



KERN
BOEK

onder redactie van
prof. dr. A.A. Kaptein
prof. dr. J.B. Prins
dr. E.H. Collette
dr. R.L. Hulsman

Medische psychologie

Bohn
Stafleu
van Loghum



tweede, herziene druk

Medische psychologie

Onder redactie van:

Prof. dr. A.A. Kaptein

Prof. dr. J.B. Prins

Dr. E.H. Collette

Dr. R.L. Hulsman

Tweede, herziene druk



Bohn
Stafleu
van Loghum

Springer Media

Houten 2010

- 17 Behavioural medicine 167**
M. Scharloo
 Inleiding 167
- 17.1 De definitie – wat is behavioural medicine? 168
- 17.2 Van cure naar (collaborative) care – wat heeft behavioural medicine een arts te bieden? 168
- 17.3 Tekortschietende zorg: een voorbeeld uit de praktijk 169
- 17.4 Waar houdt behavioural medicine zich mee bezig? 169
 Literatuur 174
- 18 Kwaliteit van leven 177**
E.F. Taminiu-Bloem, M. Locadia, M.A.G. Sprangers
 Inleiding 177
- 18.1 Waarom wordt kwaliteit van leven gemeten? 177
- 18.2 Hoe wordt kwaliteit van leven gemeten? 178
- 18.3 Kwaliteit van leven in de medische praktijk 180
- 18.4 Uitdagingen van het meten van kwaliteit van leven 180
 Literatuur 182
- DEEL C**
COMMUNICATIE EN PROFESSIONEEL GEDRAG 183
- 19 Communicatie van arts en patiënt 185**
J.C.J.M. de Haes, L.C. Zandbelt, L.M.L. Ong
 Inleiding 185
- 19.1 Dagelijkse communicatie versus communiceren met patiënten 185
- 19.2 Inzicht in communicatie 186
- 19.3 Communicatieve doelen en hun functie in het medische gesprek 187
- 19.4 Contact leggen en een relatie onderhouden 187
- 19.5 Informatie verzamelen 189
- 19.6 Informatie geven 191
- 19.7 Besluitvorming 193
- 19.8 Bevorderen van aan ziekte en behandeling gerelateerd gedrag 195
- 19.9 Emoties hanteren 196
- 19.10 Effectief communiceren is ook communicatie op maat 198
 Literatuur 199
- 20 Lastige gesprekken in de medische praktijk 201**
S.C.M. van Esch, J.J.S. van de Kreeke, A.M.D. Nooteboom
 Inleiding 201
- 20.1 Reactiepatronen 201
- 20.2 Achtergronden van lastige situaties 202
- 20.3 Voorkomen is beter dan genezen 204
- 20.4 Stappen in het omgaan met lastige gespreksituaties 205
 Literatuur 211
- 21 Communicatie over ethische kwesties in de medische praktijk 213**
M.C.B. van Zwieten
 Inleiding 213
- 21.1 Ethische kwesties 214
- 21.2 Morele counseling: bespreken ethische kwesties met patiënten 217
- 21.3 Moreel beraad: bespreken ethische kwestie met collega's 219
- 21.4 Morele reflectie: 'bespreken' ethische kwestie met jezelf 220
 Literatuur 223
- 22 Omgaan met taal- en cultuurverschillen 225**
J.L. Suurmond, M.C. Seeleman, M.L. Essink-Bot, K. Stronks
 Inleiding 225
- 22.1 Over wie hebben we het? 225
- 22.2 De begrippen etniciteit en cultuur 225
- 22.3 Taal- en cultuurverschillen in het contact tussen arts en patiënt 227
- 22.4 Het gevaar van culturaliseren/allochtoniseren 230
- 22.5 Culturele competenties 231
 Literatuur 233
- 23 Professioneel gedrag 235**
M.J. Heineman, M. Fabrik, S.J. van Luijk, R.L. Hulsman
 Inleiding 235
- 23.1 Wat verstaan we onder professioneel gedrag? 236
- 23.2 Professionele identiteit 239
- 23.3 Rollen in het artsensberoep 240
- 23.4 Professioneel gedrag in het formele en informele geneeskundecurriculum 241
- 23.5 Toetsing professioneel gedrag 242
 Literatuur 244

Communicatie over ethische kwesties in de medische praktijk

M.C.B. van Zwieten

Casus 21.1 Een lesje uit Grey's Anatomy

Betrokkenen

Mw. Edwards: 43 jaar, hoorde gisteren, na een operatie, dat haar pancreascarcinoom volledig is uitgezaaid en niet meer te behandelen.

Sharon Edwards: 14-jarige dochter, is nog niet op de hoogte van het terminale karakter van haar moeders ziekte.

Alex: arts-assistent, begrijpt niet dat mw. Edwards het slechte nieuws nog niet aan haar dochter heeft verteld.

Dr. Burke: opleider, corrigeerde Alex al eerder omdat hij zich naar zijn idee te veel met mw. Edwards' (privé)zaken bemoeide.

Scène

Alex staat naast het bed van mw. Edwards op het moment dat Sharon de kamer binnenwandelt en aan haar moeder vraagt wanneer ze weg mag – dit in de hoop dat ze morgen, op haar 15e verjaardag, weer thuis zal zijn. Mw. Edwards antwoordt: 'Sorry lieverd, ik moet helaas toch wat langer blijven, dus vraag maar aan tante Sue of ze morgen komt.' Op de teleurgestelde en verbolgen reactie van haar dochter reageert ze met: 'Volgend jaar, dan vieren we je verjaardag helemaal zoals jij het wil. Wat je ook wil: we doen het!'

Alex, die de conversatie met stijgende verbazing en irritatie gevolgd heeft, 'vraagt', zodra Sharon de kamer heeft verlaten, aan mw. Edwards:

'Dat liegen zo, in deze situatie, werkt dat wel goed voor u...?'

'Pardon!?', reageert mw. Edwards.

'Het ziet er echt niet rooskleurig uit hoor! U gaat binnenkort dood, dat weet u toch?'

'Wie denk je wel dat je bent!? Jij bent zelf geen moeder! Je weet niet hoe het is om je pasgeboren baby in je armen te houden, haar hoofdje te ruiken en te weten dat het enige wat je in dit leven te doen staat, is haar te beschermen.'

'Dus u denkt haar zo te beschermen?'

'Absoluut!'

'Nou, noem het zoals u wilt, maar bedenk wel dat u straks een kind achterlaat dat waarschijnlijk de rest van haar leven een hekel aan u heeft omdat u de waarheid voor haar achterhield.'

