

ZORG EN NORMATIVITEIT

EEN KIJK VANUIT HET LEUVENSE PERSONALISME*

LINUS VANLAERE & CHRIS GASTMANS

De term ‘zorg’ verwijst naar een veelomvattend en complex maatschappelijk verschijnsel, zowel als naar een bepaalde waarde in het menselijk bestaan en naar een morele houding van zorgzaamheid.¹ Door te vertrekken van deze brede opvatting van zorg, ontpopte zorgethiek zich een vijftiental jaar geleden als een tegenhanger van de toen gangbare medische ethiek: zorgethiek wilde het terrein waarop ethische reflectie van toepassing is, verbreden. Niettemin heerst rond de notie zorg veel verwarring en onduidelijkheid. Omdat het begrip zorg ook in het morele discours confuus is, worden kritische vragen gesteld bij een ethische theorie die vertrekt van de waarde van zorg.² Critici richten zich ondermeer op de normativiteit van zorg. Wat is de precieze betekenis van zorg als ethische waarde? In hoeverre heeft zorg een verplichtend of een gebiedend karakter? Kan zorgethiek in klinisch-ethische probleemsituaties *überhaupt* aangeven in welke richting moet worden gehandeld opdat er goed wordt gehandeld? Pas wanneer de objectieve normatieve basis van zorg voldoende verhelderd is, kunnen zorgpraktijken vanuit ethisch perspectief worden geëvalueerd en geoptimaliseerd.³

De vraag naar normativiteit betreft de vraag naar hoe we het gedrag van mensen ethisch kunnen evalueren en verwijst aldus naar wat we behoren te doen of waarvoor we verantwoordelijk zijn. Omdat deze vraag zelf op een relatie

* De auteurs danken de anonieme reviewers en dr. Yvonne Denier voor hun constructieve opmerkingen bij eerdere versies van dit artikel.

¹ M. Verkerk, ‘Zorgethiek: naar een geografie van verantwoordelijkheden’, in: H. Manschot, H. van Dartel (red.), *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, Amsterdam, Boom, 2003, 177-190.

² S.T. Fry, A.R. Killen, E.M. Robinson, ‘Care-Based Reasoning, Caring and the Ethic of Care. A Need for Clarity’, in *The Journal of Clinical Ethics* 7 (1), 1996, 41-47, p. 41.

³ P. Nortvedt, ‘Care, Sensitivity and ‘the Moral Point of View’’, in: C. Gastmans, K. Dierickx, H. Nys, P. Schotmans (eds.), *New Pathways for European Bioethics*, Antwerpen, Intersentia, 2007, 81-97.

wijst – ‘behoorlijk *volgens wie of ten opzichte van wat?*’ – heeft de normativiteit van zorg in de gezondheidszorg ondermeer betrekking op een bepaald mensbeeld dat aan de zorg ten grondslag ligt. Immers, in de gezondheidszorg gaat het steeds om *mensen* die in een zorgrelatie op elkaar betrokken zijn. Binnen de zorgethiek is tot op heden weinig fundamenteel denkwerk verricht inzake deze antropologische basis voor zorg. Zorgethici leggen dan wel grote nadruk op de relationele verbondenheid tussen mensen⁴, maar het verband tussen deze relationele dimensie van het mens-zijn en een relationele antropologie die in filosofische of theologische zin is uitgewerkt, wordt zelden geëxpliciteerd.⁵ Een waardegeladen mensbeeld is wel latent aanwezig in zorgethiek, maar moet meer contouren krijgen. Dit verklaart ten dele het ‘normatieve vacuüm’ van de zorgethiek.

In de eerste paragraaf van deze bijdrage schetsen we de plaats van de zorgethiek in de gezondheidszorg en de problemen met betrekking tot de normativiteit van zorg. We benadrukken hierbij dat er meerdere normatieve niveaus zijn. In de tweede paragraaf zetten we de mensvisie van het Leuvense personalisme uiteen en tonen we aan dat deze mensvisie aansluit bij enkele uitgangspunten van zorgethiek. In de derde paragraaf schetsen we hoe een zorgethiek die vertrekt van de mensvisie van het Leuvense personalisme alvast op één niveau – met name het niveau van een funderende antropologie – normatief sterker is en daarom wel degelijk kan aangeven in welke richting moet worden gehandeld opdat er ethisch verantwoord wordt gehandeld.

1. Zorgethiek

1.1. *Zorgethiek: een recent ethisch perspectief in de gezondheidszorg*

Het zorgethisch perspectief betreft een ethische benaderingswijze die wordt toegepast op verschillende domeinen van het maatschappelijk leven. De laatste

⁴ We verwijzen hiervoor naar de twee ‘grondleggers’ van de zorgethiek: C. Gilligan, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women’s Development*, Cambridge (MA)/London, Harvard University Press, 1982; J. Tronto, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, New York, 1993.

⁵ P. Nortvedt, ‘Care, Sensitivity and ‘the Moral Point of View’’, in: C. Gastmans, K. Dierickx, H. Nys, P. Schotsmans (eds.), *New Pathways for European Bioethics*, Antwerpen, Intersentia, 2007, 81-91; Voor een bijdrage tot een fundamentele dialoog tussen zorgethiek en het werk van Emmanuel Levinas, zie: W.W. Dietrich, R. Burggraave, C. Gastmans, ‘Towards a Levinasian Care Ethic. A Dialogue between the Thoughts of Joan Tronto and Emmanuel Levinas’, in *Ethical Perspectives* 13 (1), 2006, 33-61.

vijftien jaar heeft zorgethiek echter vooral in de gezondheidszorg een hoge vlucht genomen. Terwijl in de eerste drie edities van *'Principles of Biomedical Ethics'* geen sprake is van een *'ethics of care'*, wordt zorgethiek in de vierde (1994) en vijfde (2001) editie van dit standaardwerk besproken als een ethische benaderingswijze naast andere.⁶ Ook in de tweede (1995) en derde editie (2004) van de *'Encyclopedia of Bioethics'* wordt uitvoerig aandacht besteed aan zorgethiek en wordt geopperd dat het – naast de klinische ethiek – om een beloftevolle ontwikkeling gaat in de ethiek van de gezondheidszorg.⁷ Zorgethiek werd tot nu toe in de gezondheidszorg voornamelijk toegepast in de verpleegkunde⁸, de ouderenzorg⁹, de geestelijke gezondheidszorg¹⁰, de prenatale diagnostiek en abortus¹¹, de zorg voor personen met een handicap¹² en diverse andere medisch-verpleegkundige praktijken.¹³ Ze ontpopte zich tot een ethische benaderingswijze die een omvattende morele analyse en beoordeling biedt van het gedrag van zorgverleners.¹⁴ Zorgethiek benadert dit gedrag in de context van specifieke zorgrelaties. Vooral deze 'contextuele en relationele gevoeligheid' is kenmerkend voor zorgethiek. Zo blijft zorgethiek dicht bij

⁶ T.L. Beauchamp & J.F. Childress, J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, New York (NY), Oxford University Press, 4th ed. 1994; 5th ed. 2001.

⁷ N.S. Jecker & W.T. Reich W.T., 'Contemporary Ethics of Care', in: W.T. Reich (ed.) *Encyclopedia of Bioethics*, New York (NY), Simon & Schuster Macmillan, 1995, 336-344; N.S. Jecker & W.T. Reich, 'Contemporary Ethics of Care', in: S.G. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York (NY), Macmillan Reference, 2004, 367-374.

⁸ C. Gastmans, B. Dierckx de Casterlé, P. Schotsmans, 'Nursing Considered as Moral Practice. A Philosophical-Ethical Interpretation of Nursing', in: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8, 1989, 43-69; S. van Hooft, 'Acting from the Virtue of Caring in Nursing', in: *Nursing Ethics* 6, 1999, 192-203.

⁹ L. Vanlaere, P. Bouckaert, C. Gastmans, 'Zelfdoding bij ouderen. Klinisch-ethische oriëntaties', in: *Tijdschrift voor geneeskunde* 62, 2006, 1639-1649; C. Gastmans, K. Milisen, 'Use of Physical Restraint in Nursing Homes. Clinical-ethical Considerations', in: *Journal of Medical Ethics* 32, 2006, 148-152; J.J.M. van Delden, C.M.P.M. Hertogh, H.A.M. Manschot (red.), *Morele problemen in de ouderenzorg*, Assen, Van Gorcum, 1999.

¹⁰ J. Graste & D. Bauduin, D. (eds.), *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*, Assen, Van Gorcum, 2000; M. Verkerk, 'Care Perspective on Coercion and Autonomy', in: *Bioethics* 13, 1999, 358-369.

¹¹ E. Gatens-Robinson, 'A Defense of Women's Choice. Abortion and the Ethics of Care', in: *Southern Journal of Philosophy* 30 (3), 1992, 39-66.

¹² K. Lindemann, 'The Ethics of Receiving', in: *Theoretical Medicine* 24, 2003, 501-509.

¹³ L.E. Cluff, R.H. Binstock (eds.), *The Lost Art of Caring. A Challenge to Health Professionals, Families, Communities, and Society*, Baltimore (MD), John Hopkins Press, 2001; T. Kohn & R. McKechnie, *Extending the Boundaries of Care. Medical Ethics & Caring Practices*, Oxford/New York (NY), Berg, 1999.

