

BEROEPSETHIEK, STATUS EN STRATEGIE

Een herijking van het functioneren van beroepscode¹

Tom Meulenbergs²

SUMMARY - Aim: To explore the meaning of ethical codes in a changing professional context.

Background: Ethical codes have played a specific role in a specific period of time where the professional context was characterized by the increasing professionalisation of the nursing profession. Today, however, this professional context has changed and the meaning of nursing codes needs to be reconsidered.

Method: A review of the literature on codes and the profession's context, in particular with regard to health care and health care professions.

Conclusion: The changed professional context changes the desirable function of ethical codes. Instead of means of professionalisation, codes can be applied to accommodate with the increasing demands of delivery. Therefore, an ethicisation of codes is desirable: ethical codes' moral objective needs to be revalued and their integration into education and professional training needs to be considered.

1. Inleiding

De jongste tijd staat de beroepsethiek volop in de belangstelling. In december 2002 ging in België de langverwachte Raad voor de Journalistiek van start. Deze raad zal bemiddelen bij klachten omtrent de journalistieke beroepsethiek. Ongeveer tezelfdertijd kwam het bericht dat de Beroepsorganisatie voor verpleegkundigen en vroedvrouwen in Vlaanderen (NVKVV) start met het opstellen van een beroepscode voor verpleegkundigen. In deze paper willen we de betekenis en mogelijk functioneren van beroepscode onderzoeken. Voor voorbeelden en input van praktische aard doen we een beroep op de sector van de gezondheidszorg, die kan terugbuigen op een rijke geschiedenis inzake beroepsethische codes. De geneeskunde kent de Hippocratische traditie met de Eed van Hippocrates maar ook in andere zorgberoepen zijn beroepscode van historisch belang. Zo werd in 1893 de 'Nightingale Pledge' aangenomen, die tot op vandaag functioneert als inspiratiebron voor de beroepswaarden van verpleegkundigen. (Purtillo & Cassell, 1981: 37-38; Fowler, 1984)

Na de identificatie van de elementen en objectieven van beroepscode, zal deze paper ingaan op de specifieke functie die beroepscode hebben gespeeld tijdens een welbepaald tijdsgewricht, dat zal worden aangeduid als de 'professionele periode'. Daarna zal worden nagegaan of de actuele situatie van beroepen nog altijd in overeenstemming is met de situatie tijdens de 'professionele periode' en in het bijzonder met de manier waarop beroepscode toen functioneerden als strategische hefbomen voor professionele

¹ Dank aan Yvonne Denier, Chris Gastmans, Thomas Nys, Lars Reuter, Toon Vandevelde en Ellen Verpeet voor hun kritische commentaar en constructieve bemerkingen op eerdere versies van deze paper.

² De auteur is assistent medische ethiek aan het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de KU Leuven.

status. Er zijn indicaties dat het landschap waarin beroepen vandaag functioneren drastisch is gewijzigd. Verschillende factoren dragen bij tot deze klimaatwijziging. In de gezondheidszorg resulteert de groeiende interdisciplinariteit in onzekerheid voor de zorgverlener betreffende zijn/haar rol in het interdisciplinair beslissingsproces. Daarnaast is er in verschillende beroepssectoren een groeiende dominantie vast te stellen van economische overwegingen. Ook de wetgever en het gerecht houden nauwlettend de beroepspraktijk in de gaten. Op een meer fundamenteel niveau kan het verschil tussen de actuele en de vroegere situatie van de beroepspraktijk worden geduid als een verschil in ‘institutionalisering’. Vandaag worden de beroepen zelf geïnstitutionaliseerd terwijl zij vroeger de actieve pool waren in het institutionaliseringsproces. Deze gewijzigde situatie heeft repercussies voor de beroepsethiek en het functioneren van haar belangrijkste instrument, de beroepscode. Voortaan moeten codes sjablonen van een goede beroepspraktijk zijn, die een grote effectiviteit bezitten. Om deze effectiviteit te realiseren wordt aan het einde van deze paper een voorstel gelanceerd tot herijking van het functioneren van beroepscodes.

2. De elementen en objectieven van beroepscodes

Beroepscodes bevatten verschillende elementen: de basiswaarden van het beroep, de deugden van de beroepsbeoefenaar, de professionele verplichtingen en verantwoordelijkheden van de beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld tegenover de mensen, de praktijk, de beroepsgroep en de collega's, zoals geformuleerd in de International Council of Nurses Code for Nurses en de Code of Ethics van de World Medical Association), handelingsgeoriënteerde normen of specifieke verbodsbepalingen (bijvoorbeeld het verbod tot het stellen van euthanaserende handelingen). Deze elementen worden in codes op verschillende manieren gecombineerd met het oog op uiteenlopende objectieven. Spicer onderscheidt twee belangrijke functies: morele en quasi-morele functies (Spicer, 1995). De morele functie van een beroepscode heeft betrekking op het bevorderen van de ethische kwaliteit van de beroepspraktijk. De quasi-morele functie is indirect verbonden met deze morele functie. Een type-voorbeeld van een quasi-morele functie is de inschakeling van codes in de uitbouw van een disciplinair systeem. Ook wanneer beroepscodes worden gebruikt als een instrument van socialisering krijgen ze een quasi-morele functie. Door een rigide structuur van interne regulerings- en sanctioneringsmechanismen op te zetten of door de loyaliteit van nieuwe beroepsbeoefenaren te stimuleren via het gezamenlijk afleggen van een eed, wordt conformiteit met de ethische standaarden van het beroep nagestreefd. Het morele objectief (de ‘ethische’ beroepspraktijk) wordt in deze gevallen indirect gerealiseerd. De tweeledige categorisering van Spicer dekt echter niet het hele spectrum van mogelijke functies die beroepscodes kunnen vervullen. Aan het morele en quasi-morele objectief kan nog een derde functie worden toegevoegd: het niet-morele gebruik van beroepscodes. Het archetype van deze ‘niet-morele functie’ van beroepscodes is het gebruik van beroepscodes als verdoken P.R.-instrumenten. Frankel bepaalt dit gebruik van beroepscodes als de politisering van beroepscodes (Frankel, 1989: 112). Codes worden dan op strategische wijze gehanteerd met het oog op een objectief dat vreemd is aan de promotie van de ethische beroepspraktijk zoals bijvoorbeeld het nastreven van privé-belangen.

