

Ontwikkeling van ethische competenties binnen de opleiding geneeskunde

Dagelijks maken artsen situaties mee waarbij ethische reflectie en het hebben van ethische competenties van belang zijn. De laatste jaren vindt er in de medische wereld een verschuiving plaats van ethiekbeoefening in ethische commissies, naar ethiekbeoefening op de werkvloer, bijvoorbeeld door middel van moreel beraad (Van Dartel & Molewijk, 2014). Ook in de opleiding geneeskunde is aandacht voor de vele morele situaties waar artsen in de dagelijkse praktijk mee in aanmerking kunnen komen belangrijk.

Dit artikel beantwoordt de vraag: Welke aspecten van het (ethiek)onderwijs binnen de opleiding geneeskunde kunnen verder worden ontwikkeld om beter aan te sluiten bij de ethische vraagstukken waar artsen in de dagelijkse praktijk mee te maken krijgen? Allereerst zal het belang van ethische reflectie en competentie bij artsen uiteen worden gezet, waarna de huidige situatie van het ethiekonderwijs in de opleiding geneeskunde wordt weergegeven. Als reactie hierop worden enkele aspecten besproken waarvoor meer aandacht zou moeten zijn in de opleiding geneeskunde met betrekking tot het ontwikkelen van ethische competenties, namelijk: de praktijk, relationaliteit, macht en lichamelijkheid. Tot slot wordt ingegaan op de haalbaarheid van het implementeren van deze aspecten binnen het (ethiek)onderwijs van de opleiding geneeskunde.

Belang van ethische reflectie en competenties

Zorg brengt ethische vraagstukken met zich mee. Artsen vragen zich dagelijks af wat goede zorg is, niet alleen in medische, maar ook in ethische zin. Deze vraag is niet altijd gemakkelijk te beantwoorden, bijvoorbeeld doordat de verschillende betrokkenen hier een andere visie op hebben. Over de complexiteit van ethiek in de dagelijkse praktijk is veel gepubliceerd. Zo schrijven Van Dartel en Molewijk (2014) dat de vanzelfsprekendheid van moraal uitgedaagd wordt door de dynamiek van de moderne samenleving. De logica van bureaucratie en de marktwerking kunnen conflicteren met de professionele logica van artsen,



DYMPH DIEBEN, MSC MA

Basisarts bij GGZ Centraal
Alumna Zorgethiek en Beleid (Universiteit
voor Humanistiek)
E-mail: dymph.dieben@ziggo.nl

waardoor waardenconflicten ontstaan (Tonkens, 2004; Kole, 2018). Hoge werkdruk, toenemende verzakelijking, versnippering van werk en het gebrek aan samenhang tussen de verschillende, snel evoluerende disciplines in de geneeskunde zorgen voor een groeiende behoefte om te reflecteren op het werk in de zorg (Janssen van Doorn, 2015). Professionals, waaronder artsen, kunnen te maken krijgen met morele stress doordat zij niet kunnen doen wat ze het goede achten, bijvoorbeeld vanwege institutionele beperkingen (Kole, 2018; Rushton, 2017; Kohlen, 2018). Dit kan negatieve gevolgen hebben voor het welzijn van artsen, zoals het ontstaan van burn-outklachten, en ook de patiënten-zorg kan hieronder lijden (Rushton, 2017).

Ethische reflectie kan helpen om in beraad te gaan over uiteenlopende en strijdige waarden, praktijken en instituties (Kole, 2018). Dit kan bijvoorbeeld door middel van een moreel beraad, waarbij betrokkenen gezamenlijk onderzoeken wat er wordt verstaan onder goede zorg in een concrete situatie. Situaties worden tijdens ethische reflectie vanuit meerdere perspectieven bekeken, waardoor nieuwe inzichten ontstaan, men zich bewust wordt van het eigen handelen en zich leert inleven in anderen. Artsen moeten niet alleen leren reflecteren op morele vragen (Van Dartel & Molewijk, 2014), maar ook de juiste persoonlijke vaardigheden ontwikkelen, zoals morele veerkracht (Rushton, 2017), zodat zij om kunnen gaan met morele vragen en stress (Kole, 2018). Het ontwikkelen van ethische competenties vergt training, goede rolmodellen, gezamenlijke kritische reflectie (Kole, 2018) en goed ethiekonderwijs (Rushton, 2017).

