

Is er een dokter in de zaal?
Over de bron van de medische professionele ethiek

Jolanda Dwarswaard
Medard Hilhorst
Margo Trappenburg

In het nieuwe zorgstelsel, dat is gebaseerd op gereguleerde concurrentie, worden artsen gestimuleerd om reclame te maken voor hun eigen diensten. Daarmee gaat het overheidsbeleid in tegen de traditionele medische professionele ethiek. Ook op andere gebieden van de medische professionele ethiek, bijvoorbeeld het verstrekken van informatie aan de patiënt, signaleren we veranderingen. Dat roept twee belangrijke vragen op die centraal staan in dit artikel: (1) hoe moeten we de veranderingen in de medische professionele ethiek beoordelen en (2) wie kan en mag de medische professionele ethiek bepalen?

Intern of extern

Hiertoe moeten we ons bezinnen op de bron van de medische professionele ethiek. Die bron biedt ons de mogelijkheid om de huidige en toekomstige veranderingen te toetsen. De bron van de medische professionele ethiek laat zien waar we naar moeten kijken om te weten te komen wat de ethiek van de geneeskundebeoefening behoort te zijn. In de literatuur over de bron van de medische professionele ethiek zijn twee belangrijke stromingen te herkennen. Enerzijds wordt betoogd dat de medische professionele ethiek besloten ligt in de doeleinden van de geneeskunde. Deze auteurs spreken van de interne moraliteit van de geneeskunde. Anderzijds zijn er auteurs die beargumenteren dat je de moraal van de geneeskunde alleen te weten kunt komen als je naar de normen en waarden van de maatschappij kijkt. Zij spreken van een externe moraliteit van de geneeskunde. Het onderscheid tussen interne en externe moraliteit wordt ook gebruikt bij het analyseren

van de vraag wie de professionele ethiek kan en mag bepalen. Is alleen de beroepsgroep zelf daartoe gelegitimeerd of mogen en kunnen anderen, zoals filosofen, politici of leken (mede)bepalen waaruit de medische professionele ethiek zou moeten bestaan? Intern betekent in dit geval dat alleen de medische professie kan en mag bepalen wat de professionele ethiek inhoudt, terwijl extern aangeeft dat (ook) anderen dan de medische professie de ethiek van de geneeskunde kunnen en mogen bepalen.

Nadat de genoemde veranderingen in de medische professionele ethiek nader zijn toegelicht wordt bij beide aspecten van het onderscheid tussen interne en externe moraliteit stil gestaan door benaderingen van verschillende filosofen te bespreken. In de conclusie wordt vervolgens nagegaan welke benadering in de dagelijkse praktijk de meeste zeggingskracht heeft.

Informatie over de behandeling en ziekteverloop

In vaktijdschriften en medisch ethische gedragsregels van de jaren vijftig van de vorige eeuw lees je dat artsen patiënten niet hoorden te vertellen dat ze terminaal ziek waren. Het volgende citaat uit Huisarts en Wetenschap (1959,3) illustreert dit.

"In dit stadium (JD twijfel: dokter, het zal toch niet de gevreesde ziekte zijn) mogen wij ons nimmer laten gaan en denken: ik zal het maar zeggen, dat het hopeloos is, misschien geeft het de patiënt rust. In die gevallen waarbij de diagnose aan de patiënt bekend was, bleek, dat het ziekbed oneindig veel zwaarder te dragen was, dan in gevallen van onwetendheid".

Het geven van hoop aan de patiënt was een belangrijke professionele norm. Tegenwoordig behoort een arts de patiënt uitgebreid informatie te verschaffen over het ziekteverloop en de mogelijke behandelingen. Het onthouden van relevante informatie zouden we nu onwaarheid vertellen of zelfs liegen noemen en is op grond van de wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) strafbaar. De WGBO maakt alleen een uitzondering indien het verstrekken van informatie ernstig nadeel zou opleveren voor de patiënt. Alleen bij hoge uitzondering, de zogenaamde therapeutische exceptie, mag de patiënt tegenwoordig informatie worden onthouden. Voordat je als hulpverlener een uitzondering mag maken moet je dit eerst hebben besproken met een collega (WGBO art. 448 lid 3).

Reclame maken

In de gedragsregels van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst van 1936 vind je de volgende passage: *“Een beroep als het onze moet niet met dat van een handelman over één kam geschoren kunnen worden; een medicus die graag reclame maakt doet beter, evenals zijn collega, wien het alleen om geld verdienen te doen is, in den handel te gaan, waar zijn karakter en gaven meer tot hun recht kunnen komen dan in de medische praktijk.”* (KNMG, 1936, p. 10).

