

Ouders met problematisch middelengebruik: twee ethische kaders om de zorg vorm te geven

Er is grote zorg om kinderen van ouders met een verslaving. Uit onderzoek blijkt dat deze kinderen op latere leeftijd vaak een lager welzijn ervaren dan kinderen van niet verslaafde ouders (Barnard and McKeagney, 2004). Echter, bij het vormgeven van de zorg aan deze gezinnen lopen hulpverleners geregeld tegen morele dilemma's aan. Hulpverleners weten vaak niet goed hoe ze het onderwerp ouderschap en middelengebruik bespreekbaar moeten maken, of welke informatie ze mogen delen met of vragen van andere hulpverleners. Ook blijken zij het moeilijk te vinden om te zien wanneer en hoe ze moeten ingrijpen. Dit alles leidt tot handelingsverlegenheid onder hulpverleners betrokken bij deze gezinnen (Alvarez et al. 2004; Kalichman, 1999; Snoek et al., forthcoming).

In deze bijdrage willen we kijken naar hoe hulpverleners beter ondersteund kunnen worden in hun taken voor deze gezinnen, door twee ethische kaders te beschrijven en hun toepasselijkheid op de praktijk van gezinnen met een ernstig middelenaafhankelijke ouder te bespreken.

Het eerste kader is in lijn met de traditionele medisch-ethische principes van respect voor autonomie, weldoen en niet schaden en rechtvaardigheid (Beauchamp and Childress, 2002). Hierbij staat het afwegen van de belangen van verschillende partijen centraal. Bijvoorbeeld het ouderlijke belang om autonome keuzes te maken over middelengebruik en opvoeding, af te wegen tegen de welzijnsbelangen van hun kinderen die juist door middelengebruik of opvoedingskeuzes schade kunnen ondervinden. Het tweede kader is in lijn met de zorg-ethiek en ziet belangen van ouders en kinderen niet zo zeer als botsend maar tracht rekening te houden met de bijzonderheid van de ouder-kind relatie en hun onderlinge verbondenheid. Voor de uitwerking van dit tweede kader maken wij gebruik van gesprekken die we hebben gevoerd met alcoholafhankelijke ouders en hulpverleners in zowel jeugd- als verslavingszorg. Door deze ethische kaders van de hulpverleningspraktijk te expliciteren, proberen wij hulpverleners meer bewust te maken van de ethische geladenheid van de praktijk en van de ethische rechtvaardigingsgronden voor hun professioneel handelen en hun zodoende betere handvatten aan te reiken om hun beslissingen of werkwijzen te ondersteunen.



Dr. Anke Snoek

Postdoc onderzoeker
Universiteit Maastricht
MHeNS Mental Health and Neuroscience
Health, Ethics and Society (HES)
Postbus 616
6200 MD Maastricht
E-mail: a.snoek@maastrichtuniversity.nl



Dr. Dorothee Horstkötter

Universitair Docent
Universiteit Maastricht
MHeNS Mental Health and Neuroscience
Health, Ethics and Society (HES)
Postbus 616
6200 MD Maastricht
E-mail: d.horstkoetter@maastrichtuniversity.nl

Afwegen van respectievelijke belangen

Het eerste ethische kader richt zich op het afwegen van de belangen van de verschillende partijen. Hiervoor is het belangrijk om eerst in kaart te brengen welke partijen welke belangen hebben, en hoe die zich tot elkaar verhouden. Bijvoorbeeld, respect voor autonomie is een belangrijk medisch-ethisch principe dat inhoudt dat mensen een zekere vrijheid genieten om hun privéleven volgens hun eigen wensen, behoeften en waarden in te richten. Mensen hebben recht op privacy en op niet-inmenging van de staat in hun privéleven. Dit principe komt echter onder druk te staan als ouders tekort schieten in de verantwoordelijkheid die zij hebben ten opzichte van hun kinderen. Kinderen hebben namelijk ook recht op adequate verzorging en bescherming, een veilige jeugd en op zelfontplooiing. In het geval dat ouders hun autonomie gebruiken om drugs te gebruiken, of te veel te drinken, kunnen de welzijnsbelangen van kinderen onder druk komen te staan. Om een ethisch verantwoorde beslissing te maken ten opzichte van dergelijke gezinnen is het dan belangrijk om de autonomie en de welzijnsbelangen van zowel ouders als kinderen recht te doen en in het geval van een conflict op een gepaste manier tegen elkaar af te wegen. Zo kan bijvoorbeeld de vraag rijzen of en zo ja onder welke omstandigheden het recht van de ouder om volgens eigen inzicht of behoefte te gebruiken ten behoeve van het belang van het kind mag worden ingeperkt. Of, als we kijken naar het principe van autonomie, zou beargumenteerd kunnen worden