Ethiekonderwijs in de opleiding geneeskunde

Alhoewel de verschillende Universitair Medische Centra in Nederland een eigen curriculum samenstellen voor de opleiding geneeskunde, worden de

eindtermen voor elk van deze geneeskundeopleidingen beschreven in het Raamplan. Deze eindtermen zijn globaal omschreven en kunnen worden gezien als de basiseisen waar een afgestudeerde dokter aan moet voldoen. In het recentste Raamplan (Van de Pol e.a., 2020) staat met betrekking tot ethiek dat een afgestudeerde arts moreel-ethisch moet kunnen denken en kennis moet hebben van “de filosofische, ethische en historische grondslagen van het geneeskundig handelen” (p.33). Hierbij genoemde trefwoorden zijn: “omgaan met schaarste (prioritering, rantsoenering, selectie) en met overvloed, doelmatigheid”, “omgaan met dilemma’s bij bijvoorbeeld abortus provocatus, euthanasie, getherapie, orgaantransplantatie, vaccinaties”, “de morele implicaties van leiderschap door de arts” en “(on)wenselijkheid implementatie toenemende technische mogelijkheden” (p.69). Daarnaast wordt het belang van zelfreflectie en zelfinzicht benadrukt.

Situaties worden tijdens ethische reflectie vanuit meerdere perspectieven bekeken, waardoor nieuwe inzichten ontstaan, men zich bewust wordt van het eigen handelen en zich leert inleven in anderen

Om deze leerdoelen te behalen krijgen geneeskundestudenten colleges en werkgroepen over medische ethiek. De nadruk hierbij ligt op ‘grote’ morele vraagstukken zoals deze beschreven staan in het Raamplan, welke vanuit de vier bio-ethische principes, goed-doen, niet-schaden, autonomie en rechtvaardigheid, worden benaderd (Van de Pol e.a., 2020). Hierdoor wordt ethiek als feitelijk en rationeel beschouwd (Van Reenen & Van Nistelrooij, 2019). Aanvullend ethiekonderwijs verschilt per universiteit. Op veel universiteiten schrijven geneeskundestudenten werkstukken waarbij ze individueel reflecteren op een morele vraag vanuit een zelfgekozen of vooraf bepaalde casus door voor- en tegenargumenten aan te dragen, argumentatieschema’s te maken en na te denken over welke principes, waarden en normen een rol spelen. Soms is een soortgelijke reflectie ook in tweetallen of groepjes. Sommige studenten doen ervaring op met een gezamenlijk moreel beraad vanuit de opleiding of doordat dit in de ziekenhuizen waar ze coschappen lopen wordt georganiseerd.

Positief aan de manier waarop het Raamplan ethiekonderwijs beschrijft is dat geneeskundestudenten kennis maken met algemene morele vraagstukken

en leren nadenken over de invloed van politieke en juridische aspecten op deze vraagstukken. In de dagelijkse praktijk van artsen zijn het echter juist concrete situaties met patiënten, collega’s en institutionele normen en waarden die vragen om ethische reflectie (Van Dartel & Molewijk, 2014) en in hoeverre hier aandacht voor is binnen de opleiding verschilt per universiteit. Hieronder wordt ingegaan op enkele aspecten die belangrijk zijn in het ethiekonderwijs in de geneeskundeopleiding.