Het was als arts verboden om de aandacht van het publiek op je te vestigen. Ook “verkapte” reclame werd in de gedragsregels verworpen. Hiermee doelden de gedragsregels bijvoorbeeld op een te opzichtig naambord of het zetten van een advertentie in de krant wegens zeer korte afwezigheid. Artsen hoorden een andere moraal te hebben dan de handelman. Daarmee werd niet de handelman veroordeeld, maar wel de arts die zich óók met de handel bezig hield. Dit had twee belangrijke redenen. Ten eerste zou het maken van reclame de artsenstand schaden, omdat het publiek reclame associeert met *“humbug en bedrog”* (KNMG, 1936, p. 10). Bovenal zou ook het algemeen belang geschaad worden, omdat *“het publiek toch niet bij machte is het ware van het onwaarachtige te onderscheiden in de reclame en dus licht wordt bedrogen”* (KNMG, 1936, p. 10). In de handel zou dit slechts een financieel nadeel tot gevolg hebben, terwijl het in de geneeskunde de gezondheid van de patiënt kan schaden. De gedragsregels van de KNMG zijn aangepast in 1959, 1983, 1993 and 2002. In de meest recente gedragsregels van 2002 is het verbod op het maken van reclame verdwenen. De KNMG juicht het maken van reclame nog steeds niet toe, maar de regels van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA) dwong de KNMG de betreffende passage te schrappen. De NMA kwalificeert een verbod op reclame als monopolistisch gedrag en dat mag niet in een stelsel dat is gebaseerd op gereguleerde concurrentie (KNMG, 2003). In ons nieuwe stelsel, dat sinds 1 januari 2006 officieel¹ is ingevoerd, worden zorgaanbieders geacht te concurreren om de gunst van de patiënt, direct of indirect via een contract met de zorgverzekeraar. Reclame kan dan een geëigend middel zijn om je van je collega’s te onderscheiden. Een verbod op reclame van artsen frustreert in ieder geval de beoogde werking van het nieuwe gezondheidszorgstelsel en is daarom niet langer toegestaan.

MacIntyre

Het boek *After virtue* van MacIntyre uit 1984 heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de discussie over interne en externe moraliteit². In dit boek bekritiseert MacIntyre de huidige emotivistische cultuur waarin alle morele

uitingen persoonlijk en onvergelijkbaar zijn en niet tegen elkaar kunnen worden afgewogen. Dit zorgt ervoor dat we in de huidige morele discussies niet tot overeenstemming kunnen komen. We missen een overkoepelend concept op basis waarvan we elkaars argumenten kunnen vergelijken en beoordelen. Volgens MacIntyre kan de herintroductie van "human telos", gebaseerd op Aristoteles, zorgen voor een terugkeer van de objectiviteit in moraliteit (MacIntyre, 1984).

MacIntyre maakt in *After Virtue* onderscheid tussen de interne en externe goederen van een praktijk. Dit onderscheid is een belangrijk element in zijn definitie van een praktijk:

".. any coherent and complex form of socially established cooperative human activity through which goods internal to that form of activity are realized in the course of trying to achieve those standards of excellence, which are appropriate to, and partially definitive of, that form of activity, with the result that human powers to achieve excellence, and human conceptions of the ends of goods involved, are systematically extended." (MacIntyre p. 187).

Interne goederen worden gerealiseerd door het streven naar de doelen van de praktijk. Deze goederen kunnen alleen worden bereikt door het participeren in een bepaalde praktijk. Binnen de geneeskundepraktijk gaat het dan bijvoorbeeld om goed opereren of de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Zij kunnen worden onderscheiden van externe goederen die ook op een andere manier kunnen worden bewerkstelligd. Geld verdienen, status verwerven, of vertrouwen winnen bijvoorbeeld. Door de sociale omstandigheden kunnen ze binnen een specifieke praktijk worden bereikt, maar ze zijn niet uniek voor die praktijk. Extrinsieke goederen zijn bovendien niet noodzakelijk om de doeleinden van de praktijk te kunnen bereiken. Zorg kan ook worden gegeven zonder je om geldelijk gewin of status te bekommeren. Goederen worden door MacIntyre intern genoemd als ze alleen kunnen worden gespecificeerd in termen van de praktijk en als ze alleen geïdentificeerd en herkend kunnen worden door ervaring die binnen de praktijk is opgedaan. Mensen die geen ervaring hebben binnen de praktijk worden door MacIntyre niet in staat geacht te oordelen over de interne goederen. Het is mogelijk om kritiek te leveren op de historische gegroeide waarden, maar dit kan alleen van binnenuit worden gedaan. Praktijken moeten volgens MacIntyre niet worden verward met instituties. Instituties, zoals ziekenhuizen, zijn noodzakelijkerwijs gericht op het bereiken van externe goederen. Praktijken kunnen niet bestaan zonder deze instituties, maar dezelfde instituties kunnen vanwege het competitieve karakter van instituties een corrumperende werking hebben op de praktijken. De deugden van degenen die participeren in de praktijk moeten ervoor zorgen dat de interne goederen kunnen worden nagestreefd.