3. De ‘kenmerkenbenadering’

Beroepscode hebben altijd een belangrijke rol gespeeld in de zelfbepaling en maatschappelijke erkenning van de beroepsgroep. Tot vandaag spelen codes nog steeds een belangrijke rol in het professionaliseringsproces van bepaalde beroepsgroepen.³ Condren merkt zelfs op dat er een zeker ‘enthousiasme voor beroepscode’ bestaat bij sommige beroepsgroepen omdat de sociale status van deze beroepsgroepen vaak afhangt van het al dan niet beschikken over een beroepscode (Condren, 1995: 78). Verpleegkunde is hierbij het typevoorbeeld van een beroepsgroep met een semi-erkenning (Hudson, 2001: 2). Semi-beroepen voldoen niet aan alle criteria voor professionalisering. Het zijn deze professionaliseringscriteria die bepalen wanneer een bepaalde groep legitiem de status van een ‘beroep’ kan claimen. De criteria zijn samengesteld uit een reeks van distinctieve kenmerken. Een volwaardig beroep is dan een beroep dat al de kenmerken bezit, dat voldoet aan al de voorgestelde criteria. Deze wijze van bepalen van een beroepsgroep is dominant in de beroepssociologie en is ook sterk doorgedrongen in de beroeps literatuur voor artsen, verpleegkundigen en andere gezondheidswerkers. Zo bepalen Tom Beauchamp en James Childress in hun invloedrijke *Principles of Biomedical Ethics* gezondheidszorgberoepen op basis van de volgende kenmerken:

“Professionals [...] are identified by their specialized training and by their commitment to provide important services to clients or customers. Professions maintain self-regulating organizations that control entry into occupational roles by formally certifying that candidates have acquired the necessary knowledge and skills. In learned professions, such as medicine, nursing and public health, the professional’s background knowledge derives from closely supervised training, and the professional provides a service to others.” (Beauchamp and Childress, 2001: 7)

Beauchamp and Childress stellen vijf distinctieve kenmerken voor die als criteria functioneren om professionele status te verlenen aan beroepen in de gezondheidszorg. Andere auteurs bevestigen deze distinctieve kenmerken. (Parker, 1994: 32; Carr, 1999)

1. Een belangrijke publieke dienst: beroepen verlenen een belangrijke publieke dienst. In de gezondheidszorg betreft deze ‘belangrijke publieke dienst’ de zorg voor patiënten;
2. Een specifieke expertise: de beroepspraktijk is gebaseerd op een specifieke expertise die zowel theoretisch als praktisch van aard is;
3. Ethische dimensie: de beroepspraktijk heeft een ethische dimensie;
4. Professionele autonomie: de beroepspraktijk is inherent verboden met professionele autonomie als een noodzakelijke voorwaarde voor een goede beroepspraktijk;
5. Interne regulering: een beroepsgroep moet voldoende georganiseerd en gereguleerd zijn zodat rekrutering en disciplineren mogelijk zijn.

³ In het Engels onderscheidt men *professions* van *non-professions* en *semi-professions*. *Non-professions* zijn beroepen (*occupations*) die door de samenleving niet erkend zijn als een beroep (*profession*). Bepaalde beroepsgroepen bezetten een speciale positie. Dit zijn de *semi-professions*. Deze groep van beroepen worden op grond van hun beroepsactiviteit (nog) niet erkend als volwaardige ‘professions’. Historisch is verpleegkunde hier een belangrijk voorbeeld. Journalistiek is een actueel voorbeeld van een ‘semi-profession’ die streeft naar een volwaardige erkenning als ‘profession’. Door het ontbreken van Nederlandstalige equivalenten bestaat het risico dat ook de conceptuele onderscheiding vervaagt en het debat over beroepsethiek wordt bemoeilijkt. In het verder verloop van de tekst zal ik de noties *non-profession* en *semi-profession* vertalen als ‘niet-beroep’ en ‘semi-beroep’.