¹⁴ M. Verkerk, 'The Care Perspective and Autonomy', in: *Medicine, Healthcare and Philosophy* 4, 289-294, 2001; M. Little, 'Care. From Theory to Orientation and Back', in: *Journal of Medicine and Philosophy* 23, 1998, 190-209.

concrete zorgpraktijken en kijkt ze met aandacht naar de wijze(n) waarop zorgverantwoordelijkheid gestalte krijgt: de contextuele factoren, het eigene van een situatie, hoe mensen samenwerken en welke emoties daar bij komen kijken.¹⁵ Ook vestigt zorgethiek veel aandacht op de relaties waarbinnen deze zorg gestalte krijgt. Vanuit zorgethisch perspectief is een ethisch probleem steeds ook een probleem van relaties: het relationeel netwerk rond een persoon is onder druk komen te staan en door communicatie moet deze druk worden weggenomen.¹⁶ Verder zal zorgethiek analyseren op welke wijze mensen gestalte geven aan hun verantwoordelijkheid in de zorg voor elkaar, hoe ze daarover onderhandelen, of zich daar soms juist aan onttrekken.¹⁷ Een zorgethisch perspectief brengt de verschillende opvattingen van verantwoordelijkheid in een bepaalde situatie in kaart. Men gaat ervan uit dat het morele beslissingsproces wordt beïnvloed door het bewerkstelligen van reflectie op de eigen zorgpraktijken en op het expliciet maken van de doorleefde opvattingen, bijvoorbeeld door dialoog en overleg.¹⁸

1.2. De ethische waarde van zorg

Door de focus op het concrete en het relationele, is het gevaar niet denkbeeldig dat zorgethiek nadruk legt op het procesmatige, ten koste van de waardegeladen inhoud.¹⁹ Wanneer zorgethiek zich inderdaad beperkt tot het reconstrueren van hoe het er in een concrete zorgsituatie aan toe gaat, wie daar met wie botst en waarom; zonder dat aan waarden of normen wordt gerefereerd om te beoordelen of dit goede zorg is, dan ontbreekt een normatief ijkpunt voor de verantwoordelijkheid. De ethica Annelies van Heijst is er alvast van

¹⁵ A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen, Klement, 2005, p. 37; M. van den Hoven, M. Kanne, L. Mol, 'Zorgethische gespreksmodellen voor de gezondheidszorg. Denken over zorgverantwoordelijkheid en 'goede zorg'', in: H. Manschot, H. van Dartel (red.), *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*, Amsterdam, Boom, 2003, 134-152.

¹⁶ C. Gastmans, L. Vanlaere, *Cirkels van zorg. Ethisch omgaan met ouderen*, Leuven/Baarn, Davidsfonds/Ten Have, 2005.

¹⁷ M.U. Walker, *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics*, New York/London, Routledge, 2003.

¹⁸ M. Verkerk, H. Lindemann, E. Maeckelberghe, E. Feenstra, R. Hartoungh, M. de Bree, 'Enhancing Reflection. An Interpersonal Exercise in Ethics Education', in: *Hastings Center Report* 34, 2004, 31-38.

¹⁹ A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen, Klement, 2005.

²⁰ *Ibid.*, p. 45.

overtuigd dat een zorgerthicus inhoudelijker moet spreken over goede zorg, echter zonder te vervallen in principes of regels.²⁰

De waarde van zorg zelf verwijst naar een aantal positieve kwalificaties, namelijk naar de *aandachtigheid* voor de werkelijke noden van de ander, het opnemen van de *verantwoordelijkheid* om aan deze noden tegemoet te komen, de *deskundigheid* waarmee aan die noden wordt tegemoet gekomen, en naar de *responsiviteit* die de zorgverlener aan de dag legt om na te gaan of aan de noden van de zorgontvanger effectief wordt tegemoet gekomen.²¹ De vraag is of deze kwalificaties een normatief ijkpunt vormen. Zo wijst Selma Sevenhuijsen op de vanzelfsprekendheid waarmee zorgerthici ervan uitgaan dat de genoemde positieve kwalificaties in het morele subject worden opgeroepen door het contact met een zorgbehoevende ander.²² Zij vraagt zich af of er wel zoiets bestaat als een ‘spontane’ zorgzame respons bij het zien van iemand in nood. Zorg is in beginsel een goed, maar volgens Sevenhuijsen hangt het erg af van de verhoudingen waarbinnen wordt gezorgd of het werkelijk alle betrokkenen goed doet. John Paley gaat nog verder in zijn kritiek op zorg als uitgangspunt voor ethiek: of je voor iemand zorgt of niet, of je de positieve kwalificaties waarnaar zorg verwijst inzet, dat hangt volgens hem af van hoe je je tegenover die ander *voelt*, namelijk of je sympathie voelt of niet. Vanuit zorg *an sich* volgt er echter geen enkele normatieve aanbeveling om aandachtig, verantwoordelijk, deskundig en responsief op te treden tegenover iemand tegenover wie je die ‘sympathie’ helemaal niet voelt. De normatieve aanwijzingen van een ethiek die vertrekt van zorg hebben enkel geldingskracht voor wie reeds geneigd is om zorg op te nemen, aldus Paley.²³ Mensen zorgen volgens Paley enkel wanneer ze daartoe geneigd zijn, op de wijze waarop ze daartoe geneigd zijn en tegenover diegene bij wie ze daartoe geneigd zijn. Zorg kan een bevestiging, een gril of een impuls zijn, voortkomende uit kortzichtigheid, vooringenomenheid of vooroordeel. In elk geval is zorg op zichzelf weinig

²¹ J. Tronto, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York (NY)/London, Routledge, 1993, p. 106-108.

²² S. Sevenhuijsen, *Oordelen met zorg. Feministische beschouwingen over recht, moraal en politiek*, Amsterdam/Meppel, Boom, 1996.

²³ Zo schrijft John Paley: “Either you feel sympathy, or you don’t; and if you don’t, how can the ‘ethics of care’ make any moral demand on you? What, indeed, is the point of an ethic that appeals only to people of a certain cast of mind and which, in any case, recommends what they are naturally inclined to do without prompting? How can a writer who would urge us to accept the ethics of care to do so without suggesting that we *ought* to care, and that we ought to cultivate the appropriate sentiments if we have no natural tendency in that direction?” Cf. J. Paley, ‘Virtues of Autonomy. The Kantian Ethics of Care’, in: *Nursing Philosophy* 3, 2002, 133-143, p. 140.

normatief; zorg heeft geen verplichtend, maar wel eerder een vrijblijvend karakter.

Met zijn kritiek sluit Paley aan bij het koor van critici dat oordeelt dat zorg als waarde vaag is en weinig oriëntatie biedt voor het morele beslissingsproces.²⁴ Volgens deze critici kan zorg geen aanknopingspunt bieden om een ordening aan te brengen in de veelheid van handelingen die er zijn, laat staan een morele ordening. Zorg zou geen richtinggevende of oriënterende rol kunnen spelen. Helga Kuhse zoekt voor deze kritiek een uitweg door te stellen dat een ethische theorie niet enkel van de waarde van zorg kan uitgaan: een volwaardige ethische theorie moet uitgaan van universele principes. Zij schrijft:

Zorg is een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde voor een ethiek die patiënten en verpleegkundigen goed wil dienen. Een adequate ethiek heeft niet alleen nood aan zorg maar ook aan onpartijdigheid of rechtvaardigheid.²⁵ (onze vertaling)

Zonder de aanvulling van principes, zonder bijvoorbeeld het principe 'rechtvaardigheid' boven zorg te stellen, dreigen willekeur en favoritisme. Alleen door toevoeging van universele principes krijgt zorg een verplichtend karakter. Het voorstel van Kuhse neigt ertoe om zorg op te nemen in de zogenaamde 'principebenadering' van Tom Beauchamp en James Childress, die de rationele aftoetsing en afweging van de principes van respect voor autonomie, weldoen, niet-schaden en rechtvaardigheid als uitgangspunt nemen van ethiek in de gezondheidszorg.²⁶

Aldus opgevat stelt zich de vraag naar de eigenheid van zorgethiek.²⁷ Volgens Jan Vorstenbosch kan de relatie tussen zorg en deze vier principes op drie manieren worden opgevat.²⁸ Allereerst kan zorg worden gezien als de inhoudelijke,

²⁴ P. Allmark, 'Can There Be an Ethics of Care?', in: *Journal of Medical Ethics* 21, 1995, 19-24; N.J. Crigger, 'The Trouble With Caring. A Review of Eight Arguments Against an Ethic of Care', in: *Journal of Professional Nursing* 13, 1997, 217-221; A.L. Gaul, 'Casuistry, Care, Compassion, and Ethics Data Analysis', in: *Advances in Nursing Science* 17 (3), 1995, 47-57; H.L. Nelson, 'Against Caring', in: *The Journal of Clinical Ethics* 3, 1992, 8-30; J. Paley, 'Past Caring. The Limitations of One-to-one Ethics', in: A. Davis, V. Tschudin, L. de Raeye (eds.) *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics. Perspectives and Methods*. Edinburgh, Elsevier, 2006, 149-164.

²⁵ "Dispositional care is, I suggest, a necessary but not a sufficient condition for an ethics that will serve patients and nurses as well. An adequate ethics needs impartiality or justice as well as care". H. Kuhse, *Caring. Nurses, Women and Ethics*, Blackwell, Oxford, 1997, p. 145.

²⁶ T.L. Beauchamp & J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York (NY), Oxford University Press, 2001.

²⁷ R.M. Veatch, 'The Place of Care in Ethical Theory', in: *Journal of Medicine and Philosophy* 23, 1998, 210-224.

²⁸ J. Vorstenbosch, *Zorg. Een filosofische analyse*, Amsterdam, Nieuwezijds, 2005.

concrete en praktische uitwerking van de principes van weldoen en niet-schaden. Ten tweede kan autonomie als waarde worden geïntegreerd in goede zorg (bijvoorbeeld: als doel van zorg). Ten derde kan zorg worden gezien als de algemene attitude van aandacht en nauwkeurigheid die het uitvoeren van morele regels en plichten begeleidt.

Precies omwille van de vraagtekens die geplaatst worden bij de waarde van zorg als uitgangspunt van een normatieve ethische theorie, spreken bepaalde zorgethici zoals Verkerk en Little niet langer over zorgethiek als over een eigenstandige ethische theorie, maar wel over zorgethiek als over een ‘moreel perspectief’.²⁹ Situaties worden vanuit zorgethiek gezien vanuit een houding van aandachtigheid, verantwoordelijkheid, enzovoort. Zorgethiek is hierdoor een ‘manier van kijken’, een ‘morele perceptie’, eerder dan een volwaardige normatieve ethische theorie.