dat het gedrag van middelenafhankelijke ouders niet meer autonoom is en dus hun eigen welzijnsbelangen op de voorgrond moeten komen te staan.

De benadering vanuit medisch-ethische principes en gericht op het afwegen van belangen kent een aantal voordelen. Zo maakt dit kader het mogelijk om de belangen van alle betrokken partijen te identificeren en mee te nemen in het proces van wikken en wegen. Met name in situaties waar een betrokken partij door het toedoen van een andere partij ernstige schade dreigt op te lopen, hetzij voor haar zelfbeschikking hetzij voor haar fysiek en psychisch welzijn – is dit een waardevolle benadering. Ouders hebben recht op autonomie, maar niet het recht om kinderen te mishandelen, te verwaarlozen of te misbruiken. In dergelijke gevallen zal de weegschaal ten gunste van de kinderen moeten uitvallen. Rechters Cees de Groot en Paul Vlaardingerbroek, beiden pleiters voor gedwongen anticonceptie voor kwetsbare ouders, beschrijven bijvoorbeeld een casus van een zwangere prostituee van wie al twee kinderen uit huis geplaatst zijn, en die voornamelijk zwanger wordt omdat klanten extra betalen voor seks met een zwangere vrouw.

Het kind mag van haar uit huis geplaatst worden, en ze weigert over te gaan tot anticonceptie (Vlaardingerbroek and Groot, 2015). In dit soort extreme gevallen, waarbij de belangen van ouders, of in dit geval enkel de moeder, en kinderen in hoge mate op gespannen voet met elkaar staan, biedt deze ethische benadering een belangrijke uitweg om tot verantwoorde keuzes en afwegingen te komen.

Echter, deze benadering kent ook een aantal zwakke plekken en er zijn veel situaties, met name in complexe ouder-kind relaties waarin zij weinig behulpzaam is omdat het voornaamste uitgangspunt – namelijk dat er botsende belangen bestaan die met elkaar moeten worden afgewogen – niet helemaal opgaat. De taal van rechten en belangen die afgewogen worden lijkt met name geschikt om conflicten tussen twee onafhankelijke volwassenen te slechten. Echter, deze taal kan aanzienlijk tekort schieten in het evalueren van complexe verwevenheidsrelaties. Volwassenen zijn als zodanig zelfstandig en autonoom, kinderen daarentegen zijn dit niet. Dit verschil is wat kinderen tot kinderen maakt en wat de toestand van volwassenheid definieert. Ouders en kinderen zijn daarnaast op een unieke manier met elkaar verbonden, waarbij niet alleen geldt dat kinderen afhankelijk zijn van hun ouders, maar ook dat het voor ouders inherent belangrijk is dat zij verbonden zijn met hun kinderen.

Neem bijvoorbeeld een moeder die getraumatiseerd is door huiselijk geweld en drinkt om het leven beter

aan te kunnen¹. Ook al is deze manier van omgaan met haar eigen problemen verre van ideaal, zij doet toch erg haar best om haar kinderen zo min mogelijk te laten lijden onder haar drankgebruik. Meestal lukt het haar een routine te handhaven die ondersteunend is voor de kinderen. Maar regelmatig gaat het mis en is de moeder te zeer onder invloed om goed toezicht te houden, hetgeen tot gevaarlijke situaties voor de kinderen leidt. De kinderen zijn gehecht aan de moeder en maken zich zorgen om haar. Een uithuisplaatsing zou hun veiligheid bieden en de mogelijkheid om weer kind te zijn. Echter, het is voor de kinderen en de moeder ook traumatisch om gescheiden te worden. De belangen van de moeder en de kinderen zijn sterk verweven waardoor het lastig is om ze tegen elkaar af te wegen.