Ongeacht haar eigen populariteit stelt de kenmerkenbenadering zich bloot aan een aantal kritieken. Zo zijn, ten eerste, de verschillende onderscheidende kenmerken nooit louter descriptief maar bevatten ze ook normatieve elementen. (Ozar, 1995: 2103) De kenmerkenbenadering kan niet adequaat functioneren zonder dat ze beroep doet op een aantal vooronderstellingen. Het formuleren van het leveren van een belangrijke publieke dienst als een van de onderscheidende kenmerken voor (gezondheidszorg)beroepen is een voorbeeld van de verdoken normering die uitgaat van de kenmerkenbenadering. Deze voorwaarde is niet geheel waardenvrij en bovendien erg onderbepaald. Immers: het is onduidelijk welke beroepspraktijk moet bepaald worden als een ‘publieke dienst’ en welke publieke diensten ‘belangrijk’ zijn. Is vuilnisophaling een publieke dienst en, zo ja, is het een belangrijke publieke dienst? Ook al zou het duidelijk zijn welke diensten gecategoriseerd kunnen worden als publieke diensten, dan nog blijft de vraag op grond van welke criteria men bepaalde publieke diensten als ‘belangrijk’ beschouwt. Ongeacht de vatbaarheid voor kritieken zoals voorgaande blijft het een feit dat de kenmerkenbenadering als zodanig een belangrijke rol heeft gespeeld in het professionaliseringsproces waarbij bepaalde non- en semi-beroepen professionele status hebben verworven. Hierdoor vormt de kenmerkenbenadering een interessante insteek in het hele debat over codes en professionalisering. Immers: voor dit debat is het van belang om in ogeschouw te nemen dat twee van de vijf kenmerken van professionele status direct of indirect verwijzen naar beroepscode. Zo is er, ten eerste, de erkenning van een specifieke ethische dimensie van de beroepspraktijk en, ten tweede, de vereiste interne regulering en disciplineren. Vandaar dat kan gesteld worden dat het opleggen van een set gedragsregels mee de beroepsgroep bepaalt. De vraag is evenwel welke vorm deze bepaling aanneemt en of er een evolutie merkbaar is in zowel de wijze als het subject van bepaling.

4. De professionele periode

De uitvoerige aandacht voor codes is emblematisch voor een specifiek tijdsgewricht dat kan aangeduid worden als de ‘professionele periode’ (Kritzer, 1999). Aan het begin van deze periode hanteerden de klassieke beroepen, geneeskunde en recht, beroepscode op een bijzondere manier: codes waren een manier tot zelfbepaling. Beroepscode waren dragers van de identiteit van de beroepsgroep en middelen tot wijzen van zelfregulering. De tweede fase van de professionele periode kenmerkt zich door een bijzondere ontwikkeling: nieuwe beroepsgroepen zoeken aansluiting bij de groep van klassieke beroepen. Non-beroepen en semi-beroepen gebruikten beroepscode als hefboom voor professionele status.

Verschuiven motieven gaan schuil achter de proliferatie van beroepsgroepen met erkende professionele status. Ten eerste wil men door de formulering van een beroepscode en eventueel door het voorzien van bijbehorende sanctioneringsmechanismen het negatieve imago van een bepaalde beroepsgroep positief bijsturen. Journalistiek is hiervan een goed voorbeeld. Elke keer dat een journalist in opspraak komt en de hele beroepsgroep in diskrediet geraakt, gaan er stemmen op om de beroepsgroep sterker te reguleren. De verontwaardiging van het publiek én van beroepsgenoten functioneert op zulke momenten als een hefboom voor de adequate toepassing van de deontologische

code voor journalisten. Hierdoor zouden in de toekomst onethische beroepspraktijken, zoals bijvoorbeeld het verbreken van het geheim van het onderzoek, moeten vermeden worden. Naast het verbeteren van het imago van de beroepsgroep kunnen beroepscode's ook worden aangewend om een achterhaalde hiërarchische structuur bij te sturen. Beroepscode's voor verpleegkundigen zijn hier een typisch voorbeeld van. Zoals eerder reeds vermeld, werd verpleegkunde sinds lang beschouwd als een semi-beroep (Etzioni, 1971). Verpleegkundigen waren gevangen in een web van ongelijke machtsverhoudingen waarbij de arts de dienst uitmaakte. Toen het gezicht van de gezondheidszorg grondig wijzigde als gevolg van een aantal belangrijke verschuivingen op sociaal, economisch en technologisch vlak, poogden ook verpleegkundigen hun graantje mee te pikken door het professionaliseringsproces van de eigen beroepsgroep aan te zwengelen. Dit gebeurde onder meer door het formuleren van nieuwe beroepscode's voor verpleegkundigen.

Achter deze twee motieven (het verbeteren van het imago en het wegwerken van voorbijgestreefde professionele ongelijkheden) gaat het hoofdmotief schuil van het gebruik van codes tijdens de professionele periode: het nastreven van erkenning door zowel andere beroepsgroepen als het brede publiek. Professionele status blijkt deze erkenning in te sluiten. Beroepscode's zouden zich dan tot deze erkenning lenen. (Darr, 1997: 62) Het verwerven van de status van een volwaardige beroepsgroep draagt evenwel het risico in zich een op zichzelf staand objectief te worden. Het presenteren van het beroep als een sterk intern gereguleerde groep verwordt dan tot een vorm van strategisch handelen met het oog op de nagestreefde erkenning. Als zodanig riskeert professionele status, en bijgevolg ook beroepscode's, tot een louter strategisch en stratificatorisch gebeuren te evolueren.