Op dit moment schraapt dr. Burke, die in de deuropening het gesprek blijkt te hebben gehoord, zijn keel, en wenkt Alex naar buiten om hem opnieuw een flinke uitbrander te geven over zijn onheuse bejegening van mw. Edwards. Alex onderbreekt hem echter met de woorden:

'Nee, nu luistert u maar eens naar mij! Ik vertel de waarheid, maar daarom ben ik nog geen slechte dokter. Iedereen hier in dit ziekenhuis liegt maar! We geven patiënten hoop als daar helemaal geen reden meer voor is. Ik ben misschien een botterik, zoals iedereen zegt, maar ik vertel hun tenminste de waarheid. Dat is waar ik goed in ben. En daarover hoef ik dus geen lesje meer van u te krijgen!'

(Bron: Uit de televisieserie Grey's Anatomy)

Inleiding

In de relatie tussen arts en patiënt is een effectieve manier van communiceren belangrijk, zoals werd besproken in hoofdstuk 19, Communicatie van arts en patiënt. Soms is de vraag naar de meest effectieve manier van communicatie in de medische praktijk echter onlosmakelijk verbonden met een andere vraag, namelijk: wat is in deze situatie 'het goede' om te doen? In casus 21.1, de scène uit *Grey's Anatomy*, zien we bijvoorbeeld dat Alex een heel ander idee heeft over wat juist is in de communicatie dan zijn opleider, dr. Burke. Waar Alex eerlijkheid boven alles vindt gaan, vindt dr. Burke dat je je als dokter niet hebt te

bemoeien met wat deze patiënt, mw. Edwards, haar dochter wel of niet over haar ziekte vertelt. De vraag is wie in deze kwestie gelijk heeft. Alex? Of toch dr. Burke? En waarom dan?

21.1 Ethische kwesties

Dit hoofdstuk gaat over ethische kwesties die zich in de medische praktijk kunnen voordoen en hoe de arts daarmee het best kan omgaan. Maar wat is nu precies een ethische kwestie?

In het kader Voorbeelden van ethische kwesties in de medische praktijk staan zes voorbeelden van ethische kwesties die zich voordoen in verschillende soorten medische situaties, rondom diagnostiek, behandeling en preventie.

Al deze voorbeelden zijn *lastige situaties*, in de zin dat niet direct duidelijk is wat nu 'het goede' is om te doen. Wanneer je de kwesties uit het kader zou bespreken met je medestudenten, begeleiders of docenten is de kans groot dat je veel verschillende meningen te horen krijgt. Neem voorbeeld d (zie kader). De ene dokter zegt hierover misschien dat je je eigen opvattingen over euthanasie maar thuis moet laten omdat euthanasie in Nederland nu eenmaal bij wet is geregeld. Een ander vertelt je wellicht juist dat het inderdaad goed is om je als arts altijd te blijven realiseren dat euthanasie uitzonderlijk medisch handelen is; dat het recht op euthanasie niet bestaat en dat het daarom belangrijk is je eigen opvattingen over euthanasie een nadrukkelijke plek in je eigen beroepsuitoefening te geven. Op wiens mening moet je nu afgaan?

Terwijl het horen van zulke uiteenlopende antwoorden of adviezen je in het geval van een voorgelegd medisch probleem waarschijnlijk zou verontrusten – of zelfs alarmeren – kijken we daar bij een ethische kwestie veel minder van op. Het kenmerk van een ethische kwestie is dan ook dat hét goede antwoord of dé goede oplossing niet direct voor de hand ligt – als dit of deze al bestaat. Een ethische kwestie vraagt daarom om een pas op de plaats, om stil te staan bij de vraag wat in de gegeven situatie het goede is om te doen. Maar waar je je bij een medische kwestie op een objectieve maatstaf – een richtlijn, protocol of andersoortige *evidence* – kunt beroepen, is dat bij een ethische kwestie veel minder het geval. Sterker,

een ethische kwestie begint meestal juist daar waar de regel- en wetgeving ophoudt.

Toch is niet elke lastige situatie waarbij je niet direct weet wat te doen, per se ook een *ethische* kwestie. Stel, je kon op de middelbare school maar moeilijk kiezen wat je zou gaan studeren: geneeskunde of psychologie. Je wilde graag mensen helpen, dat was in elk geval duidelijk. Verder was je in alle vakken ongeveer even goed en even geïnteresseerd, dus dat speelde in je motivatie geen rol. Een hoog salaris sprak je wel aan, maar gaf ook weer niet de doorslag. Wat betreft geneeskunde vroeg je je af in hoeverre je als dokter wel de tijd zou krijgen je in de mens te verdiepen; draaide het daar uiteindelijk niet altijd om het lichaam? Bij psychologie had je daarentegen een nogal soft beeld: hoe wetenschappelijk was die studie eigenlijk? Kortom: wat betreft je studie stond je voor een lastige keuze.

Een aantal aspecten van deze lastige beslissing over je studie zijn ook bij een ethische kwestie terug te vinden. Zo ging het bij je studiekeuze over een beslissing met een *grote impact* (je carrière), waarop je achteraf met een tevreden gevoel wil kunnen terugkijken – en dat lukt meestal beter als je over je gemaakte keuze een logisch verhaal kunt houden, zowel naar jezelf als naar anderen (je ouders, vrienden en studiegenoten). Maar waarom heb je deze keuze – hoogstwaarschijnlijk – dan toch niet als *ethische* kwestie ervaren? Waarom kon je, hoe lastig je die keuze ook vond, uiteindelijk toch je schouders erover ophalen en denken: 'Ach wat: ik ga gewoon geneeskunde doen, en zie wel wat ervan komt'?

Het eerste verschil is dat een ethische kwestie meestal een *tragisch karakter* heeft. Bij de keuze van je studie is daarvan geen sprake. Aan het eind van je middelbare school moet je nu eenmaal een studie kiezen, en dat is over het algemeen geen keuze waar je als scholier al te zeer onder lijdt. Bij een ethische kwestie speelt daarentegen vaak een gevoel van onbehagen mee, niet alleen omdat je een keuze moet maken, maar ook vanwege de onaantrekkelijkheid van alle mogelijke opties. Je moet kiezen, maar er is altijd wel iets verkeerd aan je keuze.

Ten tweede gaat het bij medisch-ethische kwesties vaak om keuzes waar ook anderen direct bij betrokken zijn: de keuze van de dokter heeft gevolgen voor zijn patiënt, de keuze van een patiënt heeft gevolgen voor haar (toekomstig)

kind, en de keuze van de arts heeft gevolgen voor de verpleegkundige. Daarmee krijgt het tevreden gevoel waarmee je op je keuze, zoals bij je studie, wilt kunnen terugkijken, een extra lading: al diegenen die met de gevolgen van jouw keuze te maken kunnen krijgen, wil je na je gemaakte keuze recht in de ogen kunnen kijken. Naar al deze betrokkenen wil je je over je keuze kunnen verantwoorden – desnoods alleen in gedachten.