De praktijk

Volgens filosoof Walker (2007) zijn er geen algemene morele regels over hoe men moet leven, maar ontstaat moraliteit tussen mensen binnen een bepaalde context. Moraliteit wordt dus gevormd in een sociale en politieke context (Walker, 2007; Tronto, 1993) en morele kennis komt uit de praktijk (Walker, 2007). Door te onderzoeken in een praktijk wie waar verantwoordelijk voor is, kan men erachter komen welke morele opvattingen er heersen (Walker, 2007). Het ontwikkelen van ethische competenties en reflectievaardigheden van geneeskundestudenten zou dus in de praktijk plaats moeten vinden en vooral moeten ingaan op specifieke situaties in een particuliere context en niet enkel op algemene morele vragen zoals deze beschreven staan in het Raamplan.

Binnen veel opleidingen geneeskunde wordt er enig belang gehecht aan het betrekken van de praktijk en de bijbehorende context, doordat tijdens ethiekonderwijs soms wordt geoefend met casussen. Vooral in de bacheloropleiding gaat het in dit geval vaak om fictieve casussen, omdat studenten dan weinig tot geen ervaringen hebben in de zorgpraktijk. Hierbij ontbreken echter aspecten die in de praktijk wel naar voren zouden komen, zoals emoties, lichamelijke en de relaties tussen betrokkenen. Een oplossing kan ervarings- of simulatieleren zijn. Een voorbeeld hiervan is het Zorgethisch Lab (Vanlaere e.a., 2012), waarbij zorgverleners zich leren inleven in anderen door zelf de rol van zorgvrager aan te nemen. Door dit inleven ontstaat empathie en kan er gereflecteerd worden op wat goede zorg is. Wat als ‘goede zorg’ gezien wordt, is het resultaat van een reflectie door middel van een dialoog met alle betrokkenen. Een ander voorbeeld is het *Moral Agency Theater* (Stocker, 2015) waarin zorgverleners moreel lastige praktijksituaties naspelen om zo tot alternatieve manieren van handelen te komen. Filosoof Stocker (2015) legt uit: “Oefenen door steeds nieuwe keuzes uit te proberen is belangrijk, omdat onze keuzes ons vormen tot een persoon met een bepaald karakter” (p.100). Ondanks dat deze vormen van ervarings- of simulatieleren ook fictieve praktijken

creëren, kan het studenten wel meer leren over emoties en lichamelijkheid in relatie met anderen, dan wanneer met ‘papieren’ casussen wordt geoefend.

Gedurende de masterfase doen geneeskundestudenten wel degelijk praktijkervaring op, waardoor het mogelijk wordt vanuit deze praktijk te reflecteren op het eigen morele handelen en denken. Aangezien de (morele) vorming van geneeskundestudenten voornamelijk plaatsvindt in de praktijk van het ziekenhuis (Van Reenen & Van Nistelrooij, 2019) en dus minder in de collegezalen, is de masterfase een belangrijke periode voor het ontwikkelen van ethische competenties. In sommige opleidingen geneeskunde is hier al aandacht voor, doordat studenten bijvoorbeeld in groepjes oefenen met het houden van een moreel beraad met casussen vanuit hun eigen ervaringen. Bij andere opleidingen zijn studenten hiervoor echter vooral afhankelijk van de ethiekactiviteiten die georganiseerd worden door de instelling waarbij zij stage lopen. Aangezien het per organisatie verschilt hoeveel aandacht hiervoor is (Van Dartel & Molewijk, 2014), kan het voorkomen dat het ontwikkelen van ethische competenties in de praktijk onvoldoende aan bod komt. Door vanuit de opleiding in bestaande (intervisie)bijeenkomsten in de masterfase plaats te maken voor ethische reflectie op praktijkervaringen van studenten zelf, kunnen zij oefenen met het herkennen en maken van ethische keuzes. Hierbij moet specifieke aandacht zijn voor de emotionele aspecten, zodat er niet enkel geredeneerd wordt vanuit abstracte ethische principes (Vuyk & Engberts, 2018). Emoties zijn in de praktijk namelijk altijd aanwezig en vormen een drijfveer voor ethisch gedrag en kunnen zo door middel van reflectie gebruikt worden om gedrag bij te sturen naar juist ethisch gedrag in een bepaalde situatie (Baur e.a., 2017).