5. Postprofessionele periode

De nauwe band tussen codes en professionalisering suggereert dat de inbedding van een beroep in een goed ontwikkeld raamwerk van beroepsethiek de sleutel is tot maatschappelijke erkenning. Deze erkenning is slechts mogelijk mits men een specifieke visie op een beroep hanteert: de beroepsgroep als een onafhankelijke, zichzelf bepalende en regulerende groep. Codes doen dan dienst als verdedigingswapens tegen extern ingrijpen. (Frankel 1989, p. 111) Het is evenwel de vraag of deze beschrijving nog in overeenstemming kan worden gebracht met het hedendaagse 'beroepslandschap'. De actuele situatie van de gezondheidszorgberoepen vormt een perfecte illustratie van dit gewijzigde landschap. Allereerst is er de groeiende multidisciplinariteit in de gezondheidszorg. De betrokkenheid van zowel artsen, verpleegkundigen en andere gezondheidswerkers in de patiëntenzorg heeft de traditionele grenzen tussen de verschillende beroepsgroepen doen vervagen. Onderzoek geeft aan dat gezondheidswerkers als gevolg van deze groeiende interdisciplinariteit een groter gevoel van onzekerheid ontwikkelen met betrekking tot de specificiteit van de eigen beroepstaak en, meer in het algemeen, de identiteit van het beroep (Williams & Sibbald, 1999). Daarnaast moet ook de groeiende invloed van economische imperatieven in de sector van de gezondheidszorg worden beschouwd als een belangrijke factor die het 'beroepslandschap' in de gezondheidszorg wijzigt. Niet alleen een kwaliteitsvolle dienstverlening maar een kosteneffec-

tieve aanwending van de beschikbare middelen is een belangrijke overweging bij het organiseren en structureren van de beroepsactiviteiten in de zorg. Op het niveau van beroepsethiek stelt men ook belangrijke wijzigingen vast, met name het binnensijpelen van externe elementen die niet eigen zijn aan de interne dynamiek en het *telos* van het beroep (“*external-moral elements*”) (Ladd, 1983; Pellegrino 2001: 208). Deze externe elementen zijn niet alleen vreemd aan de ethische normen die gelden binnen een beroepsgroep maar zullen in bepaalde gevallen ook hieraan tegengesteld zijn. Een voorbeeld hiervan zijn overwegingen over de kosteneffectiviteit van zorgactiviteiten. Een derde element dat de zelfregulering van beroepen aantast en het landschap wijzigt is de voortschrijdende juridisering van de gezondheidszorg. Zelfregulering staat op gespannen voet met de normale externe regulering die voorbehouden is aan de overheid. Groepen die een krachtig pleidooi houden voor exclusieve zelfregulering wekken de indruk zich te willen onttrekken van de normale democratische controle die geldt voor alle burgers (De Prez, 2002: p. 30).

Al deze wijzigingen in het professionele landschap kondigen een nieuw tijdperk aan: de ‘postprofessionele periode’ (Kritzer, 1999). Deze notie verwijst naar het tanende monopolie van de klassieke beroepen over een specifiek geheel van kennis door de opkomst van semi-beroepen en gaat terug op Ivan Illich, die de term aanwendde als een *shortcut* voor een gedeprofessionaliseerde wereld, een wereld zonder beroepen (Illich, 1973). Het begrip kan echter ook worden gebruikt om een meer precieze betekenis tot uitdrukking te brengen die verband houdt met de wijziging in het ‘beroepslandschap’. Eerder hebben we reeds vermeld dat de codes een bepalende invloed uitoefenen op de beroepsgroep. Het verschil tussen de professionele en postprofessionele periode kan meer inzichtelijk worden gemaakt aan de hand van de wijze waarop deze bepaling gebeurt en welk subject onderwerp is van deze bepaling of institutionalisering. Hassan Melehey bepaalt ‘institutionalisering’ als de “*structuur die het subject bepaalt, de wijze waarop het subject wordt gevangen in een vaste set van relaties [...]; [institutionalisering] verwijst ook naar het proces waarin het subject wordt bepaald.*” (Melehey, 1997: p. 8) Naar analogie van deze definitie van institutionalisering kan een beroep worden begrepen als de structuur die een bepalende invloed uitoefent op de individuele professional. Het beroep gaat immers welbepaalde eisen stellen zodat de individuele professional zich zal schikken naar een aantal voorgeschreven standaarden. Deze institutionalisering gebeurt tijdens de opleiding en beroepstraining van de professionals. De institutionalisering die eigen is aan beroepen en deze beroepen onderscheidt van semi-beroepen, moet dus op een tweevoudige manier worden begrepen. Enerzijds organiseert een beroepsgroep zichzelf als een ‘instituut’ door het uitbouwen van een ‘professionele structuur’. Die structuur behelst onder meer het uitschrijven en implementeren van beroepscodes. Anderzijds verwijst het institutionaliseringsproces ook naar de bepaling van de individuele professional in een web van beroepsverplichtingen en verantwoordelijkheden. Er voltrekt zich met andere woorden een dubbele beweging: (1) de groep profileert en manifesteert zich als een volwaardige beroepsgroep door zich te conformeren aan de noodzakelijke kenmerken van volwaardige beroepen; (2) ook de individuele professional wordt geïnstitutionaliseerd. Het is deze wijze van institutionaliseren die we eerder al beschreven als kenmerkend voor de professionele periode.