Alleen tegen deze achtergrond zijn dwangmaatregelen van Ondertoezichtstelling (OTS) en Uithuisplaatsing (UHP) als zodanig te begrijpen. Ouders hebben er een ouderlijk belang bij dat dergelijke maatregelen niet worden afgekondigd omdat zij er zelf voor hun kinderen willen kunnen zijn, ook als het moeilijk gaat. Ouders wie de ouder-kind relatie niet zou kunnen schelen, zoals wel-

licht het geval van de eerder beschreven casus van de zwangere prostituee, zouden ook niet onder de indruk zijn van een UHP en deze niet als dwangmaatregel ervaren. Maar op de meeste ouders oefent dit wel druk

uit. Niet dat ouders altijd hun gedrag op de gevraagde manier weten aan te passen, maar wel dat een OTS of UHP ook voor hun een onwenselijke situatie is en ze goede redenen hebben om deze te voorkomen. Deze redenen liggen juist in de unieke relatie die zij met hun kinderen, maar niet met andere volwassenen, hebben.

De taal van botsende belangen doet dus, met uitzondering van extreme gevallen, weinig recht aan de relatie die (middelenafhankelijke) ouders met hun kinderen hebben. Echter, als er gekeken wordt naar de manier waarop de hulpverlening voor deze gezinnen vormgegeven is, wordt duidelijk hoe deze zienswijze toch zo dominant kon worden. De hulpverlening heeft zich traditioneel langs twee paden ontwikkeld. Terwijl ouders met een verslaving worden geholpen in instellingen voor verslavingszorg, worden kinderen die problemen ervaren ondersteund door instanties vanuit de jeugdhulpverlening. Deze tweedeling levert makkelijk problemen op in het uitwisselen van informatie, het delen van geldstromen, maar ook in de ethische doelen die achter de respectievelijke vormen van zorg liggen. In de literatuur wordt het hanteren van verschillende waarden bij respectievelijk de jeugdhulpverlening en de verslavingszorg vaak genoemd als een belangrijke barrière voor samenwerking (He, Traube and Young, 2014) waardoor

Hulpverleners weten vaak niet goed hoe ze het onderwerp ouderschap en middelengebruik bespreekbaar moeten maken

de zorg aan gezinnen als geheel dreigt te kort te schieten doordat de belangen van verschillende gezinsleden inderdaad los van elkaar en vervolgens tegenover gesteld komen te staan.

Ouders en hulpverleners aan het woord

Om te evalueren hoe de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden voor gezinnen waarin een ouder alcoholafhankelijk is, hebben wij een kwalitatieve studie uitgevoerd waarin we met verslaafde ouders hebben gesproken alsmede met medewerkers in de jeugdzorg en de verslavingszorg (Snoek et al., forthcoming). Uit deze gesprekken bleek dat het kader van botsende belangen vaak van beperkte waarde is voor zowel hulpverleners als ouders. Als voorbeeld zullen we de problemen rondom vroegsignalerings bespreken.

Onder hulpverleners was het een grote frustratie dat ouders met een middelenaafhankelijkheid vaak lang onder de radar blijven, en gezinnen pas in beeld komen bij de hulpverlening als de situatie al –bijna – geëscaleerd is. Ouders hebben enerzijds recht op zelfbeschikking en niet-inmenging in hun privéleven. Anderzijds kan dit, zeker in situaties van ouders met een verslaving, leiden tot situaties waarin de kinderen ernstig benadeeld worden als er inderdaad nooit ingegrepen wordt door derden. Om de eventuele schade voor de kinderen te beperken hebben veel landen, waaronder Nederland, een meldcodesysteem waarbij professionals en burgers melding kunnen maken van verdachte signalen in privé situaties. Echter, tot grote frustratie van de hulpverleners maken veel mensen geen gebruik van dit meldcodesysteem. Het volgende citaat van een medewerker van jeugdzorg laat dit helder zien.