1.3. Mensbeeld en normativiteit

Vorstenbosch zoekt naar een manier om zorg normativiteit te verlenen, en wel een manier die niet noodzakelijk afbreuk doet aan de eigenheid van het zorg-ethisch perspectief. De normativiteit van zorg houdt verband met de relaties waarbinnen de zorg plaatsgrijpt en een zin krijgt. Zo schrijft Vorstenbosch:

We kunnen zorgen voor de tuin, voor de hond, voor ons kind, voor een zieke of voor onze bejaarde moeder. (...) Uiteindelijk bepaalt de *zijnswijze* van de werkelijkheid waar de zorg zich op richt – een ding, een plant, een dier, een kind, een handeling, een volwassen persoon – wat voor zorg adequaat is, en uiteindelijk ook de betekenis en het gewicht die elk van deze relaties in onze zorg als algemene verhouding tot de werkelijkheid dient te krijgen. De uitleg van deze zijnswijze en de normatieve betekenis ervan bepaalt de weg om tot een zorgopvatting te geraken.³⁰

Wat Vorstenbosch aanhaalt is dat niet de vorm- of stijlaspecten van handelingen, noch de handelingen zelf, maar wel het verband van de relaties waarin deze handelingen staan, en de *zijnswijze* van datgene of diegene waarop onze zorg zich richt, de normativiteit van zorg bepaalt. Hiermee verwijst Vorstenbosch naar het niveau van de context waarmee aan zorg normativiteit kan worden gegeven: zorg krijgt een normativiteit die door de concrete context van de

²⁹ M.O. Little, ‘Care. From Theory to Orientation and Back’, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 23, 1998, 190-209; M. Verkerk, ‘The Care Perspective and Autonomy’, in: *Medicine, Health Care and Philosophy* 4, 2001, 289-294.

³⁰ J. Vorstenbosch, *Zorg. Een filosofische analyse*, Amsterdam, Nieuwezijds, 2005, p. 81.

zorgrelatie wordt bepaald. Dit sluit aan bij de visie van Sevenhuijsen die stelt dat wat 'goede zorg' is afhangt van de verhoudingen waarbinnen wordt gezorgd.

Ook voor Van Heijst is duidelijk dat zorgethiek een waardegeladen invulling moet hebben waaruit maatstaven voortvloeien om professioneel zorgdragen te beoordelen.³¹ In haar opinie was zorgethiek altijd al een *latent* normatieve ethische theorie, maar kan zorgethiek een explicieter invulling goed gebruiken. Daartoe wil zij het waardegeladen *mensbeeld* in zorgethiek meer contouren geven. Hiermee betreden we een ander niveau van normativiteit dan het niveau van de context: dat van een funderende *antropologie*.

Van Heijst maakt duidelijk dat zeker in de bio-ethiek antropologische vooronderstellingen een grote rol spelen.³² Zo wordt in de concrete praktijk van de zorgverlening altijd uitgegaan van een bepaald mensbeeld.³³ Wanneer dit mensbeeld expliciet wordt gemaakt, wordt ook duidelijk wat onder 'goede' zorg wordt verstaan. Vanuit het Cartesiaanse mensbeeld bijvoorbeeld, dat ervan uitgaat dat geest en lichaam twee volkomen gescheiden domeinen betreffen, zal de notie van goede zorg erin bestaan zoveel mogelijk resultaat te boeken op het vlak van de gezondheid van het lichaam. Waar veeleer wordt uitgegaan van het zichzelf ontwerpende individu, zal goede zorg dan weer samenhangen met wat het concreet subject zelf als zinvol aanduidt. Terwijl de maatstaf van goede zorg in het eerste geval voornamelijk het (dys)functioneren van het lichaam zal zijn, is bij het laatstgenoemde mensbeeld vooral de mate waarin de zorgontvanger op individuele basis keuzes kan maken het criterium.³⁴

Van Heijst stelt met Jos Welie dat bio-ethici hun mensvisie echter niet openlijk op tafel leggen.³⁵ De neo-liberale, rationalistische en individualistische mensvisie waarbij de mens wordt gezien als primair een enkeling, en pas in tweede instantie als een sociaal wezen, is nog steeds het dominante mensbeeld in de ethiek van de gezondheidszorg. Welie spreekt in dit opzicht van de mens als een van de buitenwereld afgesloten 'zwarte doos': zorggever en

³¹ A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen, Klement, 2005, p. 39.

³² *Ibid.*, p. 29; J. Welie, *In the Face of Suffering. The Philosophical-Antropological Foundations of Clinical Ethics*, Omaha, Creighton University Press, 1998.

³³ L. Anckaert, 'Mensbeeld en zorgverlening', in: *Ethische Perspectieven* 6 (3), 1996, 126-133, p. 126.

³⁴ L. Anckaert, 'Mensbeeld en zorgverlening', in: *Ethische Perspectieven* 6 (3), 1996, 126-133, p. 126-127.

³⁵ A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen, Klement, 2005, p. 215; J. Welie, *In the Face of Suffering. The Philosophical-Antropological Foundations of Clinical Ethics*, Omaha, Creighton University Press, 1998. We volgen hier A. van Heijst.

zorgontvanger zijn morele vreemden.³⁶ Van Heijst merkt op dat in deze mensvisie de rede als het meest onderscheidende element geldt in het mens-zijn en dat het uitoefenen van vrijheid en zelfbeschikking telt als het meest gewichtige en beslissend menselijke.³⁷ Welie toont in zijn studie het werkelijkheidsvormende van mensvisies aan. Bijvoorbeeld maakt het veel uit of de arts werkt vanuit een mensvisie waarin de zorgontvanger een zelfbeschikkende consument is en een contractuele gelijke, dan wel de zorgontvanger ziet als iemand die afhankelijk is en van wie een appèl uitgaat. In de eerste soort van omgang is er nood aan een procedurele ethiek die bijna contractueel de voorwaarden bepaalt waarbinnen de zorgverleningsrelatie gestalte krijgt.³⁸ Mensvisies zijn, kortom, niet vrijblijvend of willekeurig: ze werken door in de manier waarop mensen in de gezondheidszorg elkaar aanspreken en met elkaar omgaan.³⁹ De antropologie die aan zorgethiek ten grondslag ligt, staat in het teken van intersubjectiviteit: de dynamiek tussen zorgverlener en zorgontvanger is het centrale element, en niet het eenrichtingverkeer van de zorgverlener naar de zorgontvanger, noch van de zorgontvanger richting zorgverlener. Hieruit volgt een intersubjectieve zorgvisie, waarin meeleven en zich inleven belangrijk zijn, naast geraakt worden en het gehoor geven aan het appèl van de ander in nood. De funderende mensvisie is waardegeladen en normatief gevuld. Toch stelt Van Heijst terecht dat de antropologische aanzet binnen zorgethiek eerder smal dan breed is, het is meer *weak anthropology* dan *strong anthropology*.⁴⁰ Dat waardegeladen mensbeeld binnen zorgethiek moet meer contouren krijgen om van zorgethiek een meer normatieve ethische theorie te maken, aldus Van Heijst.⁴¹ Wij sluiten ons bij deze optiek aan en willen in deze bijdrage een expliciet verband leggen tussen zorg en een relationeel mensbeeld dat is uitgewerkt in een specifieke denktraditie.⁴² Het mensbeeld van het Leuvens personalisme

³⁶ *Ibid.*, p. 159.

³⁷ A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen, Klement, 2005, p. 217.

³⁸ *Ibid.*, p. 215.

³⁹ *Ibid.*, p. 219.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 217; P. Nortvedt, 'Care, Sensitivity and 'the Moral Point of View'', in: C. Gastmans, K. Dierickx, H. Nys, P. Schotsmans (eds.), *New Pathways for European Bioethics*, Antwerpen, Intersentia, 2007, 81-97.

⁴¹ A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen, Klement, 2005, p. 39.

⁴² De kritiek van de Noorse filosoof Per Nortvedt bestaat er precies in dat dergelijke verbanden tot nu toe te weinig werden onderzocht. Cf. P. Nortvedt, 'Care, Sensitivity and 'the Moral Point of View'', in: C. Gastmans, K. Dierickx, H. Nys, P. Schotsmans (eds.), *New Pathways for European Bioethics*, Antwerpen, Intersentia, 2007, 81-97.

zou als mogelijke referentie kunnen dienen. We spreken van ‘mogelijke’, omdat we er ons goed van bewust zijn dat er nog andere mogelijke mensbeelden zijn om het normatief karakter van zorg te bepalen.⁴³ De antropologie van het Leuvense personalisme als maatstaf voor ‘goede zorg’ is dus een keuze.⁴⁴ We willen aantonen dat er tussen het mensbeeld waar zorgethiek van uitgaat en het mensbeeld van het personalisme vele raakvlakken bestaan. Het nadenken over ‘goede zorg’ vanuit het personalisme biedt ons de kans om de wijsgerig- en theologisch-ethische aspecten van zorg in kaart te brengen. We proberen vanuit deze invalshoek de funderende dialoog met de zorgopvatting van de zorgethiek aan te gaan.

2. Het Leuvense personalisme

2.1. Louis Janssens en de componenten van de menselijke persoon

Cruciaal voor het Leuvense personalisme is de bijdrage van de moraaltheoloog Louis Janssens (1908-2001). Focus van Janssens’ denken is ‘de menselijke persoon adequaat beschouwd’. Hierbij wordt het persoon-zijn van het menselijke zijnde gedefinieerd als een totaliteit, namelijk als het ontologische principe dat alle handelen dat het individu in een tijd-ruimtelijke dimensie onderneemt, en alle componenten of dimensies van het mens-zijn in een geheel verenigt.⁴⁵ Persoon-zijn slaat op het mens-zijn in een alles-omvattende en alles-bevattende dimensie. Ook al kunnen ze niet van elkaar gescheiden worden, toch onderscheidt Janssens acht fundamentele dimensies van de menselijke persoon.⁴⁶ Het gaat om acht componenten die steeds in hun verbondenheid begrepen dienen te worden en ook steeds weer naar elkaar verwijzen.

⁴³ Zie bijvoorbeeld het werk van Emmanuel Levinas. Cf. W.W. Dietrich, R. Burggraeve, C. Gastmans, ‘Towards a Levinasian Care Ethic. A Dialogue between the Thoughts of Joan Tronto and Emmanuel Levinas’, in: *Ethical Perspectives* 13 (1), 2006, 33-61.