Ten slotte doet het nadenken en praten over ethische kwesties een appèl op sterke emoties. Die emoties laten ons zien dat sommige handelwijzen ons aanspreken en andere ons juist afstoten. Ethische kwesties raken aan fundamentele persoonlijke overtuigingen en morele waarden en normen; onze opvattingen over wat hoort, wat moet, wat mag en wat kan.

Van de voorbeelden uit het kader komen de bovengenoemde kenmerken van een ethische kwestie bij situatie c het duidelijkst naar voren. Allereerst is dit typisch een ethische kwestie die begint waar de wetgeving ophoudt. Weliswaar bestaan er richtlijnen voor beslissingen over het staken van de behandeling (abstineren) in specifieke medische situaties (bijv. in de neonatologie), maar evenals de wetgeving laten ook deze nog veel ruimte voor interpretatie. Zij bieden wel een richtinggevend kader, maar zijn tegelijkertijd zo opgesteld dat de medische professionals per situatie nog steeds hun eigen afweging moeten maken. Artsen moeten bijvoorbeeld zelf bepalen of er sprake is van zinloos medisch handelen, op grond waarvan zij kunnen besluiten de medische behandeling te staken.

Ten tweede heeft de beslissing om te abtineren natuurlijk een grote impact; een dergelijke beslissing beïnvloedt niet alleen het tijdstip van de dood, maar ook de manier waarop iemand komt te overlijden.

Ook het tragische karakter van de beslissing over het staken van een behandeling spreekt voor zich. Niemand zal een beslissing over het staken van de behandeling wenselijk vinden, hoeveel lijden de patiënt hiermee mogelijk ook kan worden bespaard. Een beslissing om te abtineren is daarom nooit een keuze voor de beste optie maar altijd een voor de minst slechte.

Vanwege dit tragisch karakter, gecombineerd met de betrokkenheid van zovelen bij de gevolgen ervan, is het belangrijk dat degene(n) die een beslissing tot abtineren uiteindelijk neemt (ne-

men), zich goed over deze keuze kan (kunnen) verantwoorden. Dit is een van de redenen dat er vaak uitgebreid over deze beslissing wordt overlegd. Zelfs als de arts op grond van zijn medische bevoegdheid die beslissing zelfstandig zou kunnen nemen, zal hij toch met zoveel mogelijk anderen willen overleggen, omdat dit hem helpt zijn genomen beslissing beter te verantwoorden.

Bij een beslissing een behandeling te staken, spelen ook veel hevige emoties. Mensen denken nu eenmaal heel verschillend over hoe het leven – en de dood – idealiter zou moeten verlopen en als die opvattingen en persoonlijke waarden niet overeen blijken te komen, kan dat gepaard gaan met sterke emoties, niet alleen bij de patiënt, maar ook bij de dokter. Emoties speelden ook een centrale rol in de casus aan het begin van dit hoofdstuk, waar een ander soort ethische kwestie speelt. Zowel mw. Edwards, als Alex en dr. Burke werd in hun uitspraken gestuurd door krachtige emoties: ontzetting, boosheid en verontwaardiging volgden elkaar in deze scène in hoog tempo op.

Voorbeelden van ethische kwesties in de medische praktijk

Diagnostiek

- a Lotte is de 16-jarige dochter van mw. Gerrits, jouw patiënte met de ziekte van Fabry, een zeldzame erfelijke lysosomale stapelingsziekte. Lotte, die zich kerngezond voelt, wil zich niet genetisch laten testen. Jij weet echter welke mogelijke schade er door vroegdiagnostiek misschien voorkomen kan worden, mocht bij Lotte de genmutatie worden gevonden. Mw. Gerrits vindt eigenlijk ook dat Lotte zich zou moeten laten testen, maar ze vindt tegelijkertijd dat Lotte oud genoeg is hier zelf over te beslissen. Mw. Gerrits vraagt jou advies: moet ze Lotte nou wel of niet proberen te overtuigen van het belang van de test?
- b Mw. Berends is op haar 37e zwanger van haar derde kind en wil geen 20-wekenecho ondergaan. Als haar gynaecoloog heb je mw. Berends eerder beslissingen zien nemen waar ze volgens jou niet goed genoeg over had nagedacht. Moet je mw. Berends nu nadrukkelijk vragen waarom ze deze, in jouw ogen zo belangrijke en toch onschuldige, test niet wil laten doen?

Behandeling

- c Tijdens je coschappen heb je op de IC een keer meegemaakt dat besloten werd de behandeling te staken bij een 85-jarige nierpatiënt die tijdens een operatie in een irreversibel coma was geraakt en volledig afhankelijk was van de beademing. Zelf vond je de beslissing de behandeling te staken volkomen voor de hand liggen, maar het viel je op hoeveel verschillende partijen bij die beslissing werden betrokken; niet alleen de artsen en verpleegkundigen, maar ook de familie, die het onderling niet eens was over wat de patiënt zelf gewild zou hebben. Jij dacht dat in dit soort situaties de arts altijd de doorslaggevende stem zou hebben, bijvoorbeeld op grond van het argument van 'medisch zinloos handelen'. In de praktijk blijkt dat dus niet zo te werken, en dat valt je eerlijk gezegd vies tegen. Als arts moet je toch zelfstandig knopen kunnen doorhakken? Je kunt het toch niet altijd iedereen naar de zin willen maken?!
- d Het terrein van de ouderenzorg trekt je wel aan. Waar je wel tegenop zou zien, is dat je bij dit specialisme relatief vaak te maken zult krijgen met euthanasieverzoeken. Je bent geneeskunde gaan doen omdat je graag mensen wilt helpen, en – hoe ouderwets dat misschien ook klinkt – euthanasie past daar wat jou betreft absoluut niet bij. Hoe zou je, als je straks als zelfstandig arts functioneert, eigenlijk met die opvatting moeten omgaan?