*Hoever ben je dan afgegeden als die moeder bijna letterlijk het huis in de fik moet steken, voordat je iets met deze kinderen kan. Dat kan gewoon niet. Dat vind ik ja, als je het hebt over ethische vraagstukken dan denk ik dit, ja terwijl de omgeving ervan weet, de huisarts ervan weet. De school vermoedens heeft, ja. Ja dan vind ik dat wij met ons zorgsysteem in Nederland erg tekort schieten. (Tine, medewerster Jeugdzorg)**

Blijkbaar vinden professionals en mensen uit de naaste omgeving het moeilijk om inbreuk te doen op de privacy van ouders. In een onderzoek naar waarom mensen niet melden, wordt als reden gegeven dat mensen bang zijn vals te beschuldigen, ze het moeilijk vinden om te weten welke signalen problematisch zijn, en ze huiverig zijn dit met ouders te bespreken uit angst de goede

* alle vermelde namen zijn fictief

relatie te schaden (Kalichman, 1999). Hoe kunnen we deze impasse doorbreken tussen het recht van niet inmenging en het belang van vroegsignalerings? In het buitenland wordt als oplossing vaak aangedragen om de meldcode verplicht te maken, echter, dit resulteert vaak alleen maar in meer weerstand tegen melden (Goldsberry, 2001). In Nederland is getracht deze weerstand weg te nemen door het melden zelf wel verplicht te maken, maar de melder mag aangeven of hij zelf hulp organiseert of de casus overdraagt aan Veilig Thuis. Echter, in de praktijk is de meldcode nog gedeeltelijk onbekend of onbenut (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2013). Onze interviews met de ouders schetsen echter een heel ander beeld dan dat van botsende belangen. In hun ogen gaat het niet zozeer om hun recht op autonomie

om te gebruiken, en een recht op niet-inmenging in de privésfeer. Het beeld dat zij schetsen is dat zij in hun leven met meerdere stressoren te maken hebben: trauma, huiselijk geweld, armoede. Zij doen hun best

om, binnen hun omstandigheden, zo goed mogelijk voor hun kinderen te zorgen. Zij hebben er verdriet van als het hen niet lukt, zij willen graag het beste voor hun kinderen.

Iets anders lijkt het geval te zijn dan dat ouders vanuit een idee van autonome keuzevrijheid geen inmenging van buitenaf in hun privéleven zouden willen. Integendeel, ouders verbazen zich erover wat zij ervaren als onverschilligheid van hun omgeving en zijn hierover eerder verontwaardigd dan dat zij niet-inmenging zouden bepleiten. Een moeder beschrijft dit als volgt:

Als je dan bekijkt van: de school wist dat ik dronk. Nou hoe vaak er wel niet politie bij ons aan de deur is geweest, maar nooit iets heeft gedaan voor die kinderen. Weet je, dus daar heb ik dan wel iets mee van eh, ik wou dat hun eerder hadden ingegrepen. (Monique, 3 kinderen van 8, 11 en 12)

Tegen de achtergrond van – vermeende – zorgmijndheid riepen dergelijk uitspraken wel vervolgvragen op. Toen we ouders vroegen of ze open hadden gestaan voor hulp, gaven ze aan dat dit inderdaad lastig lag. Ze gaven aan dat kritiek op hun alcoholgebruik en op de zorg voor hun kinderen erg gevoelig lag. Echter, ze beschreven hun alcoholgebruik niet als iets waarvoor ze autonoom kozen en wat ze gerespecteerd wilden zien, maar veel meer als het resultaat van en een reactie op ingrijpende problemen in hun leven, zoals jeugdtrauma's of huiselijk geweld. Voor deze achterliggende problematiek hadden ze wel hulp willen accepteren, maar aangesproken worden op hun alcoholgebruik gaat niet alleen samen met een inherent verwijt maar roept ook angst op om

met de eigenlijke problemen nog meer alleen te worden gelaten. Desondanks geven ouders wel aan dat ze er naar verlangden dat hulpverleners en andere betrokkenen oprechte interesse tonen in hun welzijn, en hun op een niet veroordelende manier bejegenen.