Relationeel, interdisciplinair & aandacht voor macht

Veel van de werkzaamheden van artsen worden uitgevoerd in samenwerking met collega's en in relatie met patiënten. Ook morele reflectie is geen individuele bezigheid, maar een relationeel proces (Walker, 1993; 2007). Het inleven in anderen zou een onderdeel van morele reflectie moeten zijn, zodat standpunten en alternatieve handelswijzen verkend kunnen worden (Van Dartel & Molewijk, 2014). Door met betrokkenen vanuit verschillende zorgfuncties het gesprek aan te gaan (Van Dartel & Molewijk, 2014), kunnen morele kwesties besproken worden vanuit meerdere perspectieven (Walker, 1993). Bij moraliteit spelen echter ook machtsverhoudingen een rol (Walker, 1993; 2007; Tronto, 1993). Walker (2007) schrijft: “Not everyone is equally burdened or esteemed morally, and not

everyone is in the same position to give or to demand moral accounts. Because social segmentations and hierarchical power relations are the rule” (p.18). Juist in het ziekenhuis waar een hiërarchische structuur en ongelijke macht tussen artsen, verpleegkundigen en patiënten onmiskenbaar is, kan niet iedereen gelijk handelen vanuit zijn eigen morele positie en worden niet alle morele problemen even serieus genomen (Kohlen, 2018; Liu & Kohlen, 2018). Het is dus belangrijk om binnen de opleiding geneeskunde aandacht te schenken aan het relationele en interdisciplinaire aspect van ethiek en moraliteit en de mogelijke invloed van machtsverhoudingen tijdens ethische reflectie en het ontwikkelen van ethische competenties.

Door al in de opleiding ethische competenties te ontwikkelen in samenwerking met mensen uit andere vakgebieden komen de mogelijke machtsverhoudingen en het relationele aspect van moraliteit meer naar voren

Wanneer geneeskundestudenten individueel ethische theorie bestuderen en individueel nadenken over morele vraagstukken, gaat verloren hoe moraliteit ontstaat tussen mensen en leren studenten zich niet, of alleen fictief, verplaatsen in anderen. Daarom is het van belang dat geneeskundestudenten niet enkel individueel ethische werkstukken schrijven en colleges volgen, maar ook, zoals in de meeste opleidingen al gebeurt, gezamenlijk ethisch reflecteren. Echter, wanneer geneeskundestudenten gezamenlijk ethisch reflecteren is dat veelal met andere geneeskundestudenten, waardoor het lastig is om de perspectieven van patiënten, andere zorgprofessionals of managers te leren kennen. Juist door al in de opleiding ethische competenties te ontwikkelen in samenwerking met mensen uit andere vakgebieden, zoals verpleegkunde- of managementstudenten, komen de mogelijke machtsverhoudingen en het relationele aspect van moraliteit meer naar voren. Het ontwikkelen van ethische competenties samen met de andere zorgprofessionals, managers, patiënten en hun naasten is extra belangrijk, omdat de interactie met andere mensen uit het vakgebied een belangrijke invloed heeft op de vorming van geneeskundestudenten (Van Reenen & Van Nistelrooij, 2019). Want, zoals zorgethicus Van Nistelrooij (2019, p.5) schrijft: “Het

gaat om competenties waarbij alle betrokkenen vanuit hun positie en perspectief reflecteren, waarbij echter met name van de professional gevraagd wordt zich in andere perspectieven te verdiepen”. Er moet niet alleen vanuit casussen gepraat worden over het (mogelijke) perspectief van de niet-aanwezige ander, maar juist lichamelijke aanwezigheid is nodig om moreel te kunnen handelen (Hamington, 2004).