Na het verschijnen van het boek van MacIntyre hebben een aantal auteurs, Pellegrino, Miller & Brody en Veatch, een belangrijk aandeel gehad in de

discussie over de interne en externe moraliteit van de geneeskunde. Pellegrino verdedigt de interne moraliteit van de geneeskunde, terwijl Veatch het bestaan van een moraal die intern is aan de geneeskunde verwerpt. Miller & Brody hebben ook kritiek op de interne moraliteit die door Pellegrino wordt verdedigd, maar hun kritiek is minder vergaand dan die van Veatch. Zij pleiten voor een evolutionaire benadering van de interne moraliteit.

Pellegrino

Pellegrino's concept van interne moraliteit past binnen de deugdethiek die MacIntyre voorstaat. Ook Pellegrino bekritiseert het verdwijnen van de Aristoteliaanse traditie in de ethiek. Hij uit kritiek op de moderne ethiek die gericht is op subjectiviteit, dialoog en sociale conventie in plaats van objectiviteit en interne moraliteit (Pellegrino, 2001). Dit is volgens Pellegrino te wijten aan het ontbreken van een filosofische basis van de medische ethiek. In zijn boek *A philosophical basis of medical practice* (1981) wil hij een rechtvaardiging geven voor de medische ethische regels die in de geneeskunde volgens MacIntyre vaak *a priori* worden voorondersteld zonder dat er sprake is van een filosofische fundering. Deze is gebaseerd op de unieke aard van de relatie tussen arts en patiënt³.

Pellegrino grijpt in zijn uitleg van de interne moraliteit terug op het onderscheid dat MacIntyre maakt tussen intrinsieke en extrinsieke waarden. Hij beschouwt het bereiken van "excellence in healing" als een interne waarde van de geneeskundige praktijk, terwijl geld verdienen extern is aan die praktijk. Hij verwerpt echter de nadruk die MacIntyre legt op de sociale constructie van de praktijk. Volgens Pellegrino is de sociale constructie extern aan de praktijk. Hij heeft een essentialistische opvatting en gaat er vanuit dat de geneeskunde niet bestaat omdat de samenleving een geneeskundige praktijk heeft gecreëerd, maar omdat ziekte, gezondheid en genezen universele menselijke ervaringen zijn: *"Medicine exists because being ill and being healed are universal human experiences, not because society has created medicine as a practice"* (Pellegrino 2001, p. 563). Het universele en onveranderlijke karakter van deze begrippen zorgt ervoor dat de "doeleinden"⁴ van de geneeskunde vaststaan. De medische professionele ethiek komt vervolgens voort uit deze doeleinden van de geneeskunde. De doeleinden moeten worden onderscheiden van de concrete doelen van de praktijk. Deze zijn bij Pellegrino extern aan de praktijk en onderdeel van de sociale constructie. Ze worden bepaalde door de sociale, economische en politieke conventies. Deze sociale constructie waarin de geneeskunde wordt beoefend heeft geen invloed op de doeleinden van de geneeskunde. Dit heeft tot gevolg dat in zijn visie de heersende moraal van de maatschappij geen

rol behoort te spelen bij het zoeken naar de moraal van de geneeskunde. Hij verwerpt daarmee het sociaal constructivisme, dat gevaarlijke gevolgen kan hebben voor de patiënt, en plaatst zijn benadering als tegenhanger van het sociaal constructivisme⁵: *"An end-oriented internal morality of medicine is an ethic based in the notion of the good as the end which characterizes moral acts. (...) Such an ethic is the antithesis of an ethic based in a social construction of the goals and purposes of medicine"* (p. 564).