⁴⁴ Het personalistisch mensbeeld is bovendien succesvol aangewend ter verheldering van medisch-ethische thema's. Zie voornamelijk: P. Schotsmans, *En de mens schiep de mens. Medische (r)evolutie in ethisch perspectief*, Kapellen, Pelckmans, 1988; P. Schotsmans, ‘Waar is waarheid? Een wederwoord vanuit medisch-ethisch en personalistisch perspectief’, in: *Bijdragen, Tijdschrift voor filosofie en theologie* 58, 1997, 153-163; P. Schotsmans, ‘Personalism in Medical Ethics’, in: *Ethical Perspectives* 6 (1), 1999, 10-19; P. Schotsmans, ‘Relational Responsibility, and not Only Stewardship. A Roman Catholic View on Voluntary Euthanasia for Dying and Non-dying Patients’, in: *Christian Bioethics* 9, 2003, 285-298.

⁴⁵ D.L. Christie, *Adequately Considered. An American Perspective on Louis Janssens’ Personalist Morals*, Leuven, Peeters, 1990, p. 33.

⁴⁶ L. Janssens, ‘Artificial Insemination. Ethical Considerations’, in: *Louvain Studies* 8, 1980-81, 3-29; L. Janssens, *Personalisme en Democratisering*, Brussel, Arbeiderspers, 1957.

De persoon is een subject

De grondslag van elke moraal is de mens als een subject, als iemand die bekwaam is om bewust en vrij te handelen en aldus op verantwoordelijke wijze te handelen. De kenmerkende eigenschap van het subject-karakter van de mens is de zelfbewuste ervaring van vrijheid waaruit de vraag naar verantwoordelijkheid ontspringt. Het zichzelf ervaren als kennende en denkende innerlijkheid stelt de persoon in staat een eigen identiteit te bezitten en om afstand te nemen tegenover de werkelijkheid ('ik' tegenover 'het andere'). Precies in deze afstand ontdekken mensen hun vrijheid: ze kunnen afstand nemen van het eigen baatzuchtig streven en stellen zichzelf in staat om de doelen die ze nastreven dienstbaar te maken aan idealen die hen dichter bij hun levensvervulling brengen. Vrijheid verschijnt hier als het in staat zijn om zich los te maken van het baatzuchtige streven (of van 'instinctmatig gedrag') en zelf te kiezen waarop de strevingen worden gericht. Onvermijdelijk hangt vrijheid dan ook onmiddellijk samen met verantwoordelijkheid. "Wie weet dat hij zijn daden vrij keurt en kiest, weet zich meteen verantwoordelijk", zo zegt Janssens.⁴⁷ Vrijheid en verantwoordelijkheid zijn de essentiële eigenschappen van het subject-zijn van de mens. Als subjecten zijn personen essentieel morele subjecten, namelijk mensen die hun vrije daden tegenover hun eigen geweten te verantwoorden hebben.⁴⁸

De persoon is een lichaam

In personalistisch perspectief heeft de persoon niet alleen een lichaam, hij *is* lichaam. Het lichaam maakt volledig deel uit van het subject-zijn van de persoon.⁴⁹ De persoon is 'bezielde stof' (*'esprit incarné'*). Dit betekent dat het menselijk lichaam méér is dan een 'objectief lichaam' dat behoort tot de materiële wereld en onderworpen is aan de wetmatigheden van de stof. Allereerst is het een 'subjectief lichaam' dat het subject incarneert en dat dus als doorleefd lichaam zodanig door de zingevingsdynamiek van het subject is getekend dat het ook zélf subject is.⁵⁰ Bovendien is het lichaam van een persoon de onontbeerlijke

⁴⁷ L. Janssens, *Personalisme en Democratisering*, Brussel, Arbeiderspers, 1957, p. 82.

⁴⁸ L. Janssens, *Personalisme en Democratisering*, Brussel, Arbeiderspers, 1957, p. 86; L. Janssens, 'Artificial Insemination. Ethical Considerations', in: *Louvain Studies* 8, 1980-81, 3-29, p. 5.

⁴⁹ L. Janssens, 'Artificial Insemination. Ethical Considerations'. In: *Louvain Studies* 8, 1980-81, 3-29, p. 5-6.

⁵⁰ R. Burggraeve, 'Het holistisch personalisme van Magister "Lowieke" Janssens', in: *Acta Medica Catholica* 71, 2002, 15-22, p. 18.

bemiddeling van de verhouding tot andere personen, of zoals Janssens zegt het is “de brug waarover onze liefde de andere pas werkelijk kan bereiken”.⁵¹

De persoon maakt deel uit van de materiële wereld

Omdat personen lichamelijk zijn, hebben ze ook behoefte aan de dingen van de wereld.⁵² Als bezielde stof deelt het lichaam in het persoon-zijn, maar precies omdat het stoffelijk is, blijft het steeds een stuk van de wereld, onderworpen aan de fysische wetten die de stof beheersen. De ontplooiing van de persoon komt enkel tot stand in en door de openheid naar en het actief contact met de dingen van de wereld.

De persoon is wezenlijk op andere personen betrokken

De persoon is fundamenteel gerelationeerd en staat steeds in relatie tot andere personen. Verwijzend naar de filosofie van Martin Buber stelt Janssens dat een mens slechts mens wordt in contact met andere personen. Het is in deze wezenlijke zin dat mens-zijn steeds betrekking heeft op medemens-zijn.⁵³ Een persoon staat steeds in dialoog – in de volle zin van het woord – met andere personen: naast zichzelf verschijnt onmiddellijk de ander als een ‘*alter ego*’, iemand die ook nadenkt, voelt, vrij is en openstaat voor de realiteit van waarden. Het is in de onvermijdelijke interpersoonlijke dialoog dat de persoon leert dat de ander een subject is en deze bijgevolg als een ‘even-naaste’ moet bejegenen. Dit besef sluit een eis van wederkerigheid in: de ander is geen middel of object, maar moet worden benaderd als een oorspronkelijkheid en een onvervangbaar subject. De (h)erkenning van de andere als ‘even-naaste’ houdt tevens in dat de ander in zijn of haar persoonlijke originaliteit dient te worden ontwikkeld.

De persoon maakt deel uit van een groter sociaal geheel

Net zoals een persoon fundamenteel is aangewezen op andere personen is elke persoon aangewezen op een groep of een gemeenschap van personen. De mens is voor de ontwikkeling van bepaalde typisch menselijke kwaliteiten en eigenschappen (bijvoorbeeld taal) afhankelijk van een gemeenschap. Zonder deze

⁵¹ L. Janssens, *Personalisme en Democratisering*, Brussel, Arbeiderspers, 1957, p. 88.

⁵² L. Janssens, ‘Artificial Insemination. Ethical Considerations’, in: *Louvain Studies* 8, 1980-81, 3-29, p. 7-8.

⁵³ L. Janssens, *Personalisme en Democratisering*, Brussel, Arbeiderspers, 1957, p. 34; L. Janssens, ‘Artificial Insemination. Ethical Considerations’, in: *Louvain Studies* 8, 1980-81, 3-29, p. 8-9.

afhankelijkheid en de relatie tot een ‘wij’ kan een persoon zich nooit als persoon ontwikkelen.⁵⁴ Het gaat hierbij niet alleen om kleinere sociale gehelen zoals gezinnen en families, maar ook om grotere structuren en instellingen, zoals een staatsvorm, politiek beleid, rechtspraak, onderwijs, gezondheidszorg, enzovoort. Door op te groeien in een specifiek menselijk milieu is de persoon van meet af aan beïnvloed door een groter sociaal geheel, maar om zich als persoon te handhaven kan een mens ook niet zonder dit geheel.

De persoon staat in relatie tot God

Het fundamenteel gerelationeerd-zijn van de menselijke persoon beperkt zich niet tot de gerichtheid naar andere personen en naar een gemeenschap, maar is ook altijd meteen een openheid naar God.⁵⁵ In Janssens expliciete christelijk-religieuze taalgebruik is de persoon ‘geschapen’ naar Gods beeld en gelijkenis’. In de christelijke optiek is God drie-in-één – één God in drie personen – en dus wezenlijk relationeel: God *is* vader, zoon en geest. Als de mens beeld van God is, betekent dit dus dat ook de menselijke persoon een relationeel wezen is. Beeld Gods zijn houdt echter vooral ook een taak en een opdracht in: om zijn gelijkenis met God te realiseren, is de mens afhankelijk van relaties van anderen. De mens is als persoon een relationeel wezen, maar wordt pas tenvolle persoon als hij zich realiseert in relaties met andere personen.

De persoon is een historisch wezen

Het actief ontwikkelen van de persoon naar het ‘beeld Gods’ dat de persoon in zich draagt, is steeds getekend door de tijd: het menselijk leven is een opeenvolging van verschillende fasen, waarbij elke fase gekenmerkt wordt door specifieke mogelijkheden. Verwijzend naar de ontwikkelingspsychologie van Erik Erikson stelt Janssens dat het de taak is van elke persoon om deze mogelijkheden doorheen zijn bestaansgeschiedenis te grijpen en te ontwikkelen in de richting van integriteit en wijsheid.⁵⁶ De levensloop dient om zijn persoon-zijn te realiseren.

⁵⁴ L. Janssens, *Personalisme en Democratisering*, Brussel, Arbeiderspers, 1957, p. 45; L. Janssens, ‘Artificial Insemination. Ethical Considerations’, in: *Louvain Studies* 8, 1980-81, 3-29, p. 9.

⁵⁵ L. Janssens, *Personalisme en Democratisering*, Brussel, Arbeiderspers, 1957, p. 22; L. Janssens, ‘Artificial Insemination. Ethical Considerations’, in: *Louvain Studies* 8, 1980-81, 3-29, p. 9.

⁵⁶ L. Janssens, ‘Artificial Insemination. Ethical Considerations’, in: *Louvain Studies* 8, 1980-81, 3-29, p. 10-11.

De persoon is fundamenteel gelijk aan andere personen, maar is ook uniek

Personen zijn fundamenteel gelijk: alle personen delen in dezelfde ‘*condition humaine*’, allen dragen een waardigheid in zich die niet voortkomt uit wat zij verwezenlijken, maar die zij bezitten als persoon. Tegelijk is elke persoon een oorspronkelijkheid, een persoonlijke en onvervangbare innerlijkheid.⁵⁷ Opnieuw haalt Janssens de ontwikkelingspsychologie aan die erop wijst dat ieder zijn individueel temperament heeft (wijze van ageren en reageren), zijn eigen aanleg of capaciteiten (het instrumentarium van zijn handelen), zijn eigen strevingen (de dynamische bron van zijn gedragingen) en dat ieder in wisselwerking met zijn socio-culturele milieu, ontwikkelt tot een unieke, originele persoonlijkheid met een eigen karakter.⁵⁸ Kortom, alle personen zijn fundamenteel gelijk omdat allen delen in dezelfde menselijke natuur, maar elkeen is een originaliteit wegens zijn eigen constitutie, temperament, capaciteiten en strevingen.