De bestaande structuren bieden mogelijkheden om meer praktijkgericht ethiekonderwijs te implementeren, waarbij er aandacht is voor lichamelijkeheid, emoties, relaties en machtsverhoudingen

Lichamelijkheid

Filosoof Hamington (2012a) beschrijft hoe de scheiding van lichaam en geest in de Westerse filosofie invloed heeft op hoe in de gezondheidszorg het lichaam als object wordt gezien en de nadruk op technische procedures is komen te liggen, in plaats van op zorgpraktijken. Echter, volgens hem is het lichaam juist een bewaarplaats van kennis. Bijvoorbeeld over hoe er gezorgd moet worden: wanneer iemand valt, weten omstanders door lichamenlijk inlevingsvermogen en eigen ervaringen, hoe zij kunnen handelen om te helpen. Dit noemt Hamington lichamenlijke kennis. Het lichaam biedt de mogelijkheid om door inlevingsvermogen anderen beter te begrijpen en daardoor bijvoorbeeld (onbekende) patiënten beter te behandelen en te verzorgen. Ook zorgerthicus en danstherapeut Tops (2017) schrijft over het belang van lichamenlijke gewaarwordingen en gevoelens omdat deze, “als een soort morele voelhorens, kennis opleveren die moreel relevant is” (p.37). Volgens fenomenologisch filosoof Merleau-Ponty ontstaat een specifieke morele betekenis in een situatie door de wisselwerking tussen feitelijke lichamenlijke waarneming en de hierdoor gecreëerde emotioneel-lichamelijke reactie (Tops, 2017). Lichamenlijkeheid geeft informatie over jezelf en de ander en over de context, relaties en affectiviteit, wat essentieel is voor een morele benadering van een particuliere situatie (Tops, 2017; Hamington, 2012a). Het is dus een bron van kennis over wat goed is om te doen (Hamington, 2012a; Van Nistelrooij, 2019; Tops, 2017). Tijdens ethische reflectie levert dit een ander soort

kennis op dan wanneer ethische reflectie slechts op een verbale manier plaatsvindt. Deze twee soorten kennis vullen elkaar aan (Tops, 2017). Als je het lichaam ziet als een bron van kennis over patiënten en goede zorg, dan is het belangrijk om gezondheidsmedewerkers te trainen om belichaamde zorg te kunnen leveren en deze kennis en vaardigheid in te zetten tijdens ethische reflectie (Hamington, 2012a). Hamington pleit dan ook voor meer reflectieve aandacht voor belichaming in medische opleidingen (2012a) en in ethiekonderwijs (2012b). Tops (2017) vult dit aan door meer aandacht te vragen voor lichamenlijkeheid tijdens morele reflectie.

In de opleiding geneeskunde is er op medisch gebied aandacht voor lichamenlijkeheid doordat studenten leren lichamenlijk onderzoek uit te voeren bij patiënten en ook bij elkaar, waardoor zij ervaren hoe het is om dit te ondergaan. Er is bij ethiekonderwijs echter vooral aandacht voor verbale ethische reflectie en minder voor het gebruiken van lichamenlijkeheid voor het ontwikkelen van ethische competenties. Het betrekken van eigen lichamenlijkeheid kan studenten leren zich in te leven in anderen en met de ander een connectie te maken, waardoor goede zorg ontstaat (Hamington, 2012a; 2004). Door de lichamenlijkeheid van anderen te leren opmerken, ontstaat begrip voor de ander door emotionele en lichamenlijke resonantie (Hamington, 2012a; 2004). Dit kan bijvoorbeeld door het gebruik van een methode voor moreel beraad ontwikkeld door ethicus Van Dartel (2014), waarin lichamenlijkeheid een rol krijgt in de verkennende fase van de reflectie. Deelnemers doen hierbij mee van vanuit hun eigen rol als betrokkenen bij de casus of door zich te verplaatsen in de rol van andere betrokkenen. Ze nemen al zoekend en voelend om de beurt een ruimtelijke positie in overeenkomstig “met de plek en wijze waarop de betrokkenen daadwerkelijk hun plaats in de zorg vervaren, zowel met betrekking tot de cliënt als ten opzichte van elkaar” (Dartel, 2014, p.183). Zo worden de betrokkenen en de morele situatie in beeld gebracht. Vervolgens wordt ingegaan op wat men lichamenlijk waarneemt op deze positie en op de beleving van verantwoordelijkheden. Hierdoor wordt “via lichamenlijkeheid een morele kwestie voelbaar en zichtbaar” (Tops, 2017, p.34). Als laatste wordt verbaal naar handelingsalternatieven gezocht of kan, zoals Tops (2017) suggereert, dit gedaan worden door het innemen van andere fysieke posities ten opzichte van elkaar.