Pellegrino beschouwt het welbevinden van de patiënt als het centrale doeleinde van de klinische geneeskunde. De arts moet bij zijn handelen het welzijn van de individuele patiënt als leidraad nemen. Het gaat daarbij niet alleen om genezen: *"To care, comfort, be present, help with coping, and to alleviate pain and suffering are healing acts as well as cure"* (p. 568). Hij maakt daarom onderscheid tussen verschillende niveaus van het goede voor de patiënt. Het eerste niveau betreft het medisch goede en is gebaseerd op de kennis, wetenschap en techniek van de geneeskunde. Ook de perceptie van het goede leven van de patiënt moet meegenomen worden bij de behandeling. Het volgende niveau is het goede voor de mens. Dit verwijst naar wat Aristoteles "telos of human life" noemde. Dit ligt besloten in de aard van de mens en ook dit is geen sociale constructie. Op dit niveau zijn waarden als autonomie, weldoen en niet-schaden van belang. Het laatste niveau omvat het spirituele goede. De andere, lagere niveaus moeten bijdragen aan het spirituele goede. Het laatste niveau heeft dus prioriteit boven de eerder genoemde niveaus. Dit heeft tot gevolg dat alle andere niveaus voorrang hebben over het medisch goede. De medische behandeling mag dus geen inbreuk maken op de andere genoemde niveaus van het goede voor de patiënt. Een arts is geen expert op alle niveaus, maar heeft wel de plicht zoveel mogelijk recht te doen aan alle niveaus van het goede voor de patiënt. Samengevat is het doeleinde van de geneeskunde: *"the good of the whole person – physical, emotional and spiritual"* (p. 569).

Van dit doeleinde van de geneeskunde kunnen de belangrijkste deugden voor artsen worden afgeleid. Pellegrino noemt de volgende: artsen moeten betrouwbaar zijn, zichzelf soms kunnen wegcijferen, grenzen van de eigen kennis en vaardigheden inzien, zich in kunnen leven in de gevoelens van de patiënt, moed hebben om het goede te doen in tijden van commercialisering en verstandig zijn opdat ze een goede afweging kunnen maken tussen alle niveaus van het goede voor de patiënt (Pellegrino, 2006; 2001).

Miller & Brody

Anders dan Pellegrino, die het essentialisme en sociaal constructivisme als onverenigbaar beschouwt, pleiten Miller en Brody (1998; 2001) voor een combinatie van beide theorieën. Ze geven de voorkeur aan een evolutionaire benadering van de interne moraal van de geneeskunde en baseren zich daarmee op Vance, die de geneeskunde typeerde als een "dependent tradition" (Vance, 1985). Vance bedoelde hiermee dat je de geneeskunde niet kunt zien als een historische traditie die over de tijd heen – in zichzelf – gelijk blijft, maar dat de geneeskunde evenmin een traditie is die zich zonder meer aanpast aan de sociale omstandigheden. De medische professionele ethiek moet volgens Miller en Brody zowel de interne moraliteit als de externe moraliteit in beschouwing nemen: *"The internal / external metaphor makes sense insofar as it directs ethicists and reflective practitioners where to look for sources of appropriate ethical guidance: to the nature of medicine and the tradition and reflection on medical professionalism for constructing the internal morality of medicine and to the fit between medicine and the norms of liberal, democratic society for constructing the external morality of medicine. A comprehensive medical ethics must integrate both sources of ethical guidance"* (Miller and Brody, 2001, p. 584).

Ze accepteren daarmee voor een deel de claim van Pellegrino. Ook volgens hen komt de moraliteit van de geneeskunde voort uit de doeleinden van de geneeskunde. Ze plaatsen echter vraagtekens bij twee belangrijke aspecten van de interne moraliteit zoals die wordt verdedigd door Pellegrino. Enerzijds zijn ze bang dat het essentialistische karakter van de benadering van Pellegrino leidt tot conservatisme. De doelen van de geneeskunde zijn volgens Miller en Brody niet onveranderlijk, maar aan culturele en historische verandering onderhevig: *"off necessity they evolve along with human history and culture"* (p. 585). Anderzijds geloven zij niet in de exclusiviteit van de interne moraliteit. Om een oordeel te kunnen vellen over de medische professionele ethiek is het noodzakelijk om ook buiten de geneeskunde te kijken. Veranderingen kunnen zich dus op twee manieren voordoen. Ten eerste kunnen nieuwe waarden en doelen, die voortkomen uit de waarden die belangrijk worden gevonden in de maatschappij, worden geïncorporeerd in de medische professionele ethiek. Miller en Brody noemen hierbij *"informed consent"*⁶ als voorbeeld. Dit is volgens hen geen onderdeel van de traditionele medische professionele ethiek, maar voortgekomen uit de politieke waarden die in de huidige samenleving belangrijk worden gevonden. Uiteindelijk zou deze waarde, in plaats van een wettelijke verplichting die van buitenaf is opgelegd, ook onderdeel kunnen worden van de interne moraliteit van de geneeskunde. Dit gebeurt als artsen *informed consent* belangrijk gaan vinden voor de therapeutische relatie tussen de arts en de patiënt. De externe moraliteit hoeft dus niet altijd extern te blijven, maar kan ook onderdeel worden van de interne moraliteit. Ten tweede kunnen traditionele waarden van de geneeskundepraktijk anders geïnterpreteerd worden. Aan traditionele waarden kan een andere betekenis

worden toebedeeld in de nieuwe sociale omstandigheden. Ze moeten daarom regelmatig worden geëvalueerd, waarbij de sociale waarden van de moderne maatschappij een onvermijdelijke rol spelen. Op die manier zouden bijvoorbeeld abortus en euthanasie nu anders kunnen worden beoordeeld dan vroeger.