Preventie

- e Je moeder werkt als arts op een consultatiebureau. Je weet nog hoe zij, in najaar 2009, te maken kreeg met het advies van de overheid alle zuigelingen te vaccineren tegen de Mexicaanse griep. Zij vond dat prima, maar er waren ook een paar collega's die het advies van de Gezondheidsraad onvoldoende onderbouwd vonden om zo'n grootschalige vaccinatie te legitimeren. Het kostte dan ook heel wat collegiale besprekingen voordat uiteindelijk alle medewerkers van het consultatiebureau bereid waren het geadviseerde vaccinatiebeleid daadwerkelijk uit te voeren. Jij vroeg je af waarom al dat intern overleg nodig was: het consultatiebureau moest het advies van de overheid toch gewoon uitvoeren, of men het hier nu mee eens was of niet?
- f Je coschap Huisartsgeneeskunde loop je in een achterstandswijk. Vrijwel alle patiënten op het

sprekuur hebben een sterke nicotinelucht om zich heen hangen. Het verbaasde je dat je huisarts-opleider zijn patiënten niet wat strenger over dat roken aanpakt; hij vindt dat gesprekken over stoppen met roken pas zin hebben wanneer zij daar zelf over beginnen. Maar als huisarts heb je toch ook een verantwoordelijkheid voor de gezondheid van je patiënten? Toen je dit aan je opleider voorlegde, volgde een gesprek waardoor je anders bent gaan denken over de verantwoordelijkheden van jou als arts en die van de patiënt.

2.1.1.1 BESPREKEN VAN ETHISCHE KWESTIES IN DE MEDISCHE PRAKTIJK

Gezien de aard van ethische kwesties en wat daar allemaal bij speelt – tragiek, emoties, noodzaak tot verantwoording – is het belangrijk dat in de medische praktijk zorgvuldig met dit soort kwesties wordt omgegaan. Zoals gezegd vraagt een ethische kwestie om een pas op de plaats, om te bedenken wat het goede is om te doen. Aan de andere kant roept de praktische context op tot direct handelen. Daarom zal er, op het moment dat zich een ethische kwestie in de medische praktijk voordoet, altijd de noodzaak zijn de kwestie op de een of andere manier *bespreekbaar* te maken.

Om hun gedrag daarbij te helpen bepalen, kunnen dokters gebruikmaken van de expertise uit het vakgebied van de medische ethiek, dat de systematische bezinning op verantwoordelijk handelen behelst. De medische ethiek levert diverse methoden om ethische kwesties in de medische praktijk op een zorgvuldige en systematische manier te kunnen bespreken. In dit hoofdstuk nemen we drie manieren van omgaan met ethische of morele¹ kwesties in de medische praktijk onder de loep: het bespreken van morele kwesties met patiënten, het bespreken van morele kwesties met collega's, en het 'bespreken' van morele kwesties met jezelf.

¹ In dit hoofdstuk gebruiken we de bijvoeglijke naamwoorden 'ethische' en 'morele' door elkaar (Have HAMJ ten, Meulen RHJ ter, Leeuwen E van. Medische ethiek. 3e, herz. dr. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009).

21.2 Morele counseling: bespreken ethische kwesties met patiënten

De noodzaak om een morele kwestie in de arts-patiëntrelatie bespreekbaar te maken, ontstaat meestal wanneer patiënten een lastige beslissing moeten nemen. Zo wil mw. Gerrits in voorbeeld a (zie kader Voorbeelden van ethische kwesties in de medische praktijk) advies over haar beslissing om dochter Lotte wel of niet te overtuigen van het belang van een diagnostische genetische test. Dit voorbeeld gaat over diagnostiek, maar het komt ook voor dat patiënten moeten beslissen over hun eigen behandeling. Oncologiepatiënten krijgen bijvoorbeeld de keus tussen verschillende behandel mogelijkheden voorgelegd, wanneer medisch vergelijkbare behandelingen wat betreft persoonlijke impact zo van elkaar verschillen dat de dokter niet kan bepalen wat voor deze patiënt de beste optie is. Een chemotherapie geeft bijvoorbeeld meer kans op gewonnen levensjaren, maar heeft een dusdanig negatieve invloed op de kwaliteit van leven dat de patiënt zelf over deze behandeling kan (mee)beslissen. In dit verband wordt wel gesproken van een voorkeurgevoelige behandeling (*preference based treatment*) om het verschil aan te geven met een *evidence-based* behandeling, waarbij medische criteria de doorslag geven.

De keuze over een voorkeurgevoelige behandeling als palliatieve chemotherapie kan als *moreel gevoelige* keuze worden ervaren, wanneer daarbij sprake is van de eerdergenoemde kenmerken (tragisch karakter, sterke emoties, verantwoording) van een ethische kwestie. Ter vergelijking: de keuze tussen twee vergelijkbaar effectieve vormen van revalidatie na een beenbreuk gaat bijvoorbeeld wel over een voorkeurgevoelige behandeling, maar is geen moreel gevoelige keuze, omdat geen van bovengenoemde drie kenmerken bij deze keuze aanwezig is.

In ziekenhuizen en andere zorginstellingen werken gespecialiseerde professionals die patiënten kunnen ondersteunen bij het nemen van lastige beslissingen. Artsen kunnen hun patiënten voor dit doel bijvoorbeeld doorverwijzen naar een maatschappelijk werkende, psychosociaal medewerker of geestelijk verzorgende. Met de toename van voorkeurgevoelige behandelingen en diagnostische mogelijkheden waarbij patiënten steeds vaker moreel gevoelige beslissingen moeten ne-

men, is het echter wenselijk dat artsen de begeleiding van dit soort besluitvorming ook in hun eigen consult kunnen toepassen. Hiertoe kunnen artsen gebruikmaken van de methode van *morele counseling*.

21.2.1 MORELE COUNSELING IN DE PRAKTIJK

Voor artsen valt het echter niet mee de taak van morele counseling in hun eigen consult een plek te geven. De reden daarvan is tweeledig. Allereerst dient de communicatie met de patiënt al zoveel verschillende doelen (zie hoofdstuk 19, Communicatie van arts en patiënt), dat het moeilijk kan zijn het doel van het komen tot gedeelde besluitvorming in het medisch consult de aandacht te geven die het verdient.

Daarnaast maakt de morele gevoeligheid, met name de tragiek, het er niet gemakkelijker op dit soort kwesties bespreekbaar te maken en de zaken ronduit bij de naam te noemen. Vanuit hun behoefte de patiënt in bescherming te nemen, gebruiken artsen daarom soms eufemismen waarmee de harde werkelijkheid weliswaar wordt afgezwakt, maar waardoor het voor de patiënt moeilijk kan zijn goed zicht te krijgen op de beslissingen die genomen moeten worden. Ook kunnen artsen schromen morele kwesties expliciet te bespreken, omdat ze zich naar hun patiënten niet moraliserend willen opstellen.