Misschien eerst een gesprek met de ouder, maar niet verwijtend van 'oh je bent alcoholverslaafd en je zorgt niet goed voor je kinderen'. Maar van: 'kunnen we iets doen?' Dat het uit zorg is en niet verwijtend dat is heel erg belangrijk. Als verslaafde zijnde, dan word je gelijk eigenlijk al op een bordje gegooid, 'je zorgt niet goed voor je kinderen.' Dat had je mij niet moeten zeggen. (Monique, kinderen van 8, 11, 12)

Nogmaals, was precies hetzelfde met mijn broertjes en mijn zusje, als die nou eens gezegd hadden, 'Steve wat is er nou met je aan de hand. Waar loopt je mee, waar zit je mee eh, zit je, loop je ergens mee eh, kan je je verhaal niet kwijt of?' [...] dan was het misschien anders gelopen. [...] Dan had ik eventueel een iets normaler leven kunnen leiden als nu. (Steve, kind van 17)

Wat ouders aangeven is dat als zij aangesproken worden op hun drankgebruik of hun falen als ouders, de partijen makkelijk vervallen in een discours van botsende belangen. Dit kan niet op een neutrale manier, maar houdt altijd al een verwijt in van dat ouders iets doen wat ze in het belang van hun kinderen niet horen te doen. Echter, als de insteek van het gesprek zorg is en oprechte betrokkenheid ook voor hun problemen in brede zin (niet zozeer hun drinken), dan staan ouders eerder open voor hulp aan hen en hun kinderen.

Aandacht voor kwetsbaarheid en onderlinge verbondenheid

Het debat rondom middelenaafhankelijke ouders is gepolariseerd. Enerzijds bestaat er de neiging om botsende belangen uit te vergroten en dus met voorstellen voor meer dwang en zero-tolerance te komen ten behoeve van het welzijn van de kinderen (Neger and Prinz, 2015). Anderzijds is er een groep die dit te ver vindt gaan. Binnen deze positie is soms de neiging botsende belangen te negeren of wit te wassen. Bijvoorbeeld door het vergoelijken van het gedrag van de ouders door te wijzen op de moeilijke omstandigheden waarin de ouders zich bevinden en het benadrukken van hun goede bedoelingen (Baker and Carson, 1999; Barnard, 2005).² Beide posities zijn niet houdbaar, en doen onrecht aan de mogelijkheden en behoeftes van zowel ouders als kinderen, maar vooral dragen ze weinig bij aan het vormgeven van de hulpverlening op een verantwoorde

manier. Zoals ook sommige hulpverleners in gesprek met ons hebben aangegeven, lijkt een deel van het probleem voort te komen uit het feit dat het debat dusdanig gepolariseerd is geraakt dat ook ouders en hulpverleners tegenover elkaar komen te staan.

Want vaak is het zo polariserend hè dat je tegenover elkaar staat. Terwijl je wel eigenlijk hetzelfde wilt, dat het goed gaat met het kind. (Ellen, Focusgroep BJZ)

Uit onze gesprekken met ouders en hulpverleners kwam een tweede ethisch kader naar voren van waaruit de zorg vormgegeven kan worden. Ouders benadrukken dat wat voor hen helpt, is als anderen oog hebben voor hun kwetsbaarheid en welzijn, en dat ze behoefte hebben aan zorg vanuit een oprechte betrokkenheid. Ook geven ouders aan dat ze het belangrijk vinden om erkenning te krijgen voor wat ze, in hun vaak moeilijke omstandigheden, wèl allemaal doen voor hun kinderen.

De houding die de ouders beschrijven komt overeen met de zorgethiek benadering (Tronto, 1993). De zorgethiek is een relatief nieuwe stroming in de ethiek, die als voornaamste uitgangspunt heeft dat niet algemene principes de rechtvaardigingsgrond voor ethisch handelen zouden moeten zijn, maar de behoeftes van mensen op zich. Daarmee poogt deze benadering ter erkennen dat mensen niet vooral autonoom en zelfbepalend zijn, maar dat zij in wezen kwetsbaar en relationeel met elkaar verbonden zijn. De zorgethiek richt zich niet op rechten, plichten en belangen, maar op waarden die belangrijk zijn in zorgrelaties, zoals kwetsbaarheid, verbondenheid, welzijn, en een netwerk van verantwoordelijkheid. De zorgethiek tracht zo veel oog voor de context van individuen te hebben en voor de werkelijkheid waarin zij concreet leven. Om tot een ethisch verantwoorde reactie te komen, worden dan ook andere vragen gesteld dan die zouden gelden in het kader van medisch-ethische principes. Voorbeelden hiervan zijn: Hoe ziet het leven van een alcoholafhankelijke ouder eruit? Hoe beïnvloedt armoede of een gewelddadige partner het dagelijks leven van dit gezin? Hoe wordt de verantwoordelijkheid gedeeld? Hoe speelt bijvoorbeeld stigma of bureaucratie een rol in gebrekkige toeleiding naar zorg?

