deze studie kadert in een breder onderzoek naar de morele ontwikkeling doorheen de opleiding.

De gegevens werden verzameld gedurende een periode van 5 maanden in 2007-2008. Er werd gebruik gemaakt van de hiervoor vermelde Ethics of care interview (ECI). Deze ECI maakt gebruik van een gestructureerde interviewmethode en vertrekt hiervoor van een moreel conflict. In deze studie werd het interview afgenomen op basis van een casus over zwangerschapsafbreking van een 20-jarige ongehuwde en werkloze moeder, Laura, die kampt met recidiverende depressies en zwanger geraakt na een korte relatie met een

gehuwde man. Ze heeft nog weinig contact met vrienden en familie. Ze heeft nog contact met haar moeder die van mening is dat de zwangerschap moet beëindigd worden. Zelf droomt ze wel van een baby, maar is ze eveneens onzeker over wat ze nu best zou doen. Na de voorstelling van de casus werd gevraagd welk advies de student zou geven als verpleegkundige of sociaal werker en waarom. Zo nodig werden bijkomende vragen gesteld. Er werd eveneens heel open gepeild naar hun kennis over ethische codes of principes waarop hun advies gebaseerd kon worden.

De interviews werden op band opgenomen. Ze werden gescoord volgens de ECI-handleiding (Skoe, 1993) gebaseerd op de 5 niveaus van morele ontwikkeling volgens Gilligan (Gilligan, 1982). De scores werden verder geanalyseerd gebruik makend van descriptieve statistiek (t-test en Chi-square test). De interviews werden letterlijk uitgetypt en kwalitatief geanalyseerd. Door inductieve analyse werden een aantal betekenisvolle thema's weerhouden.

## **Resultaten**

Tien procent van de studenten scoorden niveau 1,5, 43% niveau 2, 32% niveau 2,5 en 15% niveau 3. Er was geen statistisch significant verschil wat betreft geslacht. Studenten sociaal werk scoorden iets hoger dan studenten verpleegkunde maar niet statistisch significant.

De kwalitatieve analyse brengt de hoofdthema's aan die in elk ECI-niveau op basis van de casus aangehaald worden door de studenten. Naarmate de niveaus vorderen, ziet men een verschuiving in centrale bekommernis, hoofddoel van relaties, focus van hulpverlening en gebruik van sociale netwerken.

- Niveau 1,5

De hoofdbekommernis is het welzijn en geluk van Laura. Het houden van het kind wordt bekeken vanuit het perspectief van de invloed die het kind zal hebben op het leven van de moeder. Andere betrokkenen worden zelden vermeld. De taak van de hulpverlener bestaat er vooral in om het beste alternatief uit te zoeken en informatie te geven over mogelijke dienstverlening. De zorgverlener mag niet tussenkomen in het beslissingsproces van Laura.

- Niveau 2

De focus is Laura's verantwoordelijkheid als moeder. De depressie, de financiële toestand en het gebrek aan sociale steun worden herkend als kritieke factoren. Het welzijn van het kind wordt de centrale bekommernis. Er is een neiging om het kind te houden en de zorgverlener geeft vooral bruikbare informatie over mogelijke sociale en professionele ondersteuning. De zorgverlener heeft zelf sterke morele

overtuigingen maar mag niet interfereren in het beslissingsproces; de beslissing blijft bij Laura. De mogelijke ondersteuning van andere individuen wordt geëvalueerd.

- Niveau 2,5

De hoofdbekommernis gaat naar de verantwoordelijkheid van Laura voor het kind en voor haar eigen leven. Gevolgen van de beslissing worden bekeken op lange termijn. Men erkent de onzekerheid van Laura over deze beslissing. De situatie wordt geëxploreerd in het kader van mogelijke relaties, bvb. de relatie tussen moeder en dochter. De zorgverlener ondersteunt de groei van Laura en bevordert een bewust beslissingsproces. Het sociale netwerk rondom Laura wordt gezien als een ondersteunend systeem dat in beeld gebracht moet worden en hersteld moet worden.

- Niveau 3

Centrale focus is het autonome beslissingsproces van Laura in de context van haar relaties. Er is evenwichtige aandacht voor de noden van Laura en die van het kind op lange termijn. De taak van de zorgverlener bestaat in het exploreren van de actuele noden en doelstellingen en het ondersteunen van Laura als een moreel verantwoordelijke persoon, moeder en burger. Het perspectief van belangrijke betrokkenen en professionele steun worden beide mee in rekening gebracht.