2.2. *Joseph Sellings herijking van het Leuvense personalisme*

Herschikking van de acht componenten van de menselijke persoon

In Janssens’ acht componenten van de menselijke persoon ‘adequaat beschouwd’ bestaat geen strikte hiërarchie. Er kan, kortom, geen rangschikking worden aangebracht in de componenten, want dat zou resulteren in een uit evenwicht gebrachte antropologie. Zonder de onderlinge verbondenheid van de verschillende componenten of dimensies uit het oog te verliezen, kunnen niettemin bepaalde klemtonen worden gelegd. Bijvoorbeeld kan een andere wijze van rangschikken een specifieke nadruk leggen op bepaalde componenten. Dit is precies wat de Leuvense moraaltheoloog Joseph Selling, als leerling van Janssens, in zijn interpretatie van Janssens doet. Om tegenwicht te bieden tegen de op vandaag dominante individualistische voorstelling van de menselijke persoon, beklemtoont Selling de eerder ‘relationele’ componenten van de menselijke persoon. Hij schrijft:

Janssens verwijst naar de acht ‘blijvende dimensies’ van de menselijke persoon, beginnende met de beschrijving van de menselijke persoon als subject, een bewuste innerlijkheid. In mijn eigen ‘herformulering’ van deze dimensies, wijzig ik deze volgorde van voorstellen zodat de ‘subjectiviteit’ slechts op de zesde plaats verschijnt. Ik heb dat

⁵⁷ L. Janssens, *Personalisme en Democratisering*, Brussel, Arbeiderspers, 1957, p. 35.

⁵⁸ L. Janssens, ‘Artificial Insemination. Ethical Considerations’, in: *Louvain Studies* 8, 1980-81, 3-29, p. 12-13.

gedaan om de westerse filosofische vooringenomenheid ten aanzien van het subject te neutraliseren.⁵⁹ (Onze vertaling)

Met deze ‘herformulering’ van Janssens maakt Selling duidelijk dat de kern van wat het betekent om menselijke persoon te zijn, bij de relationaliteit ligt. Anders dan Janssens, begint Selling de voorstelling van de componenten van de menselijke persoon met alle componenten die betrekking houden op relationaliteit: “*the human person stands in relation to everything, to the whole of reality, to the material world, and to (groups of) other persons*”. Pas daarna komen de componenten die eerder de individualiteit benadrukken: “*the human person becomes a conscious interiority (a subject), the human person is a corporeal subject, the human person is unique*”.⁶⁰

Dat Selling de menselijke persoon in de eerste plaats benoemt als ‘relationeel’ heeft ook te maken met de eigen aard van het personalisme. Personalisme is als een filosofische en ethische theorie fundamenteel fenomenologisch van aard: zij baseert zich op de resultaten van observatie van en participatie aan de realiteit.⁶¹ In een personalistisch perspectief wordt er niet aangekeken *tegenover* de wereld of gesproken *over* de realiteit, alsof de dingen gescheiden zijn van onszelf. Precies dit fenomenologisch standpunt brengt Selling tot de bevinding dat de menselijke persoon allereerst relationeel is van aard:

Vanuit een expliciet fenomenologisch standpunt, observeren we dat een adequaat en integraal begrip van de menselijke persoon erkent dat de persoon altijd persoon-in-relatie is. De menselijke persoon staat in relatie tot alles, we zouden zelfs kunnen zeggen tot de ‘totaliteit van de werkelijkheid’. In een bepaald opzicht kan van deze observatie worden gezegd dat ze de kern uitmaakt van persoon-zijn, want het toont het engagement aan van elk facet van onze ervaring. We staan in relatie tot de werkelijkheid, niet alleen fysiek, maar ook intellectueel, emotioneel, sociaal als spiritueel.⁶² (Onze vertaling)

⁵⁹ “Janssens refers to eight ‘continuous dimensions’ of the human person, beginning with the description of the person as subject, a conscious interiority. In my own ‘restatement’ of these dimensions, I change the order of presentation so that subjectivity appears only in the sixth position. I have done this in order to counteract the Western philosophical prejudice toward the subject”. Cf. J. Selling, ‘Is a Personalist Ethic Necessarily Anthropocentric?’, in: *Ethical Perspectives* 6 (1), 1999, 60-66, p. 61-62.

⁶⁰ Selling beklemtoont: “I have constructed this pattern in a way that I hope will correct the Western bias toward exalting subjectivity as the ‘most important’ aspect of what it means to be human”. Cf. J. Selling, ‘The Human Person’, in: B. Hoose (ed.), *Christian Ethics. An Introduction*, London, Cassell, 1998, 95-109, p. 99.

⁶¹ J. Selling, ‘Is a Personalist Ethic Necessarily Anthropocentric?’, in: *Ethical Perspectives* 6 (1), 1999, 60-66, p. 61.

⁶² “From an explicitly phenomenological point of view, we observe that an adequate and integral understanding of the human person recognizes that person is always person-in-relation. The human person stands in relation to everything, one could even say to the ‘totality of reality’. In one sense,

De ‘herijking’ van Janssens’ personalisme in de richting van een ‘relationaliteit voorop’, trekt Selling consequent door naar zijn benadering van de component ‘de menselijke persoon adequaat beschouwd als bewuste innerlijkheid of subject’. Hij schrijft:

Volgens sommigen is onze ‘bewuste innerlijkheid’ – het feit dat de menselijke persoon adequaat beschouwd een subject is – het voornaamste brandpunt voor het bepalen van wat de menselijke persoon is. Het is echter moeilijk om de menselijke subjectiviteit voor te stellen zonder de ervaring dat deze tot maturiteit komt doorheen groei. We ontwikkelen geen ‘zelf’ in een vacuüm, want elk zelf is cultureel, historisch, gesitueerd in termen van relaties tot andere ‘zelden’, met de grote wereld en met het transcendent. (...) Daarom situeren we de bewuste innerlijkheid van de persoon in die eigenlijke verhouding tot alle andere dimensies van de menselijke persoon adequaat beschouwd.⁶³ (Onze vertaling)

Voor Selling is het duidelijk dat er geen sprake kan zijn van een subject zonder relationaliteit. Het is door interactie met anderen dat mensen hun eigen subjectiviteit ontwikkelen. Zelfs voordat er sprake is van een ‘ik’, maakt dit ‘ik’ al deel uit van de gemeenschap van ouders, familie en vrienden. Een ‘individualistische ethiek’ is dan ook incongruent met het menselijk bestaan. Met zijn ‘herformulering’ van Janssens’ personalisme verstevigt Selling de ‘relationele fundering’ van de personalistische benadering. Daarom kunnen we wezenlijk spreken van een ‘herijking’, zelfs van een ‘radicalisering’ van het Leuvense personalisme.

Het Leuvense personalisme en zorgethiek

Door het voorop plaatsen van de relationaliteit, benadrukt Selling dat de persoon niet in de eerste plaats een ‘subject’ wordt dat vervolgens in relatie treedt, maar dat er eerst de relaties zijn waardoor het subject tot ontwikkeling komt. Relationaliteit gaat met andere woorden niet terug op de vrije keuze van het

this observation might be said to constitute the core meaning of personhood, for it indicates the engagement of every facet of our experience. We stand in relation to reality, not merely physically but intellectually, emotionally, socially and spiritually as well”. Cf. J. Selling, ‘The Human Person’, in: B. Hoose (ed.), *Christian Ethics. An Introduction*, London, Cassell, 1998, 95-109, p. 101.

⁶³ “According to some, our conscious interiority, the fact that the human person, adequately considered, is a subject, may be said to be the primary focal point for defining the human person itself. At the same time, it is difficult to conceive of human subjectivity without the experience that comes through growth toward maturity. One does not develop a ‘self’ in a vacuum, for each self is cultural, historical, situated in terms of its relation with other selves, with the world at large and with the transcendent. (...) Thus we situate the conscious interiority of the person in its proper relation with all the other dimensions of the human person, adequately considered”. Cf. J. Selling, ‘The Human Person’, in: B. Hoose (ed.), *Christian Ethics. An Introduction*, London, Cassell, 1998, 95-109, p. 105.

subject, maar gaat er precies aan vooraf als voorwaarde en oriëntatie van die vrije keuze. Het individu is als zodanig steeds een abstractie: van een 'ik' is slechts sprake vanuit een wezenlijke gerichtheid op een 'jij' en een 'wij'. Dankzij het nieuwe 'elan' dat Selling aan het Leuvense personalisme geeft, wordt het mogelijk om een verwantschap te zien met zorgethiek. Kenmerkend voor zorgethiek is dat zij steeds haar uitgangspunt neemt in een relationele mensopvatting. Zorgethiek vertrekt immers van de opvatting dat zorg een grondgegeven is in het menselijk bestaan, een heel menselijke wijze om zich in het bestaan te handhaven, en wel een wijze die mensen fundamenteel 'inweeft' in een netwerk van relaties.⁶⁴ Mensen worden wie ze zijn door in relatie te staan met anderen die zorg voor hen opnemen. Zo vat Ruth Groenhout dit uitgangspunt goed samen wanneer ze schrijft:

Elk van ons ontving als kind uitgebreid zorg; bij velen van ons bleef de nood aan fysieke zorg als we groeiden in rijpheid en leeftijd; de meesten van ons zullen verschillende soorten van fysieke en sociale zorg nodig hebben wanneer we het einde van ons leven naderen. Verder is het onwaarschijnlijk dat we zonder de zorgende relaties die – bijvoorbeeld – goed onderricht kenmerken, elke intellectuele of professionele groei zouden hebben bereikt.⁶⁵ (Onze vertaling)

De wijze waarop de mens in dit zorgethische uitgangspunt verschijnt, vertoont verwantschap met het relationele beeld dat we in de personalistische benadering terugvinden. Het personalisme zet in de verf dat de mens van bij de geboorte in een relationeel netwerk van mensen terecht komt en in zijn ontwikkeling dit netwerk verder uitbouwt. Zorgethiek benadrukt dat binnen dit netwerk zorgrelaties niet alleen de meest hechte relaties vormen, maar ook de meest fundamentele. Het relationele mensbeeld dat hieraan ten grondslag ligt, vindt aanknopingspunten in het relationele mensbeeld zoals dat in het Leuvense personalisme wordt geëxpliciteerd.⁶⁶

⁶⁴ B. Fisher & J. Tronto, 'Toward a Feminist Theory of Caring', in: E.K. Abel & M.K. Nelson (ed.), *Circles of Care. Work and Identity in Women's Lives*, Albany (NY), State University of New York Press, 1990, 35-62, p. 40; J. Tronto, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, New York, 1993, p. 103.