De postprofessionele periode onderscheidt zich van de professionele periode door de wijziging van een aantal factoren, zoals de groeiende interdisciplinariteit, de kosteneff-

fectiviteit en de juridische omkadering van het beroep. In de postprofessionele periode blijken beroepen op een andere wijze betrokken te zijn in het proces van institutionalisering: ze zijn niet langer de actieve pool in het institutionaliseringsproces, maar onder vinden almaar meer dwingende externe inmenging. Ze zijn met andere woorden de passieve pool in het institutionaliseringsproces geworden. De institutionalisering die vandaag plaatsvindt, heeft te maken met het sterke raamwerk dat rond beroepen wordt gebouwd. Voor gezondheidswerkers zoals artsen en verpleegkundigen, bijvoorbeeld, betreft het hier het almaar dwingender worden van economische overwegingen (niet alleen kwaliteitsvolle zorg maar ook het garanderen van een efficiënte zorgverlening). Gezondheidszorgberoepen zijn niet alleen schakels geworden van het gezondheidszorgsysteem als dusdanig, die een werkelijkheid blijkt te zijn die veel uitgebreider is en functioneert volgens de eigen behoeften en mechanismen van zelfbehoud (Hall, 2000: p. 10). Deze macro-overwegingen op het niveau van het systeem blijken ook een betekenis te hebben voor het micro-niveau, waar de gezondheidszorgprofessional werkzaam is (Denier & Meulenbergs, 2002). Naast het grotere belang van kosteneffectiviteitsoverwegingen en macro-consideraties is ook de toenemende mondigheid van de patiënt, sinds kort geformaliseerd en juridisch afdwingbaar gemaakt in de patiëntenrechtenwetgeving (Nys, 2001), een significant symptoom van het gewijzigde klimaat. De beroepspraktijk wordt dus niet langer alleen maar gestructureerd door de beroepsgroep zelf. Zelfregulering wordt in toenemende mate gecombineerd met externe regulering van het beroep. Waar beroepsgroepen voordien zelf de actieve pool waren in het institutionaliseringsproces door het opleggen van beroeps codes aan de individuele professional, worden codes nu meer en meer gebruikt door een 'externe wetgever' om het beroep zelf te institutionaliseren. Beroeps codes zijn dan veeleer controlemechanismen in plaats van instrumenten gericht op het bevorderen van een ethische beroepspraktijk. Deze situatie is in scherp contrast met de professionele structuur zoals die zich heeft ontwikkeld tijdens de negentiende en twintigste eeuw en waarbij de beroepsbeoefenaars in hun geheel de controle over het beroep in handen hadden. De nieuwe vorm van institutionalisering, kenmerkend voor de postprofessionele periode, verwerpt het traditionele model van paternalisme waarin de interne moraliteit van het beroep de enige bron is die de toekomstige vorm van het beroep zal bepalen. Meer nog: in de postprofessionele periode vervullen beroeps codes best niet langer hun traditionele rol van professionaliseringsinstrumenten. Immers, de eisen verbonden aan een efficiënte organisatie van de gezondheidszorg waarbij de patiënt ten volle in zijn rechten wordt gerespecteerd, lijken soms op gespannen voet te staan met de vaak idealiserende beschrijvingen die men kan terugvinden in veel beroeps codes. (Darr, 1997: p. 9)

6. De effectiviteit van beroeps codes

Welke rol kunnen beroeps codes dan spelen in deze nieuwe context? Om deze vraag te beantwoorden is het belangrijk een licht te werpen op twee tegengestelde kritieken die veelvuldig aan het adres van beroeps codes worden geformuleerd.

De eerste kritiek beschouwt beroeps codes als te instructief en te belerend. Hierdoor worden deze codes als oneigenlijk ervaren: *“the very nature of morality ensures that the codes cannot be all a moral agent needs for guidance”*. (Hussey, 1996: p. 257) De

eigenheid van moraliteit maakt dat beroepscode niet volstaan om ons handelen mee te sturen. Codes vertalen immers de gewenste ethische houding van de beroepsbeoefenaars in deontologische termen. Hierdoor staan beroepscode in een gespannen verhouding tot de ethische intuïtie van individuele professionals. Door ethiek te reduceren tot het volgen van regels doen beroepscode de grens tussen ethiek en recht vervagen. Ze zorgen er met name voor dat het slaafs volgen van de voorschriften volstaat om 'in orde' zijn. Het engagement van de individuele professional om juist te handelen volgens zijn eigen ethische intuïtie wordt dan vervangen door een meer legalistische houding die focust op conformisme. Deze toepassing van beroepscode kenmerkt zich door een perspectief dat van buiten naar binnen werkt: de professional moet zich in zijn gedrag schikken naar externe regels en voorschriften die hem worden opgelegd (Dawson, 1994: 146-147). Volgens sommigen lijdt de toepassing van code bij gevolg aan myopie (Pattison, 2001: 11). Wanneer ethische code op een deontologische manier worden geïnterpreteerd kan dit bovendien tegengestelde effecten ressorteren. Door de nadruk op discipline en conformisme te leggen zullen individuele professionals vlugger geneigd zijn eventuele fouten te verhullen of, in extremis, zelfs niet te rapporteren, waardoor eventuele correctieve maatregelen onmogelijk worden gemaakt (Esterhuizen, 1996: 30).

De tweede grote kritiek die aan het adres van beroepscode wordt geformuleerd is dat deze code vaak te vaag zijn (Edgar 1994, Darr 1997, Limentani 1999). Code worden dan terzijde geschoven omdat ze alleen maar een abstract geformuleerde visie aanreiken desnoods aangevuld met wat vage principes of een formulering van de deugden van een professional. Deze vage en abstracte visie staat mijlenver af van de professional die in zijn dagelijkse beroepsbezigheid in situaties belandt die om onmiddellijke en concrete actie vragen.