Een ander voorbeeld is een ethiekcursus ontworpen door Hamington (2012b) waarin lichamenlijkeheid een belangrijke plaats krijgt. Studenten leren om te zorgen waardoor een ‘*caring identity*’ ontstaat, want moraliteit gaat volgens Hamington over hoe we ons gedragen. Hij combineert hiervoor theateroefeningen

met het lezen van ethische literatuur. Ook het bovengenoemde Zorgethisch Lab (Vanlaere e.a., 2012) en *Moral Agency* theater (Stocker, 2015) zijn voorbeelden van hoe lichamelijke kan worden toegevoegd aan ethiekonderwijs.

Haalbaarheid

Het bovenstaande laat zien dat aandacht voor de praktijk, relaties, macht en lichamelijke belangrijk is binnen (ethiek)onderwijs voor geneeskundestudenten, zodat zij de ethische competenties kunnen ontwikkelen die nodig zijn voor het omgaan met de vele moeilijke morele situaties waar artsen mee te maken krijgen. Toch is het begeleiden van de ontwikkeling van ethische competenties bij geneeskundestudenten met in achtneming van deze aspecten niet gemakkelijk, omdat de vorming van medisch studenten meer wordt beïnvloed door rolmodellen vanuit de praktijk en de heersende cultuur, het zogenaamde '*hidden curriculum*', dan door (ethiek)colleges en werkgroepen (Van Reenen & Van Nistelrooij, 2019; Vuyk & Engberts, 2018). Daarnaast is het noodzakelijk om bij het verder ontwikkelen van de bovengenoemde aspecten in de opleiding geneeskunde ook rekening te houden met de organisatorische context van zowel de opleiding zelf als van de stage-instituten. Het is dus belangrijk om de opleidingsziekenhuizen waar geneeskundestudenten stage lopen te betrekken bij dit proces. Vuyk, plastisch chirurg, en Engberts, emeritus hoogleraar normatieve aspecten van de geneeskunde, pleiten er bijvoorbeeld voor zowel ethiekdocenten als artsen les te laten geven binnen ethiekonderwijs (Vuyk & Engberts, 2018). Een toevoeging hieraan zou het betrekken van andere zorgprofessionals, patiënten en managers zijn.

Er zijn momenteel al veel structuren binnen het huidige geneeskundeonderwijs waarin de genoemde suggesties voor het ontwikkelen van ethische competenties zouden kunnen passen. Zo is er bijvoorbeeld in veel opleidingen ruimte voor intervisie in kleine groepjes of het oefenen van een medisch consult met een acteur. Ook worden artsen en andere zorgprofessionals al betrokken bij het begeleiden van studenten in hun ontwikkeling. Deze bestaande structuren bieden mogelijkheden om meer praktijkgericht ethiekonderwijs te implementeren, waarbij er aandacht is voor lichamelijke, emoties, relaties en machtsverhoudingen. Bovenbeschreven bestaande initiatieven, zoals het Zorgethisch Lab (Vanlaere e.a., 2012), het *Moral Agency* theater (Stocker, 2015), de moreel beraad methode van Van Dartel (2014) of de opzet voor ethieklessen van Hamington (2012b), kunnen gebruikt worden ter inspiratie.