In de interviews met de hulpverleners kwam zowel een taal van botsende belangen naar voren, als een nadruk op onderlinge verbondenheid en kwetsbaarheid

de of een gewelddadige partner het dagelijks leven van dit gezin? Hoe wordt de verantwoordelijkheid gedeeld? Hoe speelt bijvoorbeeld stigma of bureaucratie een rol in gebrekkige toeleiding naar zorg?

Het ethische kader dat de zorgethiek biedt, erkent de kwetsbaarheid van de ouders, maar gaat tegelijk de verantwoordelijkheid niet uit de weg. Hanna Pickard heeft deze positie prachtig beschreven als 'responsibility without blame'. Pickard koppelt verantwoordelijkheid en schuld los van elkaar. We kunnen mensen verantwoordelijk houden voor hun gedrag, echter zonder hun verwijten te maken en wel begrip en compassie te hebben voor

de factoren die hen bemoeilijken om hun gedrag op een goede manier te reguleren. Op deze manier nemen we mensen serieus, houden we ze verantwoordelijk voor de keuzes die ze maken, maar erkennen we tegelijk de factoren die hun keuzevrijheid beperken.³ Juist in het erkennen van kwetsbaarheid kan ruimte ontstaan voor het nemen van verantwoordelijkheid en herstel.

Een van de vaders die we geïnterviewd hebben, beschreef dat een opmerking van zijn zoon voor hem een keerpunt was. Zijn zoon zei tegen hem:

Papa, als jij een biertje gaat drinken, maakt niet uit, ik kom ook op bezoek, maakt me niet uit, want ik weet hoe u bent. U bent een man van eh echt eh, altijd positief en altijd goed ingesteld, ik zal net zoveel van je blijven houden, alleen zul je weinig van mij mee maken. Omdat ja als eh je langer blijft drinken, je nog maar maximaal drie jaar te leven hebt of zo. (Steve, kind van 17)

Deze zoon laat een houding zien van verantwoordelijkheid zonder schuld: hij houdt zijn vader verantwoordelijk voor zijn gedrag, en ook al zitten er consequenties aan dat gedrag, die liggen niet in de sfeer van schuld, afkeuring of straf.⁴

Watson en Levine stellen dat hulpverleners vaak bang zijn het vertrouwen te schaden van cliënten als ze een melding maken. Echter, voor cliënten is betrokkenheid van de hulpverlener het allerbelangrijkste. Niet handelen om vertrouwen te waarborgen kan door cliënten ook opgevat worden als gemakzucht en desinteresse, en dus de professionele relatie schaden (Watson and Levine, 1988).

Hulpverleners van zowel jeugdzorg als verslavingszorg geven ook aan dat deze zorgethische houding in hun praktijk al vaak bovenkomt.

Ja daarom is er ook zo ontzettend veel verzet natuurlijk. Niet alleen vanwege het verlies van het kind als in het ouder kind band, contact, maar vanwege het ook zo hard nodig hebben. En daardoor nog verder afglijden. Ja. En je ziet ook wel eens dat het dan ook niet helpend is, want het kind eh, haal je weg bij de thuissituatie, met het doel van, dan kan het tot rust komen, terwijl het kind alleen maar denkt van 'hee ik moet bij mijn moeder zijn, want ik moet zorgen dat het daar goed loopt.' Ja dat is dan eigenlijk contra. (Iris, Medewerkster Jeugdzorg)

Als je de ouder kind relatie als uitgangspunt neemt, dat is je 'cliënt' waar het om gaat, dan heb je zowel problematiek van de ouder maar ook een stukje van het kind en hoe dat elkaar beïnvloedt. Dan heb je het bij elkaar, dan heb je zowel de belangen van de kinderen, maar ook van de ouder. Want zeker als je jonge kinderen hebt, die kun je niet los zien van de ouder. En de ouder kun je op dat moment ook niet los zien van het kind. (...) Je hebt altijd te maken met een systeem.