De twee tegengestelde kritieken (te vaag of te instructief) wijzen op de gespannen verhouding tussen code en individueel handelende professionals. In beide kritieken staan de gevolgen van de toepassing van de code centraal. In de kritiek op het deontologisch karakter van code speelt de overweging dat code bij professionals een verlamme angst voor sancties zouden veroorzaken. Code zouden dan het omgekeerde effect ressorteren. In plaats van het professioneel handelen te faciliteren en het ethische gehalte ervan veilig te stellen, verlammen ze de professional. Als code worden bekritiseerd als een bundeling van al te vage principes wordt uitgegaan van de idee dat beroepscode concrete en bruikbare voorschriften moeten bevatten voor het professioneel handelen. Door de vaagheid van de geformuleerde ethische beginselen zouden code dan te weinig directe impact op het handelen hebben. De op het eerste gezicht erg uiteenlopende en zelfs tegengestelde kritieken komen uiteindelijk op hetzelfde neer: ze maskeren een achterliggende vraag naar efficiëntie van code. Het is net deze verdoken vraag naar efficiëntie die een belangrijk kenmerk is van de postprofessionele periode. Van beroepsgenoten, maar evengoed van beleidsmakers en uit de samenleving komen vragen over professionele verantwoordelijkheid. Deze verantwoordelijkheidsvraag heeft ook een uitloper op het vlak van de beroepsethiek. Ook op beroepsethisch vlak wordt er van professionals een goede beroepspraktijk verwacht. Dit betekent dat beroepscode effectieve instrumenten moeten zijn in de handen van professionals opdat ze tegemoet kunnen komen aan de almaar dwingender eisen. Code mogen niet langer als een waarde op zich worden beschouwd maar moeten veeleer functioneren als een blauwdruk voor

een goede beroepspraktijk (Condren, 1995). De nadruk komt dan te liggen op de morele functie van beroepscode. Beroepsmensen worden immers almaar meer geëvalueerd op basis van hun feitelijke prestaties. Het behoren tot een bepaalde beroepsgroep staat in vergelijking met vroeger veel minder garant voor het verwerven van een bepaalde status. Daarom is het van belang dat professionals ook adequaat zijn uitgerust met betrekking tot de ethische aspecten van hun beroepspraktijk. Beroepscode functioneren daarom best niet langer zoals tijdens de professionele periode. Wanneer codes worden aangewend als controlemechanismen of hefboomen tot maatschappelijke erkenning missen ze hun doel. De vraag is nu hoe de effectiviteit van beroepscode kan worden vergroot en de morele functie van codes kan worden geherwaardeerd.

7. 'Ethisering' van beroepscode

De morele functie van codes staat in een gespannen verhouding tot het proces van institutionalisering. Wanneer de bepaling van de beroepsgroep en van de individuele professional als hoofdmotief geldt voor de ontwikkeling en implementatie van codes wordt de morele functie slechts een secundaire bekommernis. In plaats van een ethisch kwaliteitsvolle beroepspraktijk staat dan de disciplineren en interne regulering centraal. Het voorstel is om het gebruik van codes te de-institutionaliseren. Concreet betekent dit dat de morele functie van beroepscode moet worden hersteld. Codes worden dan niet op de eerste plaats gebruikt om de beroepsgroep te institutionaliseren of als een manier om de individuele professional te controleren. Ze moeten daarentegen de individuele professional wapenen in zijn dagelijkse beroepspraktijk. Deze wijziging in de betekenis en functie van beroepscode kan ook worden geduid als de 'ethisering' van codes. In plaats van beroepscode alleen maar in te schakelen in het proces van professionalisering kunnen ze ook een belangrijke rol spelen in het ethische besluitvormingsproces bij professionals. Hiervoor moet men eerst erkennen dat beroepscode meer zijn dan louter manifesten die zijn klaargestoomd door een groep van ethische experts en professionals aan de top van de beroepshierarchie. Deze erkenning kan concreet vorm krijgen door codes te contextualiseren. Deze contextualisering impliceert de integratie van beroepscode in onderwijs en beroepsopleiding en heeft repercussies voor het geneseproces van ethische codes (Meulenbergs, 2002: 8-9). Zo kan de formulering van een beroepscode niet worden overgelaten aan een select clubje van professionals. Ethische expertise inzake beroepsethiek is immers geen expertise die gelijkloopt met andere vormen van expertise, bijvoorbeeld op medisch vlak. Zo moet beroepsethische expertise breder worden begrepen dan klinische expertise omdat in het geval van beroepsethiek de mogelijkheid om in een interdisciplinaire context te kunnen functioneren van uitermate groot belang is (Yoder, 1998). Daarom dienen professionals die op beroepsethisch vlak actief willen zijn te beschikken over goede communicatieve vaardigheden ter ondersteuning van de interdisciplinaire dialoog. Ook een gedegen kennis van de beroepspraktijk is essentieel om te vermijden dat de te ontwikkelen beroepscode niet vaag blijft of ethische knelpunten over het hoofd ziet. Dit betekent dat de groep die belast wordt met het formuleren of eventueel herzien van een beroepscode niet kan samengesteld zijn uit enkele ethici of uit de top van de hiërarchie van het beroep. Integendeel: de denktank die de beroepscode ontwikkelt of wijzigt moet een afspiegeling zijn van de beroeps-

groep. Hierdoor wordt tegemoetgekomen aan een van de hoofdvoorwaarden om een rationele dialoog mogelijk te maken, met name de gelijke participatie van alle betrokken partijen (Habermas, 1999).