In de benadering van Miller en Brody moet er gedebatteerd worden over de mogelijke veranderingen. De positieve en negatieve aspecten van de verandering moeten worden afgewogen. Bekeken moet worden of er een positieve bijdrage wordt geleverd aan de geneeskunde of dat er een te grote inbreuk wordt gemaakt op de traditionele en historisch gevormde medische doeleinden en daarin besloten waarden. Bij het afwegen behoren de historische opvattingen over de essentiële waarden in de geneeskunde een belangrijke rol te spelen. De mogelijkheid tot verandering die Miller en Brody openhouden impliceert dus geenszins dat we veranderingen, geïnitieerd door wijzigingen in de maatschappelijke waarden, zonder meer zouden moeten accepteren: "*(..) that does not relieve us of the responsibility to try our best to discern the historical continuity of those goals from the time of Hippocrates to our own*" (p. 586).

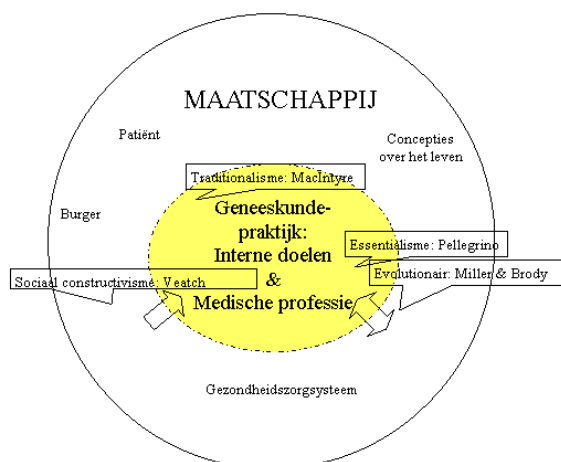
Veatch

De kritiek van Veatch op Pellegrino gaat verder dan het commentaar van Miller en Brody. Zij hebben een andere, minder essentialistische en exclusieve opvatting van de interne moraliteit, maar vinden het begrip nog wel belangrijk. Veatch daarentegen hecht geen waarde aan de interne moraliteit van de geneeskunde. In zijn sociaal constructivistische benadering moet je altijd en alléén verder dan de geneeskunde kijken om te weten wat goed medisch handelen is. Hij betoogt dat het doel van de geneeskunde afhangt van de doeleinden die mensen in het leven en samenleven stellen. Deze conceptie van het goede leven wordt bepaald door religieuze en culturele waarden binnen een maatschappij. Veatch verwoordt dit als volgt: "*In fact, whether one is talking about the end of 'health' or the end of other nonmedical goods that require the skills of a health professional to accomplish, determining what the proper ends of life are will always, necessarily, require looking beyond medicine to the core religious or theological system of beliefs that shape a culture. These core beliefs and values express the ends the people of that culture find worthy of pursuit. They determine what the ends are of the various professional practices of the culture: medicine, law, education, religion, and so forth*" (Veatch, 2001, p. 623).