⁶⁵ "All of us received extensive care as infants; many of us continue to need physical care as we grow, mature and age; most of us will need various types of physical and social care as we approach the end of our lives. Further, without the caring relationships that mark, for example, good teaching, we would have been unlikely to reach any sort of intellectual or professional growth". Cf. R.E. Groenhout, *Theological Echoes in an Ethic of Care*, Notre Dame (IN), Occasional Papers of the Erasmus Institute, 2003, p. 4-5.

⁶⁶ Dit wordt zondermeer duidelijk wanneer Groenhout in haar status questionis van zorgethiek schrijft: "Humans do not begin with rational and intellectual distance from others, recognize the advantages inherent in forming some sort of social contract, and so agree, influenced by pure,

Het resoneren van het mensbeeld van het door Selling herijkte Leuvense personalisme met het mensbeeld dat we in de zorgethische benadering terugvinden, biedt vooral voordelen voor deze laatste. In Sellings herijking van het personalisme wordt de relationele dimensie van de menselijke persoon voorop gesteld. Door de relationele dimensie van de menselijke persoon voorop te stellen, bouwt Selling in feite een brug tussen het personalisme enerzijds en de zorgethiek anderzijds. Ook de antropologie van zorgethiek beschouwt de mens primair als een fundamenteel relationeel wezen dat steeds in verbondenheid met anderen dient te worden benaderd.

In zijn ‘herformulering’ van het Leuvense personalisme benadrukt Selling ook de sociale component van de menselijke persoon. Het noopt hem tot het ‘inadequaat’ verklaren van elke zogenaamde ‘individualistische ethiek’ waarbij de sociale component of het ‘gemeenschapselment’ onvoldoende wordt verdisconteerd. Ook op dit punt maakt Selling in feite een opening naar de zorgethiek. Het is vooral de sociologe Joan Tronto die zorg dieper heeft doordacht als een sociaal en politiek concept. Zij stelt niet alleen dat zorg een basale activiteit is in het menselijk leven, maar ze benadrukt ook dat zorg steeds betrekking heeft op machtverhoudingen, vaak in een politiek verband. Zij benadrukt dat een ethisch denken over zorg alleen baat kan hebben wanneer ook deze sociaal-politieke dimensie mee in rekening wordt genomen.⁶⁷ Vanuit Sellings herschikking wordt de mogelijkheid geboden om dit inzicht – met name de sociaal-politieke dimensie van zorg – ook een ethische fundering te geven, met name door het te wortelen in de personalistische antropologie waarin de sociaal-relatieve dimensie van de persoon voorop staat.

3. De persoon ‘adequaat beschouwd’ als normatieve basis van zorg

We willen zorg oriënteren naar de antropologie van het Leuvense personalisme die we met Selling hebben geradicaliseerd en uitgediept. Niet alleen werpen we hiermee een bepaald licht op wat het concept zorg inhoudt, maar ook op wat de *waarde* ervan kan zijn en hoe belangrijk die waarde is ten opzichte van andere waarden. Allereerst duiden we ‘de menselijke persoon adequaat beschouwd’ als richtinggevend voor zorg. We betreden hiermee het normatieve

self-interested reason, to create rules that apply equally to all. Instead, humans find themselves in the midst of unchosen relationships”. Cf. R.E. Groenhout, *Theological Echoes in an Ethic of Care*, Notre Dame (IN), Occasional Papers of the Erasmus Institute, 2003, p. 17.

⁶⁷ J. Tronto, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York (NY)/London, Routledge, 1993.

niveau van de context. Ten tweede illustreren we hoe het personalistische mensbeeld een normatieve basis kan leggen voor zorg op het niveau van een funderende antropologie door waardigheid te benoemen als doel van zorg. We illustreren dit door – ten derde – aan te tonen dat het verbod ‘Gij zult niet doden’ een normatieve ondergrens vormt van zorg.

3.1. *De menselijke persoon als richtinggevend voor zorg*

Aan de hand van het relationele mensbeeld van het personalisme wordt duidelijk gemaakt hoe zorg bepalend is voor de ontwikkeling van het concrete individu. Het personalistische mensbeeld geeft aan dat een persoon zichzelf ontdekt in relaties met anderen; een persoon is sociaal van bij het begin van zijn bestaan en wordt subject precies in sociale verbondenheid.⁶⁸ Zorg vervult binnen deze verbondenheid een specifieke rol: zorg is gericht op de capaciteiten en vermogens van individuen en de ontwikkeling ervan. Bijgevolg wordt duidelijk dat zorg helemaal niet in tegenspraak is met vitaliteit, groei, beweging, autonomie. Wel integendeel, zorg beoogt precies de groei en de autonomie van de ander. Doel van zorg is het ‘persoon-zijn’ – of beter: het ‘persoon-worden’ – van de ander.

Het menselijk bestaan kenmerkt zich als een kwetsbaar bestaan. Omdat mensen – zoals we in het personalisme benadrukt zien – wezenlijk een lichaam zijn en getekend zijn door behoeftigheid, is het persoon-worden van mensen lichamelijk, materieel van aard.⁶⁹ Zorg is cruciaal voor dit wordingsproces en dus allereerst gericht op fysieke behoeftigheid, kenmerkend voor begin en einde van het menselijk bestaan. Toch geldt voor alle levensfasen dat zorg primair gericht dient te zijn op het tegengaan van de invloeden die de ontwikkeling in gevaar brengen en op het scheppen van de positieve condities waarin mensen zich kunnen ontwikkelen tot zelfbewuste personen. Echter, precies omwille van deze primaire gerichtheid zal zorg in elke relatie anders zijn en nooit kunnen worden gemodelleerd naar één bepaald ‘zorgmodel’.⁷⁰ Zo spreekt het voor zich

⁶⁸ L. Janssens, *Personalisme en Democratisering*, Brussel, Arbeiderspers, 1957, p. 34; L. Janssens, ‘Artificial Insemination. Ethical Considerations’, in: *Louvain Studies* 8, 1980-81, 3-29, p. 8-9; J. Selting, ‘The Human Person’, in: B. Hoose (ed.), *Christian Ethics. An Introduction*, London, Cassell, 1998, 95-109.

⁶⁹ L. Janssens, *Personalisme en Democratisering*, Brussel, Arbeiderspers, 1957, p. 88; L. Janssens, ‘Artificial Insemination. Ethical Considerations’, in: *Louvain Studies* 8, 1980-81, 3-29, p. 5-6; J. Selting, ‘The Human Person’, in: B. Hoose (ed.), *Christian Ethics. An Introduction*, London, Cassell, 1998, 95-109.

⁷⁰ J. Vorstenbosch, *Zorg. Een filosofische analyse*, Amsterdam, Nieuwezijds, 2005, p. 103-104.

dat de zorg voor ouderen een volstrekt andere invulling moet krijgen dan de zorg voor kinderen. Bovendien zal bijvoorbeeld de zorg voor een specifieke oudere in een specifieke zorgrelatie van een andere aard zijn – en dus een andere invulling krijgen – dan de zorg voor een andere oudere in een andere context.

Het zijn precies de eigen aard en oorsprong van de relaties, het specifieke karakter van de waarden waarop ze gebaseerd zijn en de telkens concrete, historische en particuliere wijze waarop ze door personen worden geïnterpreteerd en van de personen inhoud krijgen, die de dynamiek en de inhoud van zorg zullen uitmaken. Dit is bij uitstek het normatieve niveau van de context: de normativiteit van zorg wordt hier gesitueerd op het niveau van de context waarin de zorg zich verwerkelijkt. Ons persoon-zijn verwerkelijkt zich immers altijd in een tijd-ruimtelijke dimensie, zo benadrukt het personalisme.⁷¹ Bijgevolg is zorg – wezenlijk gericht op het ‘persoon-zijn’ van de ander – al evenmin een statisch gebeuren. Het is kenmerkend voor goede zorg dat ze aandacht heeft voor de eigenheid van en de gecontextualiseerde wijze waarop de ontwikkeling van capaciteiten en vermogens van degene waarop ze zich richt verloopt, en dat ze gevoelig is voor de unieke gelaagdheid, complexiteit en dynamiek van dit ontwikkelingsproces. In deze zin vertrekt zorg van het appèl om op een concrete, verantwoordelijke, betrokken manier gevoelig te zijn voor het (nood)lot van de ander.⁷²

Vanuit het personalisme is duidelijk dat het ethisch criterium om zorgpraktijken te evalueren het volgende is: goede zorg is zorg die gericht is op de capaciteiten en vermogens van individuen en de ontwikkeling ervan. De vraag dient zich echter aan of zorg hiermee voldoende normatief gefundeerd is. Wat met de zorg voor personen bij wie elk uitzicht op het ontwikkelen van capaciteiten en vermogens ontbreekt, zoals bijvoorbeeld zwaar mentaal gehandicapte personen en personen met dementie? En wat is het ijkpunt van zorg voor personen bij wie zelfs geen merkbaar zelfbewustzijn aanwezig is? Deze vragen kunnen vanuit het normatieve niveau van de context onvoldoende worden beantwoord.

3.2. *De geïncarneerde waardigheid van de menselijke persoon als doel van zorg*

Vanuit de antropologie van het Leuvense personalisme is een persoon meer dan de optelsom van rationele capaciteiten (zoals de capaciteit tot denken) en

⁷¹ L. Janssens, ‘Artificial Insemination. Ethical Considerations’, in: *Louvain Studies* 8, 1980-81, 3-29, p. 10-11; J. Selling, ‘The Human Person’, in: B. Hoose (ed.), *Christian Ethics. An Introduction*, London, Cassell, 1998, 95-109.