En soms moet je ingrijpen en gaan de belangen van het kind voor, maar dan nog is de ouder, degene die ouder blijft. En het kind blijft kind van die ouder. Dat is denk ik heel belangrijk. (Maarten, medewerker verslavingszorg)

In de interviews met de hulpverleners kwam zowel een taal van botsende belangen naar voren, als een nadruk op onderlinge verbondenheid en kwetsbaarheid.

Ook op andere gebieden in de zorg waar een ouder-kind relatie een rol speelt, wordt er steeds vaker gepleit voor een zorgethische benadering in plaats van een principe benadering (Ten Cate, 2010; Van Nistelrooij and Van der Waal, 2019).

Nu we deze twee ethische kaders geëxpliciteerd hebben, kunnen hulpverleners een weloverwogen keuze maken over welk kader, of combinatie van de beide kaders, in welke situatie het beste toepasbaar is.

Acknowledgments

Dit artikel komt voort uit het door ZonMW gefinancierd onderzoeksproject "Parents who are alcoholics: Towards a normative framework of integrative care and responsible parenting interventions". Programma Ethiek en Gezondheid, projectnummer 7310100016.

Noten

- 1 Dergelijke casussen kwamen wij veelvuldig tegen in onze interview studie.
- 2 Een prachtig voorbeeld van een middenpositie is de kwalitatieve studie van Rhodes, Bernays, and Houmoller (2010). Zij interviewden 29 drugsafhankelijke ouders, en lieten zien welke strategieën de ouders hanteren om hun kinderen te beschermen tegen de negatieve gevolgen van hun drugsgebruik. Tegelijk vertellen de ouders openlijk over de talloze keren dat ze faalden hun kinderen te beschermen. Deze studie laat op indrukwekkende wijze zien dat goede bedoelingen en falen hand in hand kunnen gaan.
- 3 Pickard heeft een gratis e-learning module ontwikkeld (in het Engels) om deze houding van verantwoordelijkheid zonder schuld (responsibility without blame) te oefenen. <https://www.responsibilitywithoutblame.org/>
- 4 In het volgende artikel wordt een best-practice beschreven, hoe, vanuit de zorgethiek kwetsbare vrouwen geleid kunnen worden naar betere anticonceptiezorg. Rijlaarsdam constateerde dat hulpverleners vaak de vraag naar conceptie bij kwetsbare mensen uit de weg gaan. Zij besloot met deze vrouwen in gesprek te gaan, op een eerlijke wijze, op basis van gelijkwaardigheid, met veel oog voor de context. Zij kwam erachter dat veel kwetsbare vrouwen geen kindwens hadden, maar allerlei praktische barrières naar anticonceptiezorg ervaarden, die echter relatief makkelijk op te lossen waren met de juiste betrokkenheid en minimale financiële middelen. Bijna 90% van de vrouwen die zij sprak ging vrijwillig over tot langdurige anticonceptie. Dit is een indrukwekkend voorbeeld van een zorgethiek, vanuit de

presentietheorie, gericht op actieve betrokkenheid, oog voor context, en de distributie van verantwoordelijkheid.