Naast het belang van een goede methodologie is het voor de effectiviteit van de beroepscode ook van belang dat deze haar weg vindt naar de opleiding en beroepstraining. Door beroepscode reeds vroeg in de opleiding te introduceren zullen de beroepsmensen de beroepsethische beginselen en, meer in het algemeen, ethiek veel minder percipiëren als vreemd aan de eigen beroepspraktijk. Wanneer tijdens de opleiding en de professionele training bijzondere aandacht gaat naar de ethische beginselen die mede constitutief zijn voor een goede beroepspraktijk zullen codes veel minder worden ervaren als moraliserend of al te instructief. De vertrouwdheid met de eigen beroepscode kan een belangrijke stimulans zijn om een reflectie over de ethische aspecten van het eigen handelen op gang te brengen. Zo zal, bijvoorbeeld, bij verpleegkundigen een uitgebreide aandacht voor de eigen beroepscode tijdens de opleiding bijdragen tot de vorming van een stabiele dispositie die kan worden omschreven als een gecultiveerde ‘deugdzame’ houding (Gastmans, 2002: 501). De normen en waarden die het beroep schragen, zijn dan met andere woorden geïnternaliseerd. Deze aanpak wordt trouwens gesuggereerd door de International Council of Nurses, die met de ICN Code of Ethics ethiek hoog op de agenda van het verpleegkundige beroep heeft geplaatst (International Council for Nurses, 2000: 4). De integratie van beroepsethiek in het curriculum heeft trouwens een positieve impact op de latere beroepspraktijk. Uit een recent onderzoek bij verpleegkundigen blijkt dat de effectiviteit van klinisch-ethische casusbespreking tijdens de opleiding een belangrijke rol speelt in de ontwikkeling van de ethische intuïtie bij kandidaat-verpleegkundigen (Davis *et al.*, 1999). Het is net deze ethische intuïtie die zo belangrijk is om op terug te kunnen vallen wanneer verpleegkundigen in de drukte van hun dagelijkse beroepspraktijk met dilemma’s worden geconfronteerd (McCutcheon & Pincombe, 2001).

Geen enkele beroepscode kan de rol van deze ethische intuïtie in het individuele besluitvormingsproces vervangen. Immers, de individuele professional zal slechts voor zijn professioneel handelen verantwoordelijk kunnen worden gehouden wanneer zijn/haar praktijk het uitvloeisel is van een individueel besluitvormingsproces dat vrij is van elke externe dwang of beperking (Tadd, 1994).

8. Conclusie

In de professionele periode speelden beroepsethiek en codes een belangrijke rol in de zelfbepaling van beroepsgroepen. Professionals worden vandaag geconfronteerd met een groeiende verantwoordelijkheidsvraag. Tegelijkertijd voelen ze zich veel sterker dan vroeger bepaald door een aantal externe factoren zoals de publieke opinie of de wetgever. Deze situatie, aangeduid als de postprofessionele periode, verschilt fundamenteel van de situatie van beroepen tijdens het midden van de 20ste eeuw. De nieuwe situatie wijzigt ook de betekenis en de functie van beroepscode. Deze stijgende vraag naar verantwoordelijkheid en verantwoording stelt zich ook met betrekking tot de ethische aspecten van het beroep. In plaats van te functioneren als wapenschilden tegen externe invloeden of als instrumenten om de individuele professional te institutionaliseren

seren in het beroep, moet daarom het bestaan, herzien en ontwikkelen van beroepscode worden aangegrepen om een afdoende antwoord te formuleren op de stijgende vragen die van buiten het beroep komen en die ook betrekking hebben op beroepsethische aspecten van de beroepspraktijk. Dit alles vraagt een contextualisering van beroepscode, die met name mogelijk is door beroepscode te integreren in onderwijs en beroepstraining. De effectiviteit van beroepscode moet met andere woorden worden verhoogd. Dit kan door de morele functie van code te herwaarderen. Deze ethisering van code met het oog op een grotere effectiviteit is slechts mogelijk door een integratie van beroepscode in onderwijs en beroepstraining.