Conclusie

De ontwikkeling van ethische competentie en reflectievaardigheden is belangrijk omdat het artsen helpt om, in relatie met patiënten, collega's en institutionele normen en waarden, met moreel lastige situaties om te gaan. Als er geen ruimte is voor reflectie, kan morele stress ontstaan. Bij het ontwikkelen van ethische competentie en reflectievaardigheden van geneeskundestudenten is het belangrijk om niet alleen aandacht te besteden aan algemene morele vraagstukken, maar vooral aan de praktijk, relaties, machtsverhoudingen en lichamelijke, omdat moraliteit zich afspeelt tussen mensen in een bepaalde context en morele kennis zich ook via het lichaam aandoet. Door het benadrukken van deze aspecten in het (ethiek)onderwijs in de opleiding geneeskunde leren geneeskundestudenten dat moraliteit niet voortkomt uit rationele en universele principes, maar uit een relationele praktijk (Van Reenen & Van Nistelrooij, 2019).

Literatuur

- Baur VE, Nistelrooij I van & Vanlaere L. The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2017; 20(4):483-493.
- Dartel H van. Twee zorgethische gespreksmethoden. In: Dartel H van & Molewijk B (red.). In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad. Amsterdam: Boom, 2014, 171-186.
- Dartel H van & Molewijk B (red.). In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad. Amsterdam: Boom, 2014.
- Hamington M. Embodied Care: Jane Addams, Maurice Merleau-Ponty, and feminist Ethics. Illinois: University of Illinois Press, 2004.
- Hamington M. Care ethics and corporal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 2012a; 5(1): 52-69.
- Hamington M. A Performative Approach to Teaching Care Ethics: A Case Study. *Feminist Teacher* 2012b; 23(1): 31-49.
- Janssen van Doorn K. Moreel beraad ook voor de zorgpraktijk van België relevant? *Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek* 2015; 25(1): 37-38.
- Kohlen H. Caring about Care in the Hospital Arena and Nurses' Voices in Hospital Ethics Committees: Three Decades of Experiences. In: Krause F & Bold J (red.). *Care in Healthcare. Reflections on theory and practice*. Cham: Palgrave Macmillan, 2018, 237-263.
- Kole JJ. Beroepszeer en moral distress vanuit beroepsethisch perspectief. In: Engelen B van, Wilt GJ van der & Levi M (red.). *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018, 225-235.
- Liu PY & Kohlen H. Tensions in Diabetes Care Practice: Ethical Challenges with a Focus on Nurses in a Home-Based Care Team. In: Krause F & Boldt J (red.). *Care in Healthcare: Reflections on Theory and Practice*. Cham: Palgrave Macmillan, 2018, 211-235.
- Nistelrooij I van. Werkboek Zeb-20. Ethische competenties in zorg- en welzijnsinstellingen. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek, 2019.

- Pol M van de, Hacfoort M & Laan R (red.). Raamplan artsopleiding 2020. Utrecht: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, 2020.
- Reenen E van & Nistelrooij J van. A spoonful of care ethics: The challenges of enriching medical education. *Nursing Ethics* 2019; 26(4): 1160-1171.
- Rushton CH. Cultivating Moral Resilience: Shifting the narrative from powerlessness to possibility. *The American Journal of Nursing* 2017; 117(2): S11-S15.
- Stocker SS. Gespeeld beraad: Moral Agency Theater als methode voor toegepaste medische ethiek. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek* 2015; 25(3): 99-100.
- Tonkens E. Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publiek sector. Utrecht: NIZW-Uitgeverij, 2004.
- Tops M. Lichamelijkheid: een onderschatte factor binnen morele reflectie. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek* 2017; 27(2): 34-38.
- Tronto JC. Moral boundaries: A Political Argument for an Ethics of Care. New York: Routledge, 1993.
- Vanlaere L, Timmermann M, Stevens M & Gastmans C. An explorative study of experiences of healthcare providers posing as simulated care receivers in a 'care-ethical' lab. *Nursing Ethics* 2012; 19(1): 68-79.
- Vuyk HD & Engberts DP. A Plea for Ethics: Suggestions for Implementation in the Medical Curriculum. *JAMA Facial Plastic Surgery* 2018; 34(4): 343-349.
- Walker MU. Keeping Moral Space Open: New Images of Ethics Consulting. *Hastings Center Report* 1993; 23(2): 33-40.
- Walker MU. Moral Understandings. A feminist study in ethics. New York: Oxford University Press, 2007.