Literatuur

- Alvarez, Krisann M., Maureen C. Kenny, Brad Donohue, and Kimberly M. Carpin. 2004. "Why Are Professionals Failing to Initiate Mandated Reports of Child Maltreatment, and Are There Any Empirically Based Training Programs to Assist Professionals in the Reporting Process?" *Aggression and Violent Behavior* 9(5): 563–78.
- Baker, P. L., and A. Carson. 1999. "I Take Care of My Kids': Mothering Practices of Substance-Abusing Women." *Gender & Society* 13(3): 347–63.
- Barnard, Marina. 2005. "Discomforting Research: Colliding Moralities and Looking for 'truth' in a Study of Parental Drug Problems." *Sociology of Health and Illness* 27(1): 1–19.
- Barnard, Marina, and Neil McKeganey. 2004. "The Impact of Parental Problem Drug Use on Children: What Is the Problem and What Can Be Done to Help?" *Society for the study of Addiction* 99: 552–559.
- Beauchamp, Tom, and James F Childress. 2002. Principles of Biomedical Ethics *Principles of Biomedical Ethics, 5th Edn.* Oxford: Oxford University Press.
- Ten Cate, Katja. 2010. "In Het Belang van Het Kind'. Een Kwalitatief Onderzoek Onder Kinderartsen over Hun Rol En Verantwoordelijkheden Bij Onwillige, Onkundige of Onmachtige Ouders." Leids Universitair Medisch Centrum.
- Goldsberry, Yvonne. 2001. "The Deterrent Effect of State Mandatory Child Abuse and Neglect Reporting Laws on Alcohol and Drug Use During Pregnancy." George Washington University.
- He, Amy S., Dorian E. Traube, and Nancy K. Young. 2014. "Perceptions of Parental Substance Use Disorders in Cross-System Collaboration among Child Welfare, Alcohol and Other Drugs, and Dependency Court Organizations." *Child Abuse and Neglect* 38(5): 939–51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.020>.
- Inspectie voor de gezondheidszorg. 2013. *Meldcode Huiselijk Geweld En Kindermishandeling: Het Bewustzijn Groeit, Maar Nog Niet Overal.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Kalichman, Seth C. 1999. "Mandated Reporting as an Ethical Dilemma." In *Mandated Reporting of Suspected Child Abuse: Ethics, Law, and Policy*, Washington DC: American Psychological Association, 43–63.
- Neger, Emily N., and Ronald J. Prinz. 2015. "Interventions to Address Parenting and Parental Substance Abuse: Conceptual and Methodological Considerations." *Clinical Psychology Review* 39: 71–82.
- Van Nistelrooij, Inge, and Rodante Van der Waal. 2019. "Moederschap En Geboorte: Relationaliteit Als Alternatieve Ethische Benadering." *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* 29(2): 53–57.
- Rhodes, Tim, Sarah Bernays, and Kathrin Houmoller. 2010. "Parents Who Use Drugs : Accounting for Damage and Its Limitation." *Social Science & Medicine* 71(8): 1489–97.
- Snoek, Anke et al. "I Wish I Had Help Earlier. We Could Have Been Happier Sooner.' Bystander Effects in the Care for Alcohol-Dependent Parents."
- Tronto, Joan C. 1993. *Moral Boundaries : A Political Argument for an Ethic of Care.* New York: Routledge.
- Vlaardingerbroek, Paul, and Cees de Groot. 2015. "Wij, Rechter, Willen Een Wet Die Verplichte Anticonceptie Mogelijk Maakt." <https://www.nrc.nl/nieuws/2015/03/04/wij-rechters-willen-een-wet-tot-verplichte-anticonceptie-a1406077>.
- Watson, Holly, and Murray Levine. 1988. "Psychotherapy and Mandated Reporting of Child Abuse." *American Journal of Orthopsychiatry* 59(2): 246–56.

Samenvatting

In dit artikel schetsen we twee ethische kaders die steunend kunnen zijn voor professionals die werken met gezinnen waarbij alcoholproblematiek van de ouders een rol speelt. Het eerste kader is in lijn met de traditionele medisch-ethische principes van respect voor autonomie, weldoen en niet schaden, en rechtvaardigheid en richt zich op het afwegen van de belangen van verschillende partijen. Het tweede is een zorgethisch kader waarin wat ethisch goed is geëvalueerd wordt binnen een systeem van kwetsbaarheid en verbondenheid. Soms zal gedwongen ingrijpen onvermijdelijk zijn om kinderen te beschermen. Vaak blijkt echter dat een benadering waarbij naar de belangen en het welzijn van verslaafde ouders EN hun kinderen wordt gekeken veel problemen kan overwinnen. Ouders geven aan dat zij deze zienswijze als erg motiverend ervaren.

Trefwoorden: *zorgethiek, verslaving, ouderschap*

Summary

In this article we outline two ethical frameworks to analyse how families struggling with parental alcohol abuse can best be supported. The first framework is in line with the traditional medical ethical principles of respect for autonomy, justice, beneficence, and non-maleficence. In this framework the rights and interests of different groups are weighted up against each other. The second framework results from the ethics of care, and argues that the interests of people whom are close to each other, are often intertwined. We have to do justice not only to their rights and interests, but also to their relationship.