De medisch professionele ethiek kan daarmee niet voortkomen uit een universele en onveranderlijke opvatting over ziekte, gezondheid en genezen. Dé geneeskunde, opgevat als een praktijk met vaststaande doeleinden, bestaat volgens Veatch om een aantal redenen niet. Ten eerste geeft hij aan dat er verschillende medische rollen zijn die allemaal verschillende doelen met zich mee kunnen brengen. Een huisarts heeft bijvoorbeeld een ander soort patiëntencontact dan een chirurg. Dit kan ervoor zorgen dat beide artsen andere doelen nastreven. Als je zegt dat ze beide gericht zijn op het beter maken van de patiënt of het bevorderen van de gezondheid van de patiënt, dan zijn deze termen volgens Veatch zo vaag dat ze eigenlijk geen betekenis meer hebben. Ten tweede zijn er binnen één medische rol ook meerdere doelen te herkennen. Het is volgens Veatch te simpel om te stellen dat het bevorderen van de gezondheid het centrale doel van de geneeskunde is. Hij onderscheidt vier doelen van de geneeskunde: verlengen van de levensduur, genezen, verlichten van het lijden en preventie (Veatch, 2001). Deze verschillende doelen kunnen met elkaar conflicteren. Sommige patiënten en dokters zullen de voorkeur geven aan het verlengen van het leven, terwijl anderen de kwaliteit van leven belangrijker vinden. Dokters kunnen daarom niet meer voor hun patiënten bepalen wat goed voor hen is (Veatch, 2000). Bovendien is er door de diversiteit aan doelen geen eenduidig en universeel doeleinde waaruit de medische professionele ethiek kan voortkomen. Volgens Veatch is dat niet het enige probleem. Het probleem is complexer, omdat de opvattingen over wat deze doeleinden in de praktijk precies betekenen per cultuur kunnen verschillen: "*The awful truth is that different cultures seem to shape the terrain of medicine very differently*" (Veatch, 2001, p. 631). Volgens Veatch kun je deze culturele verschillen niet oplossen door de geneeskunde beter te analyseren. Daar kom je niet verder mee, omdat je de maatschappij waarin de geneeskunde wordt beoefend nodig hebt om te kunnen beoordelen wat de vier doelen van de geneeskunde precies inhouden. Er bestaat dus niet één concept van geneeskunde, er zijn verschillende soorten geneeskunde in verschillende culturen. Het derde probleem dat Veatch heeft met de interne moraliteit betreft het feit dat hij vindt dat de samenleving moet bepalen wat goed en fout gedrag van artsen is. Een oordeel over bijvoorbeeld abortus kun je niet geven door naar de doeleinden van de geneeskunde te kijken. Je moet kijken naar de geldende normen en waarden in de maatschappij om te kunnen zeggen of het uitvoeren van een dergelijke behandeling past bij het handelen van een goede professional. Ook bij behandelingen waarbij het op het eerste gezicht duidelijk lijkt wat de arts moet doen, bijvoorbeeld een gebroken been, is het noodzakelijk om te kijken naar heersende normen en waarden in de maatschappij. Het doel van een medische behandeling kun je pas weten als je weet wat het doel van het menselijk leven is. De geneeskunde heeft volgens Veatch nooit eigen doeleinden die inherent zijn aan de praktijk.

Verschillende bronnen

Op basis van bovenstaande uiteenzetting kunnen we concluderen dat de medische professionele ethiek uit verschillende bronnen zou kunnen voortkomen. Enerzijds is er een essentialistische visie die uitgaat van het onveranderlijke en universele karakter van de doeleinden van de geneeskunde. Anderzijds is er een sociaal constructivistische benadering waarin de doeleinden van de geneeskunde niet vastliggen. Pellegrino en Veatch zien deze twee benaderingen als onverenigbaar. Brody en Miller zien het gebied tussen deze twee benaderingen echter als een continuüm. Binnen dit continuüm wordt de bron van de geneeskunde bepaald door een combinatie van de interne en externe moraliteit. Daarenboven verschilt hun opvatting over de interne moraliteit voor een deel van de opvatting van Pellegrino. Pellegrino ziet de interne doelen als onveranderlijk, terwijl Brody en Miller betogen dat ook de interne doelen aan verandering onderhevig zijn. MacIntyre gaat ook uit van een interne moraliteit van de geneeskunde, maar is een traditionalist. De interne moraliteit komt niet voort uit het universele en onveranderlijke karakter van de geneeskunde, maar uit de historie van de praktijk.



Afbeelding 1: De Geneeskundepraktijk ingebed in de maatschappij

Afbeelding 1 geeft een grafische weergave van de geneeskundepraktijk en de sociale context waarin deze zich bevindt.⁷ De verschillende benaderingen

en bijbehorende auteurs zijn weergegeven op de plaats waar zij de bron van de medische professionele ethiek plaatsen. Het sociaal constructivisme, zoals verdedigd door Veatch, vindt de bron van de geneeskunde in de waarden die belangrijk zijn binnen de maatschappij. Er is als het ware sprake van éénrichtingsverkeer tussen de maatschappij en de geneeskundepraktijk. Het essentialisme van Pellegrino baseert zich op de onveranderlijke en universele doelen van de geneeskundepraktijk. Er vindt daarom ook geen uitwisseling plaats tussen de maatschappij en de geneeskundepraktijk. Ook bij MacIntyre vindt deze uitwisseling niet plaats. Instituties kunnen invloed hebben op de praktijk, maar behoren geen directe invloed te hebben op de interne moraliteit. Het evolutionisme wordt weergegeven door middel van de dubbele pijl. Het laat zien dat er uitwisseling van waarden tussen de geneeskunde en de maatschappij plaatsvindt. Waarden die hun oorsprong hebben in de maatschappij, bijvoorbeeld respect voor autonomie van de patiënt, kunnen ook worden opgenomen in de interne moraliteit van de geneeskunde. Andersom kan de geneeskundepraktijk ook waarden overbrengen aan de maatschappij. Dit kan belangrijk zijn als waarden van de interne moraliteit op het spel staan. Het is dan de functie van de professie om die waarden te beschermen.