Bij navraag naar het benoemen van ethische principes die gebruikt werden in hun keuze, vermeldden de studenten gemiddeld één ethisch principe. Het aantal steeg naargelang het niveau waarin de student zich bevond. De meest genoemde principes waren op niveau 2 en op niveau 2,5: 'respect voor de beslissing van de cliënt', 'onpartijdigheid', 'respect voor de menselijke waardigheid'. Principes vermeld door studenten op niveau 3 waren 'respect voor de beslissing van de cliënt', 'onpartijdigheid', 'respect voor de zelfbeschikking', 'respect voor de rechten van het kind', 'respect voor de menselijke waardigheid'. De studenten die zich op een hoger niveau van morele ontwikkeling bevonden vermeldden vaker 'zelfbeschikking' als principe dan studenten van een lager niveau. Studenten bleven echter beperkt in het werkelijk benoemen van ethische principes, zelfs op niveau 3.

Er waren geen noemenswaardige verschillen tussen de studenten verpleegkunde en sociaal werk wat betreft invulling van de verschillende niveaus.

## **Reflectie**

Enkele belangrijke resultaten van dit onderzoek doen nadenken over de invulling van het verpleegkundig ethiekonderwijs.

Vooreerst blijkt uit deze studie een grote variatie in het niveau van ethisch redeneren bij eerstejaarsstudenten verpleegkunde, wat herkenbaar is in mijn eigen opdracht als lector ethiek aan eerstejaarsstudenten. Daarnaast blijkt dat - terwijl niveau drie vereist is om

goede zorg te kunnen verlenen - de grootste groep van de studenten zeer conventioneel redeneert en zich op niveau 2 bevindt, wat bevestigd wordt door eerder onderzoek naar het niveau van ethisch redeneren bij verpleegkundigen in België en internationaal (Dierckx de Casterlé, Izumi, Goffrey & Denhaerynck, 2008). Tenslotte blijkt uit de casusanalyse in dit onderzoek dat de wijze en het niveau waarop de studenten ethisch redeneren invloed heeft op hun concrete actie als hulpverlener. Het conformistisch redeneren vormt een belangrijke barrière voor gepaste ethische acties (Dierckx de Casterlé et al., 2008).

Zelf doceer ik zelf het vak ethiek aan een groep van meer dan 100 eerstejaarsstudenten via hoorcolleges over de belangrijkste theoretische kaders geïllustreerd door casuïstiek. Concrete toepassing gebeurt beperkt in het tweede en derde jaar aan de hand van casuïstiek in kleinere groepen. De hierboven vermelde resultaten vragen meer om ethiekonderwijs in kleine groep (vb. regelmatige geleide groepsdiscussies a.h.v. casuïstiek) van studenten van diverse niveaus van ethisch redeneren. Studenten kunnen dan actief participeren in een veiligere omgeving, eigen reflecties toetsen aan reflecties van andere studenten van hogere niveaus van ethisch redeneren en aldus zelf evolueren naar een hoger niveau van ethisch redeneren. Op deze wijze kan ook explicieter tegemoet gekomen worden aan de vooropgestelde competenties en leerdoelen van de inhoud ethiek.

Idealiter zou de toepassing ervan eveneens aan bod moeten komen in andere vakinhouden, lessen en vooral ook stages. Naast aandacht voor technische vaardigheden kan er tijdens de stage ruimte gecreëerd worden voor het benoemen en overdenken van persoonlijk ervaren ethische problemen. (Praktijk)lectoren en mentoren kunnen studenten dan uitnodigen om na te denken over goede zorg eerder dan hen louter te leren doen wat van hen verwacht wordt. Op deze wijze blijft het ethisch redeneren niet beperkt tot het cognitief niveau, maar zet het de toekomstige verpleegkundige daadwerkelijk aan tot het ondernemen van verantwoorde ethische acties. Studenten krijgen zo de kans, veel meer dan in de lessen in grote groep, om op eigen tempo en naar eigen mogelijkheid te groeien naar een hoger niveau van ethisch redeneren. Studenten ervaren de invalshoek ethiek dan ook niet meer als een apart vak, maar als iets wat hun ganse verpleegkundig handelen doorspekt.

De ontwikkeling van het ethisch redeneren van studenten naar een volwassen niveau wordt zo gedragen door het ganse (praktijk)lectorenkorps. Dat vraagt van de betrokken lectoren inzicht in (de niveaus van) ethisch redeneren. Om hen hierbij te ondersteunen organiseren we bijvoorbeeld in onze opleiding een 'broodje humane wetenschappen' en vorming waarbij o.a. reële casuïstiek samen met de lectoren uitgewerkt wordt. In deze vormingen wordt enerzijds aandacht besteed aan het ethisch reflecteren van de lector

over deze casus zelf maar anderzijds ook aan het leren stimuleren van studenten tot ethische reflectie via de juiste vraagstelling vanwege de lector.

### **Literatuur**

Dierckx de Casterlé, B., Izumi, S., Goffrey, N.S. & Denhaerynck, K. (2008). Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 63, 540-549.

Gilligan, K. (1982). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.

Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development*. San Fransisco: Harper & Row.

Skoe, E. (1993). *The ethic of care interview manual*. Unpublished manuscript avalibalbe form the author on request. University of Oslo, Norway.