In de klinische genetica, een specialisme met een hoge morele gevoeligheid vanwege de vaak grote impact van genetische testen en de relatief beperkte behandelingsmogelijkheden, is van oudsher veel nagedacht over zorgvuldige manieren van morele counseling. Toch blijkt het ook hier lastig de verschillende doelen van de communicatie goed van elkaar te onderscheiden, en om het doel van het komen tot gedeelde besluitvorming de aandacht te geven die het verdient. Uit recent empirisch onderzoek blijkt dat de nadruk bij genetische counseling nog altijd meer ligt op het geven van informatie dan op het begeleiden bij de besluitvorming.

21.2.2 GESPREKSMODEL VOOR MORELE COUNSELING: MIMES

Voor artsen die de morele besluitvorming van een patiënt moeten begeleiden, kan het helpen in het

consult de verschillende communicatiedoelen daarvan afzonderlijk te onderscheiden. Voor de counseling over prenatale screening is dit gedaan in de vorm van het MIMES-model (zie tabel 21.1). In dit model worden vijf inhoudelijk verschillende doelen onderscheiden waarvoor verschillende gesprekstechnieken worden ingezet. De structureren van de prenatale counseling volgens het MIMES-model helpt zorgverleners bij het oefenen met en reflecteren op deze vorm van morele counseling.

In trainingen aan de hand van dit gespreksmodel voor morele counseling wordt cursisten geleerd tijdens het consult steeds voor zichzelf te monitoren wat het doel van hun communicatie is. Ben je, als medisch expert, bijvoorbeeld vooral gericht op het uitleggen van complexe materie (Stap 'Medische uitleg')? Op die momenten is het logisch om zelf veel aan het woord te zijn. Gaat het daarentegen meer om de gevoelens en morele opvattingen van de cliënt die van invloed zijn op haar keuze (Stap 'Exploreren van waarden')? Op die momenten kun je als zorgverlener juist meer

achterover leunen en de cliënt zoveel mogelijk zelf aan het woord laten. Diverse explorerende gesprekstechnieken kunnen daarbij worden ingezet om de cliënt te helpen haar eigen gedachten, gevoelens en waarden over de ethische kwestie op een rijtje te krijgen.

Er is nog veel ontwikkeling nodig om de algemene principes van morele counseling praktisch toepasbaar te maken voor verschillende medische settings. Op eenzelfde manier als in tabel 21.1 is uitgewerkt, zou de morele counseling voor verschillende soorten medische situaties volgens het MIMES-model kunnen worden uitgewerkt. Ethisch-empirisch onderzoek kan daarbij zicht bieden op de specifieke onderwerpen die in het model moeten worden opgenomen. Zo heeft De Kort onlangs beschreven welke onderwerpen in een gesprek over palliatieve chemotherapie aan de orde zouden moeten komen, namelijk: het doel van de behandeling (bijv. levensverlenging of pijnbestrijding), de grilligheid van het behandeltraject en het effect van de behandeling op de manier van sterven.

Tabel 21.1 MIMES: gespreksmodel voor counseling over prenatale screening en diagnostiek

inhoudelijke elementen	communicatieve doelen	relevante gespreksvaardigheden
Medische uitleg	Informatie geven over medische procedures en diagnostische interventies	Uitleg in heldere begrijpelijke taal m.b.t.: screening/diagnostiek; soorten testen; kosten; indicaties; aangeboren aandoeningen
Individuele keuze	Informatie geven en verzamelen over voor de patiënt relevante risico's rondom het doen van testen	Uitleg in heldere begrijpelijke taal en toepassen anamnese-gesprekstechnieken m.b.t.: voorgeschiedenis; individuele medische situatie; risicoschattend karakter van testen; risicobeleving
Moreel gevoelige keuze	Informatie geven over moreel gevoelige keuze	Aangeven welke beslissing aan de orde is en uitleggen waarom dit – mogelijk – een moreel gevoelige beslissing is, bijv. vanwege: voorspellend karakter van testen; samenhang met persoonlijke opvattingen over ziekte en handicap; opvattingen over abortus; levensbeschouwing algemeen
Exploreren van waarden	Waarden verkennen m.b.t. moreel gevoelige keuze	Met cliënt (en partner) nagaan hoe zij over mogelijke scenario's denkt en vanuit welke persoonlijke waarden dat is ingegeven: - actief luisteren: stiltes toepassen; ingaan op minimal cues - open vragen stellen; doorvragen vanuit referentiekader cliënt - reflecteren en samenvatten - empathische houding
Support besluitvorming	Tot gedeelde beslissing komen	Ondersteunende gesprekstechnieken: concretiseren, faseren, doorverwijzen

21.2.3 INDICATIE VOOR MORELE COUNSELING

Een voorwaarde voor het goed toepassen van morele counseling is de constatering dat er een indicatie is voor een dergelijk gesprek. Daartoe dient allereerst te worden bepaald of er eigenlijk wel sprake is van een ethische kwestie. En zo ja, voor wie? Dat dit niet altijd evident is, blijkt uit voorbeeld b (zie kader Voorbeelden van ethische kwesties in de medische praktijk). We kunnen ons afvragen of de vraag die in dat voorbeeld speelt – ‘Moet je als gynaecoloog mw. Berends nadrukkelijk vragen waarom ze deze, in jouw ogen zo belangrijke en toch onschuldige test niet wil laten doen?’ – eigenlijk wel een ethische vraag is. Misschien ziet de gynaecoloog dit vooral als een *praktische* vraag, waarbij helemaal geen aspecten meespelen van tragiek, emoties of verantwoordelijkheid.

Of mw. Berends dit als een morele kwestie ziet, is ook niet duidelijk. Wel is duidelijk dat bij deze situatie, in tegenstelling tot voorbeeld a (zie kader), het initiatief bij de arts en niet bij de patiënt ligt om de kwestie te bespreken. Als je overweegt een vorm van morele counseling in een consult toe te passen, is het dus goed je eerst te bedenken of jij als arts zelf de behoefte hebt de kwestie te bespreken, of dat je verwacht dat die behoefte bij de patiënt speelt. Het is overigens een kunst op zich dit op een zorgvuldige manier te achterhalen, dat wil zeggen: zonder de patiënt daarin al te veel te sturen; in feite begint op dat moment de morele counseling al.