Wie mag er meepraten?

In de inleiding is gewezen op het feit dat het overheidsbeleid invloed kan hebben op de medische professionele ethiek. Beleidsmaatregelen kunnen ervoor zorgen dat de traditionele of gangbare normen en waarden niet meer, of minder goed kunnen worden nageleefd of nagestreefd door de professie. Het verbod op reclame, dat eerder in dit artikel is beschreven, is daar een voorbeeld van. Een ander voorbeeld betreft de traditionele norm om patiënten te behandelen op basis van medische noodzakelijkheid. Volgens deze norm behandel je patiënten die zieker zijn eerder dan patiënten die minder ziek zijn. In het nieuwe gezondheidszorgstelsel waarin verzekeraars contracten kunnen afsluiten met zorgaanbieders over de maximale wachttijd van hun verzekerden, zou dit in het gedrang kunnen komen. De afspraken in het contract zouden leidend kunnen worden bij de keuze wie het eerste behandeld wordt. De huidige ontwikkelingen in het gezondheidszorgbeleid roepen dus de vraag op wie er invulling mag geven aan de medische professionele ethiek. De precieze formulering van deze vraag en het antwoord erop hangen af van de visie op de bron van medische professionele ethiek.

De essentialistische opvatting van Pellegrino gaat er vanuit dat "de" waarheid met betrekking tot het goede geneeskundig handelen bestaat en

objectiviteit bezit. De doeleinden van de geneeskunde liggen in zijn visie besloten in de aard van de geneeskunde. Ook dokters dienen zich daaraan ondergeschikt te maken en mogen die niet naar eigen hand zetten. Volgens MacIntyre ligt die waarheid weliswaar niet in het wezen van de geneeskunde, maar wel in de traditie van de praktijk besloten. Wie in die praktijk betrokken is, wie zich daarbinnen bevindt, kan weten wat het goede handelen is. MacIntyre, traditionalist, overtuigd van het gezag van de traditie en tegelijkertijd van het historische karakter, accepteert dat dit "objectieve" goede handelen veranderlijk is in de tijd. MacIntyre en Pellegrino verschillen van mening over de vraag wie de waarheid kan kennen. Pellegrino geeft duidelijk aan dat zijn verdediging van de interne moraliteit niet betekent dat artsen het alleenrecht hebben op het kennen van de waarheid: "*An internal morality of medicine is not a morality defined or authenticated by physicians or the profession of medicine*" (Pellegrino, 2001, p. 564). MacIntyre daarentegen lijkt meer overtuigd te zijn van het exclusieve recht van de professie op het kennen van de waarheid. In *After Virtue* geeft hij aan dat je de interne waarden alleen kunt herkennen als je ervaring hebt binnen de praktijk. In het geval van de geneeskunde zou dit dus betekenen dat alleen artsen kunnen oordelen over de interne waarden van de geneeskundepraktijk.

In de evolutionaire opvatting van Brody en Miller bestaat er geen waarheid in "objectieve" zin. De traditionele normen en waarden moeten worden geëvalueerd in het licht van de nieuwe sociale situatie. Miller en Brody zien deze "intersubjectieve" evaluatie als een gesprek tussen de interne moraliteit van de geneeskundepraktijk en de externe moraliteit van de maatschappij. Het is onduidelijk wie daarbij precies betrokken zijn. Kunnen alleen de artsen de interne moraliteit "verdedigen" of kunnen anderen dat ook? Het lijkt bij de interne moraliteit soms alleen te gaan over de professie: "*As part of making a case for their compromise, the Internalsville physicians could appeal to their moral duties under the internal morality of medicine*" (Brody and Miller, 2001, p. 593). Dit impliceert dat het de taak van de medische professie is om de interne moraliteit te behouden. Een eenduidig antwoord op de vraag wie de interne moraliteit mag bepalen wordt echter niet gegeven. Daarnaast is de vraag wie er onderhandelt namens de maatschappij. Onderhandeling zou ook minder letterlijk opgevat kunnen worden. In dat geval zou het ook een taak van de filosoof kunnen zijn om een afweging te maken tussen de interne waarden van de geneeskundepraktijk en de externe waarden van de maatschappij. Het gebrek aan antwoorden op deze vragen maakt het moeilijk om aan hun visie een praktische invulling te geven.