SAMENVATTING

Artsen komen dagelijks in aanraking met moreel lastige situaties met betrekking tot patiënten, collega's en institutionele normen en waarden. Ontwikkeling van ethische competentie en reflectievaardigheden kan artsen helpen hiermee om te gaan. In het ethiekonderwijs binnen de opleiding geneeskunde moet daarom niet alleen aandacht zijn voor algemene morele vraagstukken, maar vooral ook voor de specifieke praktijk, relaties, machtsverhoudingen en lichamelijkheid, omdat moraliteit zich afspeelt tussen mensen in een bepaalde context en morele kennis ook via het lichaam ontstaat. Dit artikel doet suggesties om deze aspecten verder tot ontwikkeling te kunnen laten komen binnen de huidige opleiding geneeskunde.

Trefwoorden: *geneeskundeopleiding, ethische competenties, zorgethiek.*

SUMMARY

Every day physicians are faced with morally difficult situations regarding patients, colleagues and institutional norms and values. Developing ethical competence as well as a capacity for reflection can help physicians to better manage these situations. Ethics education within the medical curriculum should therefore not only focus on major moral issues, but mainly on the particular situation, relationality, power relations and bodilyness, as morality plays out between people in a certain context and moral knowledge also occurs through the body. This article gives suggestions on how to further develop these aspects in the current medical curriculum.



Wobbes Theo. *Het lichaam als centrum en voorwerp*. Utrecht: Eburon, 2020. 312 blz. ISBN: 9 789463013062. Prijs: € 29,50

Theo Wobbes onderzoekt in dit boek hoe de verhouding van de mens tot zichzelf aan de orde komt in de ontmoeting van de patiënt met zijn arts. Een filosofisch-ethische reflectie op deze verhouding is bijzonder interessant, zeker wanneer ze afkomstig is van een auteur die zowel filosoof is als arts. Was er tot voor kort eigenlijk alleen maar aandacht voor het lichaam van de patiënt dat niet meer goed functioneert, nu is de nadruk veel meer komen

te liggen op de wijze waarop de patiënt zijn ziekte beleeft. Volgens Wobbes is men in deze verschuiving te ver doorgeschoten. De auteur baseert zijn beschouwingen op het werk van de Duitse filosoof Helmuth Plessner (1892-1985). Volgens deze filosoof moet de lichamelijke conditie van de mens als volgt worden begrepen. De mens is zijn levende lichaam (Duits: *Leib*), in zoverre het hem laat antwoorden op de uitnodigingen die uitgaan van de situaties waarin hij terechtkomt. Tegelijkertijd heeft de mens zijn lichaam (*Körper*), in zoverre het een ding is dat hem

een plaats geeft te midden van de andere dingen en dat hij kan inzetten bij het uitvoeren van een handeling. Ieder mens moet in zijn leven voortdurend op zijn eigen wijze naar een balans zoeken tussen deze twee aspecten, maar steeds weer opnieuw blijkt het evenwicht van voorbijgaande aard te zijn. Wie ziek is, worstelt met deze taak om een vergelijk te vinden tussen zijn openstaan voor de wereld en het zichzelf tegenkomen als een ding. Ik heb het maar in mijn eigen woorden gezegd, want ik kan Wobbes' interpretatie van Plessner niet helemaal onderschrijven.

ven. Waarom dit zo is valt buiten een bespreking die zich richt tot een publiek van niet-filosofen. Het boek lijkt nauwelijks toegankelijk voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Het onderwerp is echter belangrijk genoeg. Ik hoop dat Wobbes er toe komt een boek te schrijven dat specifiek is afgestemd op de normatieve noden van zorgverleners en zorgbestuurders.

Dr. Maarten Coolen zet na zijn loopbaan als universitair docent bij de Afdeling Filosofie van de Universiteit van Amsterdam zijn activiteiten als gastdocent en -onderzoeker voort.