21.3 Moreel beraad: bespreken ethische kwestie met collega's

In de medische praktijk doen zich ook allerlei ethische kwesties voor die artsen niet zozeer met hun patiënten willen bespreken, maar eerder met collega's. Artsen moeten vaak beslissingen nemen met ingrijpende gevolgen. Er is niet altijd tijd om uitgebreid bij die keuzen stil te staan, terwijl sommige situaties daar wel om vragen. Denk aan de ingrijpende beslissingen die soms op de intensive care van de neonatologie genomen moeten worden. Bijvoorbeeld over een veel te vroeg geboren kindje met ernstige neurologische schade, waarvan de verwachte levenskwaliteit heel

somber wordt ingeschat. Het kindje, nog helemaal afhankelijk van de geboden medische zorg, blijkt wel op eigen kracht te kunnen ademen. De ouders kunnen zich echter niets bij een ‘leven als kasplantje’ van hun kind voorstellen en informeren voorzichtig naar de mogelijkheid de medische behandeling te staken. Omdat het kindje echter zelfstandig ademt, is die mogelijkheid er helemaal niet en zou de enige manier om aan de wens van de ouders tegemoet te komen een actieve vorm van levensbeëindiging zijn. Maar mag je dat als arts wel doen? Wat betreft de medische én ethische aspecten is deze situatie zo complex dat je dit als arts niet alleen met de ouders, maar vooral ook met collega's, en andere betrokkenen, zou willen bespreken. In dit soort gevallen kunnen artsen gebruikmaken van de methode van *moreel beraad*: een systematisch multidisciplinair overleg waarin alle betrokken zorgverleners, onder begeleiding van een gespreksleider, gezamenlijk zoeken naar de oplossing voor een moreel probleem.

21.3.1 METHODEN VOOR MOREEL BERAAD

Voor het bespreken van ethische kwesties met collega's heeft de medische ethiek inmiddels een veelheid aan methodische werkvormen voor moreel beraad beschikbaar. Al deze methoden zijn door Manschot en Van Dartel in een toegankelijk boekje op een rijtje gezet. De meeste Nederlandse ziekenhuizen en andere zorginstellingen maken gebruik van een of meerdere vormen van moreel beraad. We beperken ons in deze paragraaf tot de zogeheten probleemgeoriënteerde methoden die starten bij een concreet ethisch probleem in de medische praktijk waarbij antwoord wordt gezocht op de vraag ‘wat te doen?’.

Voordat we een voorbeeld geven van een in Nederland veelgebruikte methode, zetten we een aantal kenmerken op een rijtje die voor alle probleemgeoriënteerde methoden van moreel beraad gelden.

Allereerst gaat het bij een moreel beraad in feite om het maken van tijd en het creëren van de gelegenheid om tot een zorgvuldige besluitvorming te kunnen komen. Eerder in dit hoofdstuk hebben we gesteld hoe belangrijk het is dat je bij een ethische kwestie achteraf goed over de gemaakte keuze kunt verantwoorden. Het voeren van een moreel beraad kan daaraan bijdragen. Als

je (nog) niet weet wat de juiste beslissing is, moet je in elk geval zorgen dat je de morele beslissing *op de juiste manier* neemt, aldus het principe van moreel beraad. Hoe meer weloverwogen de morele beslissing wordt genomen, hoe beter de betrokkenen zich over deze beslissing kunnen verantwoorden.

Ten tweede gaat het bij moreel beraad altijd om een overleg tussen collega's. Dit overleg heeft vaak een interdisciplinair karakter, maar het blijft wel beperkt tot de betrokken professionals. Bij een moreel beraad zijn in principe geen patiënten aanwezig.

Ten derde is moreel beraad een vorm van systematische gespreksvoering, die uit verschillende fasen bestaat. Hoewel deze fasering per methode kan verschillen, is bij alle methoden nadrukkelijk ruimte ingebouwd voor het formuleren van het morele probleem, wat vaak lastiger is dan op het eerste gezicht lijkt. Het gezamenlijk geformuleerde morele probleem vormt vervolgens de rode draad van het moreel beraad. De systematiek van het moreel beraad garandeert verder dat het morele probleem van zoveel mogelijk verschillende kanten wordt belicht, waarbij ook de perspectieven voldoende aan bod komen die in eerste instantie misschien minder voor de hand liggen.

Ten slotte wordt een moreel beraad altijd begeleid door een gespreksleider. Deze streeft naar een gelijkwaardige inbreng van alle deelnemers en is alert op de ongewenste invloed van eventuele verschillen in hiërarchische positie (bijv. tussen arts en verpleegkundige). Idealiter is de gespreksleider zelf niet direct bij de ingebrachte ethische kwestie betrokken, want een te grote inhoudelijke betrokkenheid gaat meestal ten koste van de kwaliteit van de begeleiding. De gespreksleider is vaak een ethicus die tevens bekwaam is in het begeleiden van groepsgesprekken.

2.1.3.2 STAPPENPLAN VOOR MOREEL BERAAD

Veelgebruikt in Nederland is de 'Utrechtse methode' voor moreel beraad, uitgewerkt in de vorm van een stappenplan. Dit stappenplan is in de loop der jaren geëvolueerd en is daarom in verschillende versies in omloop. In het kader Utrechtse methode voor moreel beraad staat de versie die is opgenomen in het leerboek *De Kwestie*.

In de praktijk blijkt deze methode zeer toegankelijk en na enige oefening ook voor studenten goed toepasbaar te zijn.

Utrechtse methode voor moreel beraad

I. In kaart brengen en focussen:

- 1 Is de casus duidelijk, ontbreken er belangrijke feiten of missen we de kennis daarover, feiten die de casus anders zouden kleuren?
- 2 Wat is de belangrijkste morele vraag, en zijn we het hierover eens?

II. Routes beschrijven:

- 1 Wie zijn bij de morele vraag betrokken en wat is het perspectief van ieder van hen?
- 2 Wie heeft welke verantwoordelijkheid en op grond waarvan?
- 3 Welke keuzemogelijkheden (handelingsalternatieven) zijn er?

III. Argumenten uitwisselen en uitpluizen:

- 1 Welke argumenten voeren de betrokkenen aan, en ontbreken er nog argumenten?
- 2 Welke argumenten zijn relevant om een beslissing te kunnen nemen, en waarop zijn die argumenten gebaseerd?
- 3 Wat is het gewicht van de argumenten ten opzichte van elkaar?

IV. Besluiten nemen:

Welke keuzemogelijkheid verdient op grond van deze weging de voorkeur?

V. Uitkomst checken:

- 1 Klopt dit besluit met ieders beleving, of zijn we er toch niet gelukkig mee, en waardoor komt dat dan?
- 2 Zijn we bereid het mee uit te voeren als dat van ons geveerd zou worden?
- 3 Kunnen we het besluit in *Nova* uitleggen als dat van ons gevraagd zou worden?

(Bron: Beaufort I de. De Kwestie. Praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg. Den Haag: Uitgeverij Lemma; 2008.)