⁷² J. Vorstenbosch, *Zorg. Een filosofische analyse*, Amsterdam, Nieuwezijds, 2005, p. 109-110.

vermogens (zoals het vermogen tot verbale communicatie). Ook mensen zonder zelfbewustzijn zijn personen en dit ‘persoon-zijn’ blijkt uiteindelijk gelegen in de lichamelijkheid van deze mensen. Het lichaam participeert immers op fundamentele wijze aan het subject-zijn van de persoon, zo maakt het personalisme duidelijk. Met de aanduiding van de persoon als ‘*esprit incarné*’ geeft Janssens aan dat het subject-zijn van de persoon zich manifesteert in datgene wat tegelijk het meest unieke, maar ook in zekere zin het meest kwetsbare lijkt te zijn aan ons persoon-zijn, met name onze lichamelijkheid. Precies in de kwetsbaarheid die met onze lichamelijkheid gepaard gaat, is er een gemeenschappelijk element: personen hebben gemeen dat ze hun mentale en fysieke gezondheid kunnen verliezen.

Van Heijst verwijst naar de theoloog Paul Valadier die de kwetsbaarheid van de menselijke persoon aanstipt als het uitgangspunt van zorg: het respect en de zorg voor de misvormde menselijkheid wordt gewekt door de toestand van *onwaardigheid* waarin de zieke of gewonde ander verkeert.⁷³ Meer nog dan kwetsbaarheid als de potentiële mogelijkheid van ziekte en het gekwetst kunnen worden, staat het gekwetst of ziek zijn zelf centraal. Precies daar waar bij de mens zijn rationele en fysieke capaciteiten en vermogens ontbreken, daar vindt zorg haar oorsprong. Valadier verwijst naar de parabel van de Barmhartige Samaritaan (Lc 10, 25-37) om dit te illustreren: het is het zien van het ontredderd mens-zijn en van het heel fysieke gekwetst-zijn (de wonden) van de overvallen reiziger langs de weg, dat de eerbied en de zorg bij de Samaritaan wordt gewekt. Het is ook in de interpersoonlijke omgang met het gekwetste lichaam dat het lichaam van de gewonde ander meer blijkt te zijn dan ‘louter lichaam’ – een combinatie van organen, spierbewegingen, of wat dan ook: het lichaam reveleert zich als *eerbiedwaardig*.⁷⁴ Hiermee geeft Valadier meteen aan wat het doel is van de zorgzame interactie tussen de noodlijdende en degene die de zorg biedt, met name het realiseren van ‘waardigheid’. In het proces van zorgen erkent de Samaritaan het persoon-zijn van de ander en laat hij zich erkennen als persoon: in het zorgproces wordt de waardigheid gerealiseerd zowel van degene die ze geeft als van degene die ze ontvangt. Van Heijst benadrukt dat er niet alleen de gewonde reiziger is wiens waardigheid wordt veilig gesteld door de Samaritaan, er is ook de waardigheid van de Samaritaan zelf. Ze wijst erop dat Valadier beide manifestaties van waardigheid als

⁷³ A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen, Klement, 2005, p. 251 e.v.; P. Valadier, ‘De persoon in zijn onwaardigheid’, in: *Concilium* 2, 2003, 53-60.

⁷⁴ H. De Dijn, *Taboes, monsters en loterijen. Ethiek in de laat-moderne tijd*, Kapellen/Kampen, Pelckmans/Klement, 2003, p. 46.

verweven ziet: de persoon eert zichzelf als hij het persoon-zijn van de ander eert.

Valadiers interpretatie van de parabel van de Barmhartige Samaritaan wijst uit dat waardigheid geen eigenschap is die eigen is aan de persoon in zijn bijzonderheid, maar wel een relatie is: waardigheid manifesteert zich in de daad waardoor wij ons op de ander richten om hem te beschouwen als persoon, evenzeer als persoon, ook al getuigt de schijn van een niet-menselijk zijn, of zelfs van onmenselijkheid.⁷⁵ Deze wezenlijke betrokkenheid op de kwetsbare situatie waarin de ander zich bevindt is kenmerkend voor het Leuvense personalisme: mensen zijn betrokken op elkaar en in deze betrokkenheid staat het persoon-zijn centraal. Tot op bepaalde hoogte kan men deze betrokkenheid interpreteren vanuit de idee van symmetrie en reciprociteit. Zo zijn mensen voor hun persoon-zijn aangewezen op elkaar, omdat iedereen wel weet dat wij allen elkaar nodig hebben. Toch volstaat dit niet om zorg in zijn volledigheid te kunnen denken. Immers, wat te denken van onze zorg voor mensen die zorgafhankelijk zijn in asymmetrische zin? Met andere woorden, voor mensen bij wie elk uitzicht op een normale, zorgonafhankelijke gezondheidstoestand ontbreekt, zoals bijvoorbeeld zwaar mentaal gehandicapte personen en personen met dementie. Met de idee van *'esprit incarné'* maakt het personalisme duidelijk dat de intermenselijke betrokkenheid in de zorg niet louter rationeel en niet louter symmetrisch mag worden gedacht. Zorg moet geduid worden binnen deze wezenlijke betrokkenheid op de kwetsbaarheid van de ander. Het is in de zorg dat waardigheid wordt gerealiseerd.⁷⁶

Zorg is een vorm van het erkennen van het persoon-zijn van de ander, opgevat als *'esprit incarné'*. Zorg is niet afgeleid van rationele overwegingen, maar

⁷⁵ P. Valadier, 'De persoon in zijn onwaardigheid', in: *Concilium* 2, 2003, 53-60, p. 59. Geciteerd in: A. van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen, Klement, 2005, p. 253.

⁷⁶ Het is interessant om te constateren dat ook buiten de traditie van het personalisme de piste van de *'esprit incarné'* wordt verdedigd. Zo zien we dat er in de hedendaagse rechtvaardigheidsfilosofie, met name in het denken van Eva Kittay en Martha Nussbaum, sterk voor wordt gepleit om de eenzijdig rationalistisch-Kantiaanse opvatting van menswaardigheid te vervangen door de interpretatie die onze rationaliteit begrijpt als zijnde ingebed in onze lichamelijkeheid. Immers, onze lichamelijke toestand is fundamenteel bepalend voor onze rationele vermogens. Dit impliceert ook dat we intersubjectiviteit niet mogen begrijpen als een louter rationeel proces (bijvoorbeeld denken, communiceren in woorden), maar dat ook onze lichamelijkeheid hierin een belangrijke rol speelt (bijvoorbeeld door onze lichaamstaal). Zie M. Nussbaum, *Grensgebieden van het recht. Over sociale rechtvaardigheid*, Amsterdam, Ambo, 2006; E. Kittay, *Love's Labor. Essays on Women, Equality and Dependency*, New York, Routledge, 1999.

vertrekt van het respecteren van de waardigheid van de ander en het zien van de ander als persoon, ondanks – eigenlijk net dankzij – zijn onwaardige verschijning. Het is de situatie van kwetsbaarheid van de andere persoon die ons oproept tot het opnemen van zorg voor deze ander. Zorg wordt hier geduid als een verantwoordelijkheidspraktijk, waarin de verschillende betrokkenen verantwoordelijkheid opnemen in een proces van reageren op kwetsbaarheid.⁷⁷ Net bij mensen wiens rationele capaciteiten en vermogens minimaal zijn en wiens fysieke of lichamelijke kwetsbaarheid het grootst is – zoals zwaar mentaal gehandicapten en zwaar dementerende personen – verschijnt zorg als de wijze waarop een ander zich met hen verbindt als persoon en hen bejegt als persoon. Deze bejegening zal zich soms uitdrukken in de heel fysieke zorg voor het lichaam – zoals in de parabel van de barmhartige Samaritaan wordt geïllustreerd.

3.3. ‘Gij zult niet doden’ als normatieve ondergrens van zorg

Voor zorg kan het verbod ‘Gij zult niet doden’ worden geduid als de normatieve ondergrens.⁷⁸ Zo kunnen we stellen dat wie niet in staat is om de ander te zien als ‘*esprit incarné*’ of wie zich het lot van de ander helemaal niet aantrekt, zich schuldig maakt aan schending van de menselijke waardigheid.⁷⁹ In dat geval onttrekt deze persoon zich aan het appèl dat uit de ontmoeting met de ander voortkomt, met name het appèl om zorg voor de ander op te nemen en dus om zich op een concrete, verantwoordelijke manier het (nood)lot van de ander aan te trekken. Het verbod wijst ook op de mogelijkheid van geweld in de zorgrelatie, met name wanneer de ander niet meer als ‘persoon adequaat beschouwd’ wordt bejegend, maar wordt gereduceerd tot wat de zorgverlener van hem kan gebruiken. Concreet zou dit kunnen neerkomen op de reductie van de ander tot zijn ziektebeeld. Net als de mogelijkheid de ander aan zijn lot over te laten, loopt ook deze reductiepoging in zijn extreme vorm uit op de ontkenning van de ander, waarvan de moord op de ander de fysieke incarnatie is.⁸⁰

⁷⁷ M.U. Walker, *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics*, New York/London, Routledge, 1998.

⁷⁸ R. Burggraeve, ‘Violence and the Vulnerable Face of the Other. The Vision of Emmanuel Levinas on Moral Evil and Our Responsibility’, in: *Journal of Social Philosophy* 30 (1), 1999, 29-45.

⁷⁹ H. De Dijn, *Taboes, monsters en loterijen. Ethiek in de laat-moderne tijd*, Kapellen/Kampen, Pelckmans/Klement, 2003, p. 46.

⁸⁰ R. Burggraeve, ‘Violence and the Vulnerable Face of the Other. The Vision of Emmanuel Levinas on Moral Evil and Our Responsibility’, in: *Journal of Social Philosophy* 30 (1), 1999, 29-45, p. 31.