LITERATUUR

- BEAUCHAMP T.L. & CHILDRESS J.F. (2001), *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York
- CARR D. (1999), 'Professional Education and Professional Ethics', *Journal of Applied Philosophy*, 16, 33-46
- CONDREN C. (1995), 'Codes Types: Functions and Failings and Organizational Diversity', *Business & Professional Ethics Journal*, 14, 4, 69-87
- DARR K. (1997), *Ethics in Health Service Management*, Health Professions Press, Baltimore
- DAVIS A.J., OTA K., SUZUKI M. & MAEDA J. (1999), 'Nursing Students' Response to a Case Study in Ethics', *Nursing and Health Sciences*, 1, 3-6
- DAWSON A.J. (1994), 'Professional Codes of Practice and Ethical Conduct', *Journal of Applied Philosophy*, 11, 145-153
- DENIER Y. & MEULENBERGS T. (2002), 'Health Care Needs and Distributive Justice: Philosophical Remarks on the Organisation of Health Care Ethics' in LIE R.K., SCHOTSMANS P., HANSEN B. & MEULENBERGS T. (eds.) (2002), *Healthy Thoughts: European Perspectives on Health Care Ethics*, Peeters Publishers, Leuven, 265-298
- DE PREZ P. (2002), 'Self-regulation and Paragons of Virtue: the Case of 'Fitness to Practice'', *Medical Law Review*, 10, 22-56
- EDGAR A. (1994), 'The Value of Codes of Conduct' in HUNT G. (1994), *Ethical Issues in Nursing*, Routledge, London, 148-163
- ESTERHUIZEN P. (1996), 'Is the Professional Code still the Cornerstone of Clinical Nursing Practice?', *Journal of Advanced Nursing*, 23, 25-31.
- ETZIONI A. (1971), *The Semi-Professions and their Organisation: Teachers, Nurses and Social Workers*, Free Press, New York
- FWLER M.D. (1984), 'Nursing Ethics in the Context of Nursing History: The Prodomal Codes' in FWLER M.D. (1984), *Ethics and Nursing, 1893-1984: The Ideal*

- of Service, the Reality of History*, University of Southern California, Southern California, 119-288
- FRANKEL M.S. (1989), 'Professional Codes: Why, How and With What Impact?', *Journal of Business Ethics*, 8, 109-115.
- GASTMANS C. (2002), 'A Fundamental Ethical Approach to Nursing: Some Proposals for Ethics Education', *Nursing Ethics*, 9, 494-507
- HABERMAS J. (1999), *Theorie des kommunikativen Handelns*, Suhrkamp, Frankfurt am Main
- HALL R.T. (2000), *An Introduction to Healthcare Organizational Ethics*, Oxford University Press, Oxford
- HUDSON B. (2001), *Inter-professionality and Partnership: An Obstacle to Integrated Care? An Exploratory Study of Professional Preferences*, Nuffield Institute for Health, Leeds
- HUSSEY T. (1996), 'Nursing Ethics and Codes of Professional Conduct', *Nursing Ethics*, 3, 250-258
- ILLICH I. (1977), *Disabling Professions*, Marion Boyars, London
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2000), *The ICN Code of Ethics for Nurses*
- KRITZER H.M. (1999), 'The Professions are Dead, Long Live the Professions: Legal Practice in a Postprofessional World', *Law & Society Review*, 33, 713-753
- LADD J. (1983), 'The Internal Morality of Medicine: An Essential Dimension of the Physician-Patient Relationship' in SHELP E.E. (ed.), *The Clinical Encounter. The Moral Fabric of the Patient-Physician Relationship*, D. Reidel Publishing Company, Boston, 209-331
- LIMENTANI A.E. (1999), 'The Role of Ethical Principles in Health Care and the Implications for Ethical Codes', *Journal of Medical Ethics*, 25, 394-398
- MCCUTCHEON H.H.I. & PINCOMBE J. (2001), 'Intuition: an Important Tool in the Practice of Nursing', *Journal of Advanced Nursing*, 35, 342-348
- MELEHY H. (1997), *Writing Cogito: Montaigne, Descartes and the Institution of the Modern Subject*, State University of New York Press, Albany
- MEULENBERGS T. (2002), 'Are Ethical Codes Ethical?', *Proceedings of 14th World Congress on Medical Law*, 5-9
- NYS H. (2001), 'Comparative Health Law and the Harmonization of Patients' Rights in Europe', *European Journal of Health Law*, 8, 317-331
- OZAR D.T. (1995), 'Profession and Professional Ethics' in REICH W. (ed.), *Encyclopaedia of Bioethics*, Simon & Schuster MacMillan, New York, 2103-2112
- PATTISON S. (2001), 'Are Nursing Codes of Practice Ethical?', *Nursing Ethics*, 8, 5-18

- PARKER J. (1994), 'Moral Philosophy – Another 'Disabling Profession?' in CHADWICK R. (ed.), *Ethics and the Professions*, Brookfield, Avebury, 27-41
- PELLEGRINO E. (2001), 'The Medical Profession as a Moral Community' in PELLEGRINO E. (ed.), *Physician and Philosopher. The Philosophical Foundation of Medicine: Essays by Dr. Edmund Pellegrino*, Carden Jennings Publisher, Charlottesville, 205-213
- PURTILLO R.B. & CASSELL C.K. (1981), 'Florence Nightingale's Pledge', in PURTILLO R.B. & CASSELL C.K. (eds.), *Ethical Dimensions in the Health Professions*, W.B. Saunders Co, Philadelphia, 37-38
- SPICER C.M. (1995), 'Nature and Role of Codes and Other Ethics Directives' in REICH W. (ed.) *Encyclopedia of Bioethics*, Simon & Schuster MacMillan, New York, 2605-2612
- TADD W. (1994), 'Accountability and Nursing' in CHADWICK R. (ed.), *Ethics and the Professions*, Brookfield, Avebury, 88-103
- WILLIAMS A. & SIBBALD B. (1999), 'Changing Roles and Identities in Primary Health Care: Exploring a Culture of Uncertainty', *Journal of Advanced Nursing*, 29, 737-745
- YODER, S.D. (1998), 'Experts in Ethics? The Nature of Ethical Expertise', *Hastings Center Report*, 28, 6, 11-19