21.4 Morele reflectie: 'bespreken' ethische kwestie met jezelf

Bij de laatste methode die we in dit hoofdstuk belichten gaat het om morele reflectie. De kern

van morele reflectie is dat je als medisch professional *voor jezelf* stilstaat bij je eigen morele opvattingen over een ethische kwestie in de medische praktijk. Dit kun je alleen doen, of samen met collega's. In beide gevallen is het doel om stil te staan bij je *eigen* opvattingen. Groepsgewijze methoden voor morele reflectie worden soms beschouwd als vorm van moreel beraad. Omdat het doel hier niet ligt in het zoeken naar een oplossing voor een moreel probleem, maar in het stilstaan bij je eigen opvattingen, worden methoden voor morele reflectie wel de 'houdingsgeoriënteerde methoden voor moreel beraad' genoemd.

De aanleiding voor morele reflectie kan een dilemma zijn, zoals in voorbeeld d (zie kader) met voorbeelden van medisch-ethische kwesties. Wanneer je eigen overtuigingen je in een lastig parket brengen, kun je de behoefte voelen die overtuigingen nog eens goed tegen het licht te houden; om ze te heroverwegen of juist te bekrachtigen, of om te bepalen of je overtuigingen eigenlijk wel voor alle situaties opgaan of dat er ook uitzonderingen gelden. Daarbij kan het verhelderend zijn te bedenken waar je opvattingen vandaan komen. Bauduin en Kanne onderscheiden drie verschillende 'bronnen van moraal' waarop artsen zich al dan niet bewust baseren: eigen normen en waarden, voor de geneeskunde geldende (wettelijk) regels, en heersende cultureel-maatschappelijke opvattingen.

Een sterke emotie is vaak een goede indicatie voor het ethisch karakter van de kwestie waar je mee te maken hebt. Kijk maar naar Alex in casus 21.1: hij was zo verontwaardigd dat mw. Edwards haar dochter niet over het terminale karakter van haar ziekte had verteld, omdat hijzelf heilig overtuigd is van het absolute belang van het vertellen van de waarheid – altijd en overal. In het algemeen zegt je eigen emotionele reactie op wat je waarneemt bij je patiënten meestal genoeg, en kun je als vuistregel hanteren dat hoe sterker je verontwaardiging is, hoe groter de kans is dat die verontwaardiging ook een morele oorsprong heeft.

21.4.1 MORELE REFLECTIE EN PROFESSIONEEL GEDRAG

Maar waarom zou je eigenlijk bij je eigen morele opvattingen moeten stilstaan? Als dokter moet je je toch sowieso zo min mogelijk laten leiden door

je eigen opvattingen, laat staan door je *morele* opvattingen! Toch zul je, om die zorg voor de patiënt goed te kunnen leveren, je enigszins bewust moeten zijn van je eigen aandeel daarin. Morele reflectie draagt bij aan de professionele ontwikkeling (zie hoofdstuk 23, Professioneel gedrag). In het Raamplan Artsopleiding 2009 van de geneeskundeopleiding staat daarover: 'In de rol van Beroepsbeoefenaar heeft de juist afgestudeerde arts de bekwaamheid om (...) te reflecteren op het eigen functioneren in moeilijke, indrukwekkende of schokkende situaties; eigen gevoelens, normen en waarden in relatie tot existentiële vragen over leven, dood, ziekte en gezondheid te onderkennen.'

Ten Have en anderen merken op dat morele reflectie in het onderwijs de motivatie voor het uitoefenen van de geneeskunde ook kan versterken: 'De keuze om in de gezondheidszorg te werken, veronderstelt het omgaan met mensen die meestal in vervelende en hulpbehoevende omstandigheden verkeren. Die bereidheid moet worden gekoesterd en verder ontwikkeld in opleiding en beroep. Ethiek kan daartoe bijdragen, door duidelijk te maken *waarom* iemand ervoor heeft gekozen zorg als zijn beroep uit te oefenen.'

Morele reflectie gaat daarmee tevens over de vraag: wat voor soort goede dokter wil ik zijn? Het is belangrijk zelf te ervaren hoe je als professional met uiteenlopende morele situaties omgaat. Het idee van zelfreflectie is dat je die ervaringen niet alleen ondergaat, maar dat je ook bewust stilstaat bij wat die ervaringen met je doen en wat je daarvan kunt leren. Bij morele reflectie gaat het bovendien om het *verantwoorden* van je eigen morele opvattingen.

21.4.2 METHODEN VAN MORELE REFLECTIE

Zoals hierboven gesteld, kan een dilemma uit je eigen medische praktijk de aanleiding zijn voor morele reflectie, zoals bij voorbeeld d (zie kader met medisch-ethische voorbeelden), maar dit is niet noodzakelijk het geval. Naast methoden die uitgaan van een moreel probleem of dilemma zijn er verschillende methoden voor morele reflectie die meer thematisch te werk gaan. Als het doel is je als professional verder te ontwikkelen, meer inzicht te krijgen in je drijfveren voor het beoefenen van het intensieve, moreel gevoelige vak van de geneeskunde, en voor jezelf te bepalen wat

jij een goede dokter vindt, dan zijn er zoveel onderwerpen te bedenken die je op het spoor van morele reflectie kunnen zetten – en die hoeven dus niet per se problematisch te zijn. In het boekje *Tijd voor reflectie* staan verschillende methoden voor morele reflectie beschreven, zoals de Dilemmamethode, de Topografische methode, de Socratische dialoog en de Waarderende Morele Reflectie. Deze laatste methode gaat uit van een casus die de deelnemers in moreel opzicht als inspirerend hebben ervaren. Door deze casus in de groep, onder begeleiding van een gespreksleider, op een gestructureerde manier te analyseren, komt de inbrenger tot het verwoorden van een of meer richtinggevendende waarden die in zijn eigen professioneel handelen centraal staan. In het kader Waarderende morele reflectie staat de methode in beknopte vorm beschreven.

Waarderende morele reflectie (WMR)

1. *Start:*
 - a Uitdelen en toelichten van de casus.
 - b Eventueel verhelderende vragen over feitelijk verloop van de casus.
2. *Exploreren:*
 - a Formuleren explorerende vraag (door iedereen).
 - b Vragenronde. Inbrenger luistert, inventariseert en checkt zo nodig.
 - c Inbrenger kiest eerste vraag uit en begint met beantwoorden, gevolgd door, ofwel gecombineerd met, de beantwoording van de overige vragen.
 - d Overige groepsleden en gespreksleider stellen verdere explorerende vragen.
3. *Van casus naar waarde:*
 - a Formuleren van een of meer waarden die volgens de inbrenger de essentie van de ingebrachte casus vormen.
 - b Passen geformuleerde waarden bij eigen professioneel handelen?
4. *Uitwisseling in groep:*
 - a Vergelijking ingebrachte casus met ervaringen overige groepsleden.
 - b Wie herkent de door de inbrenger geformuleerde waarden? Wie niet?
 - c In welk opzicht wel/niet?