Op het ogenblik dat de zorgverlener ertoe wordt aangetrokken om de ander aan zijn lot over te laten of hem te reduceren tot 'neutrale informatie', beseft hij dat wat hij kán eigenlijk niet mag. Hij beseft dat hij zich schuldig maakt aan een schending van de waardigheid van de ander en dat hij de ander 'doodt'. Het verbod 'Gij zult niet doden' dat uitgaat van de kwetsbaarheid van de ander, bezorgt de zorgverlener echter een schroomvolle terughoudendheid: de ander moet als persoon, dit is als een intrinsieke en onherleidbare waarde worden gerespecteerd. Het verbod roept de zorgverlener op tot verantwoordelijkheid voor de ander. In eerste instantie slaat deze verantwoordelijkheid op een handeling die *niet* mag worden gesteld. Positief uitgedrukt komt het gebod 'gij zult eerbied hebben voor het leven' in perspectief: de opdracht tot respect voor de ander. Dit respect uit zich in onze zorg, minimaal uitgedrukt in een elementaire beleefdheid, namelijk in respect voor de mens in zijn identiteit, in zijn lichamelijke, in zijn privacy, ook (vooral) wanneer het individu zelf niet of nauwelijks tot bewustzijn in staat is.⁸¹ Hier komen ook de positieve kwalificaties in het geding die Tronto met zorg verbindt, met name: aandachtigheid, verantwoordelijkheid, deskundigheid en responsiviteit.⁸² Door 'niet te doden' of geen enkele vorm van geweld te gebruiken, is er nog niet noodzakelijk sprake van deze positieve kwalificaties. De naleving van het verbod niet te doden vormt hiertoe echter wel de voorwaarde. Zorg kan pas ethisch worden gekwalificeerd wanneer de norm 'gij zult niet doden' als ondergrens wordt gerespecteerd.

De zorgopvatting die gebaseerd is op het Leuvense personalisme gaat duidelijk in tegen wat De Dijn een 'sentimentalistische' opvatting van zorg noemt. In een dergelijke opvatting is het centrale doel van zorg: zorgen dat de pijn en het lijden geen kans krijgen en dat iedereen zich goed voelt.⁸³ In de personalistische opvatting van zorg gaat het om veel meer dan louter om het affectief en emotioneel afgestemd zijn op de gevoelens van de andere persoon. Centraal in zorg is de gerichtheid op de waardigheid van de menselijke persoon. De diepste kern van zorgverlening is de bevestiging van en het respect voor de waardigheid van de andere persoon. Dit respect is niet verbonden met bepaalde kwaliteiten waarover deze persoon zou beschikken, met

⁸¹ R. Burggraave, 'Violence and the Vulnerable Face of the Other. The Vision of Emmanuel Levinas on Moral Evil and Our Responsibility', in: *Journal of Social Philosophy* 30 (1), 1999, 29-45, p. 32.

⁸² J. Tronto, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, New York, 1993, p. 106-108.

⁸³ H. De Dijn, *Taboes, monsters en loterijen. Ethiek in de laat-moderne tijd*, Kapellen/Kampen, Pelckmans/Klement, 2003.

zijn capaciteiten, verdiensten of met bepaalde persoonsgebonden kenmerken die nuttig of interessant zouden zijn. De grond voor het respect waar elke persoon recht op heeft, ligt in zijn of haar kwetsbare lichamelijke en in de relatie die we met deze persoon aangaan, ook al wordt deze relatie niet op bewust wijze door de persoon beleefd.

Zorg heeft aldus geen vrijblijvend, maar wel een verplichtend karakter. Zorg kan worden beschouwd als een ethische opgave. Deze opgave wordt niet opgevat als een belasting die van buitenaf wordt opgelegd; het is veeleer een antwoord op een appèl dat van binnenuit wordt aangevoeld. In de zorg drukken mensen een ethisch engagement uit: ze verbinden zich ertoe om aandachtig te zijn voor en om zich actief in te laten met de noden en behoeften van de kwetsbare medemens. Uiteraard zijn er wel grenzen aan deze verplichting of dit engagement om zorg op te nemen. Een eerste grens is dat de zorg zo moet zijn dat zowel de zorgontvanger *als de zorgverlener* zich in zijn persoon-zijn gerespecteerd weet. Zoals gezegd ligt de grond van zorg in de *intersubjectiviteit*, wat betekent dat beide personen elkaar ontmoeten als personen en er dus in de mate van het mogelijke een wederzijdse erkenning plaatsvindt. Deze erkenning houdt verplichtingen van beide kanten in: 'Gij zult niet doden' geldt voor beiden, zowel voor zorgverlener als voor zorgontvanger. Wanneer deze fundamentele wederkerigheid wordt ondermijnd door de zorg, dan kan dit een reden zijn om zorg te weigeren.⁸⁴ Tegelijk betekent dit dat de zorgverlener kan weigeren zorg te verstrekken indien de wilsbekwame zorgontvanger hem niet als persoon respecteert. Ten tweede is de zorg voor de individuele ander steeds begrensd door nog meer anderen die niet kunnen worden uitgesloten van onze zorg zonder schending van het verbod niet te doden. Om recht te doen aan deze 'derden' is de zorg voor de individuele ander begrensd door rechtvaardigheid: er dient te worden geoordeeld, gewikt en gewogen en dit dient te gebeuren op een billijke, evenwichtige, rechtvaardige wijze.⁸⁵

⁸⁴ M. Gunderson, 'Being a Burden. Reflections on Refusing Medical Care', in: *Hastings Center Report* 34 (5), 2004, 37-43.

⁸⁵ R. Burggraave, 'Verantwoordelijkheid voor elkaars verantwoordelijkheid. Antropologisch en ethisch perspectief op hulpverlening', in: S.N. *Preventieve gezondheidszorg*, Diegem, Kluwer, 1997, p. 334. We wijzen hier op een mogelijke brug tussen de zorgethische benadering en de principebenadering van Beauchamp en Childress (2001). Rechtvaardigheid behoort, naast welzijn, niet-schaden en respect voor autonomie tot de vier principes van de principebenadering in de medische ethiek. Zoals we hier benadrukken concretiseert zorg het principe van rechtvaardigheid in concrete relaties en institutionele verbanden. Zorg, in allerlei vormen zoals aandacht, verzorging, hulp en hulpmiddelen, is een goed dat op een rechtvaardige manier verdeeld moet worden. Cf. J. Vorstenbosch, *Zorg. Een filosofische analyse*, Amsterdam, Nieuwezijds, 2005, p. 159.

4. Besluit

In deze bijdrage hebben we gezocht naar een personalistische benadering van zorg. Met de Leuvense personalisten Janssens en Selling hebben we ‘persoon-zijn’ geduid als een intersubjectief en een lichamelijk gebeuren: we worden tenvolle persoon in en door de ontmoeting met andere personen. De menselijke persoon is wezenlijk relationeel: het subject-zijn van de persoon krijgt pas gestalte in en door relaties met andere personen. Dit persoon- worden is ook lichamelijk van aard. Binnen de personalistische antropologie verschijnt zorg als een ontmoeting met de kwetsbare lichamelijkheid van de ander. Zo betreft zorg een appèl waarbij mensen zich op verantwoordelijke wijze elkaars lot aantrekken in een proces van reageren op kwetsbaarheid. De dynamiek en de inhoud van zorg wordt uitgemaakt door de eigen aard en oorsprong van de relatie tussen deze personen, de kwetsbaarheid van deze personen en van de context waarbinnen de zorg gestalte krijgt.

De antropologie van het personalisme heeft ons dichter bij de normatieve kern van ‘goede zorg’ gebracht. Zo is duidelijk geworden dat het bij goede zorg om veel meer gaat dan louter om het affectief en emotioneel afgestemd zijn op de gevoelens van de ander. Vooreerst betreft goede zorg de *concrete* mens (met zijn materiële behoeften) en niet de bestrijding van negatieve gevoelens. Ten tweede is de kwetsbaarheid van de ander het uitgangspunt van goede zorg. Niet bepaalde kwaliteiten waarover deze persoon zou beschikken, niet diens capaciteiten of verdiensten, vormen de grond om ons zorgend met hem te verbinden, maar net de persoon in zijn *onwaardigheid*, namelijk in zijn ‘gekwetst-zijn’. De persoon is niet in de eerste plaats eerbiedwaardig vanwege zijn uitzonderlijke kwaliteiten, zijn edele en verheven kenmerken, maar integendeel net daar waar hij de kenmerken van die verheven status verliest. Waardigheid manifesteert zich in en door de zorgzame ontmoeting tussen de noodlijdende en degene die de zorg biedt. Goede zorg uit zich dan ook in het respect voor personen in hun identiteit en privacy (‘Gij zult niet doden’), ook en vooral wanneer deze personen niet of nauwelijks tot bewustzijn in staat zijn. Verder komt deze zorg ook tot uiting in een respect voor de lichamelijkheid en voor het lichaam van de ander. Zo is vanuit de antropologie van het personalisme duidelijk geworden dat de persoonlijke waardigheid ultiem betrekking heeft op het menselijk lichaam.

Tenslotte hebben we met het personalisme een inhoudelijk criterium ontwikkeld waaraan zorg moet voldoen om als ‘goede zorg’ te worden beschouwd: goede zorg is zorg die de waardigheid van de menselijke persoon in al zijn dimensies bevordert. Vooral de dimensies van intersubjectiviteit en lichamelijkheid treden hier op de voorgrond. Door zorg expliciet te verbinden met een

antropologie die in filosofische zin is uitgewerkt, hebben we een bijdrage geleverd om zorgethiek uit 'het normatieve vacuüm' te halen waarin het volgens critici vertoeft. De personalistische antropologie verschaft ons een instrument waarmee zorgpraktijken vanuit ethisch perspectief kunnen worden geëvalueerd en geoptimaliseerd.

Linus Vanlaere promoveerde tot Doctor in de Godgeleerdheid met een proefschrift over theologisch-filosofisch grondslagenonderzoek inzake zorg. Hij is deeltijds postdoctoraal onderzoeker aan het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht (Faculteit Geneeskunde, KULeuven) en coördinator ouderenethiek voor de Groepering van Voorzieningen voor Ouderenzorg (GVO) te Kortrijk.

Chris Gastmans is Doctor in de Godgeleerdheid. Hij is als Hoogleraar Medische Ethiek verbonden aan het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht (Faculteit Geneeskunde, KULeuven). Hij doceert en doet onderzoek over zorgethiek, verpleegkundige ethiek, ethiek van ouderenzorg en het levenseinde.

Adress: Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, Kapucijnenvoer 35, B-3000 Leuven.