- d Zo nodig toelichting aan de hand van eigen casuïstiek.

5. *Van reflectie naar praktijk:*

- a Welke voorwaarden zijn voor de inbrenger faciliterend om zojuist geëxpliciteerde waarde(n) in eigen zorgpraktijk tot uitdrukking te kunnen brengen?
- b Op welke voorwaarden kan de inbrenger zelf – direct of indirect – invloed uitoefenen?
- c Aanvullende suggesties (zo mogelijk) door overige groepsleden.

(Bron: Bauduin D, Kanne M. *Tijd voor reflectie. Praktische ethiek in psychiatrie en rehabilitatie*. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2009.)

21.4.3 MORELE REFLECTIE IN RELATIE TOT MORELE COUNSELING EN MOREEL BERAAD

Behalve voor de ontwikkeling van professioneel gedrag kan morele reflectie ook direct vruchten afwerpen voor de communicatie over ethische kwesties in de dagelijkse praktijk. Zo kan morele reflectie worden toegepast als voorbereiding op morele counseling of moreel beraad. Een lastig gesprek kun je misschien beter voeren als je eerst stilstaat bij je eigen opvattingen over deze kwestie. Hoe beter je je bewust bent van je eigen morele positie, hoe helderder je daarover kunt communiceren, zowel met collega's als met patiënten. Een helder bewustzijn van je eigen standpunt voorkomt immers een – onbewuste – sturing van het gesprek. Anderzijds geldt dat hoe meer je je eigen morele standpunt kent, hoe beter je dit standpunt, waar nodig, gericht in de communicatie kunt inzetten. Wanneer je als huisarts zelf twijfels hebt bij de geuite euthanasiewens van je patiënt, werkt het vaak beter om daar open over te zijn. De toelichting van je eigen twijfels kun je gebruiken als opening voor een verkennend (niet-oordelend) gesprek met je patiënt. Als je daarentegen die twijfel ervaart, maar dit niet met de patiënt bespreekt, is de kans groot dat de patiënt ontevreden over je begeleiding is zonder dat hij precies kan uitleggen waarom.

Ook kan een moreel beraad of morele counseling de *aanleiding* zijn voor morele reflectie. Het

lukt je bijvoorbeeld steeds niet een bepaald soort cliënten goed bij hun besluitvorming over prenatale diagnostiek te begeleiden, en je vraagt je af waar dat aan ligt. Spelen je eigen opvattingen over deze patiënten (té mondig; té zelfbewust; té veel de houding 'ik wil alleen een gezond kind en anders niet') je daarbij parten? En zo ja, is dat erg? Of stel, bij een moreel beraad over het kindje dat als voorbeeld werd genoemd in paragraaf 21.3, waarbij de ouders geen kind met een leven 'als kasplantje' wilden, was jij als enige vóór actieve levensbeëindiging. Jij kon je dat idee van die ouders heel goed voorstellen en dacht: 'Ik ben toch geen kinderarts geworden om tegen de wil van de ouders in een onleefbaar leven in stand te houden?!' Je collega's namen echter een compleet tegenovergesteld standpunt in en zeiden: 'Het ademt, dús het wil leven.' Het viel je daarbij op

dat zij de situatie vanuit het perspectief van het kind bekeken, terwijl jij koos voor het perspectief van de ouders, en je vroeg je af of je dat vaker deed. Dat zou je door middel van morele reflectie, bijvoorbeeld een Socratische dialoog met een groepje oud-studiegenoten, wel eens willen uitpluizen.

Morele reflectie is een methode die je in je beroepspraktijk als arts altijd kunt blijven gebruiken. In alle fasen van je loopbaan zul je situaties tegenkomen waar je wat langer bij stil wilt blijven staan. Het resultaat van die morele reflectie werkt vervolgens op drie niveaus door: in je contact met patiënten levert het een betere begeleiding op, in je contact met collega's kom je tot een betere samenwerking, en voor jezelf leidt morele reflectie tot een betere invulling van je rol als professional.

Kernpunten

- Een ethische kwestie in de medische praktijk is aan een aantal aspecten te herkennen, waarvan de belangrijkste zijn: de tragiek van de situatie, de sterke emoties verbonden met persoonlijke waarden en de noodzaak verantwoording af te leggen over de genomen beslissing.
- Morele counseling is de gesprekswijze die dokters kunnen volgen om ethische kwesties met hun patiënten te bespreken. Meestal gaat het bij morele counseling om het begeleiden van de patiënt bij een morele beslissing. Uitdaging voor de arts is om in het consult voldoende aandacht aan die begeleiding te besteden, en tegelijkertijd oog te houden voor de andere doelen die in het medisch consult moeten worden bereikt.
- Moreel beraad is de methode om ethische kwesties met collega's in interdisciplinair verband te kunnen bespreken. Er zijn verschillende soorten stappenplannen voor moreel beraad in gebruik, maar bij alle vormen van moreel beraad staat de definiëring van het morele probleem centraal.
- Morele reflectie kan medische professionals helpen meer inzicht te verkrijgen in hun eigen morele opvattingen die het beroepsfunctioneren beïnvloeden. Methoden voor morele reflectie kunnen zowel individueel als in groepsverband, met collega's onderling, worden toegepast.

Literatuur

Bauduin D, Kanne M. Tijd voor reflectie. Praktische ethiek in psychiatrie en rehabilitatie. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2009.

Beaufort I de, Hilhorst M, Vandamme S, Vathorst S van de. De Kwestie. Praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg. Den Haag: Uitgeverij Lemma; 2008.

Geerlings E. Het oog in de storm. Wegwijs in de filosofie, handboek 2. Amsterdam: Boom; 2007.

Have HAMJ ten, Meulen RHJ ter, Leeuwen E van.

Medische ethiek. 3e herz. dr. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.

Herwaarden CLA van, Laan RFJM, Leunissen RRM, redactie. Raamplan Artsopleiding 2009. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (2009). www.nfu.nl.

Kort S de. Aims and reasons. Ethical questions about systemic palliative cancer therapy [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2009.

Manschot H, Dartel H van, redactie. In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Boom; 2003.

Smets E, Zwieten M van, Michie S. Comparing genetic counseling with non-genetic health care interactions: two of a kind? *Pat Educ Counsel* 2007;68:225-34.

Verkerk MA, Bree MJ de, Mourits MJE. Reflective professionalism: interpreting CanMEDS' "professionalism". *J Med Ethics* 2007;33:663-6.

Zwieten M van, Baane C. *Professioneel gedrag in Curius*. Amsterdam: Onderwijs Instituut Geneeskunde AMC; 2009.