Veatch geeft geen antwoord op de vraag wie de medische professionele ethiek mag bepalen, omdat hij dit ziet als een empirische vraag die hij buiten beschouwing laat in zijn artikelen. Als we zijn benadering volgen is het antwoord op de vraag wie er de medische professionele normen mag bepalen echter eenduidiger dan in de andere besproken opvattingen. De

medische professionele normen worden bepaald door de normen en waarden die gelden binnen de maatschappij waarin de geneeskunde wordt gebedigd. Het gaat om de "common morality", een gedeelde opvatting over de moraal binnen de maatschappij. Dokters dienen in die visie, gegeven hun expertise, dienstbaar te zijn aan datgene wat de maatschappij van hen verwacht.

Conclusie

Nu de diverse theoretische inzichten in kaart zijn gebracht is het van belang te kijken wat de praktische waarde is van de verschillende benaderingen. Bieden de besproken benaderingen een overtuigend fundament op basis waarvan veranderingen in de medische professionele ethiek kunnen worden beoordeeld? Geven ze ons houvast? Dit verschilt per benadering. De essentialistische opvatting van Pellegrino (en de traditionalistische opvatting van MacIntyre) geven de stevigste handvatten om de veranderingen te kunnen beoordelen. Hij betoogt dat de doeleinden van de geneeskunde vastliggen. Als er wordt afgeweken van die doeleinden dan kunnen we dat zonder meer veroordelen. De vraag is echter wel wanneer we de waarheid precies kennen. Daarnaast is de vraag wie er gelegitimeerd is om de waarheid te kunnen claimen. Daarin verschillen MacIntyre en Pellegrino van opvatting. Bij MacIntyre is het de medische professie, terwijl Pellegrino zich ook kan voorstellen dat onafhankelijke buitenstaanders de waarheid kennen. De andere besproken filosofen maken het ons een stuk minder gemakkelijk, doordat in hun opvatting dé "objectieve" waarheid niet bestaat, maar alleen intersubjectief kan zijn. De medische professionele ethiek is volgens hen (mede) afhankelijk van de normen en waarden binnen de maatschappij. Brody en Miller geven zelf ook aan dat hun opvatting complexer is dan de essentialistische opvatting: *"Our evolutionary view of the internal morality of medicine makes a somewhat complicated debate mandatory, since one cannot enjoy the luxury of simple reading off the conclusions of the IMM from a fixed Platonic essence of medicine's goals and duties"* (Miller and Brody, 2001, p. 595). Echter, zij bieden nog wel de mogelijkheid voor een kritische blik op nieuwe ontwikkelingen. De interne moraliteit dient als een gedeeltelijk houvast, omdat veranderingen een positieve bijdrage aan de geneeskunde moeten leveren. De traditionele opvattingen van de interne moraliteit bieden hiervoor de basis. Veatch daarentegen laat veel minder ruimte voor een dergelijke kritiek van binnenuit. Voor hem is de kritische toets van ontwikkelingen met betrekking tot de geneeskunde altijd een externe. Veranderingen kunnen worden aanvaard als ze passen binnen de "common morality", mits die ook kritisch is getoetst, van de maatschappij. Geneeskunde heeft daarmee geen speciale positie en is onderdeel van de

heersende moraal, en het ethische debat daarover. In de woorden van Pellegrino: "*On this view, medicine becomes what a particular society wishes it to be.*" (Pellegrino, 2001, p. 177). Het praktische gevolg, of in ieder geval het risico, van het sociaal constructivisme is dat artsen gehoorzaam mee zouden moeten gaan in politieke veranderingen, zonder dat daarop kritisch zou kunnen worden gereflecteerd. Als een nieuwe regering verwacht dat artsen met elkaar gaan concurreren om de gunst van de patiënt dan zouden artsen daar zonder veel tegengeluid gehoor aan moeten geven. De vraag is of deze consequenties van het sociaal constructivisme in het model van Veatch nog af te wenden zijn. Zou je willen dat artsen gewillig reageren op politieke veranderingen? In genoemd voorbeeld betekent dit dat artsen de traditionele waarde om geen reclame te maken opzij dienen te zetten en hun eigen diensten moeten gaan aanprijzen. Gezien de mogelijke willekeur van de politieke veranderingen zou dit tot onwenselijke situaties kunnen leiden.

Wisselwerking tussen de maatschappij en de geneeskundepraktijk is echter wel noodzakelijk in de huidige westerse samenleving, omdat gezondheidszorg en samenleving in hoge mate met elkaar verknoot zijn. Wet- en regelgeving is van toepassing op het handelen van artsen en verzekeringsvoorwaarden bepalen tot op zekere hoogte wat een arts wel en niet kan doen. Je kunt dan niet meer spreken van een praktijk die alleen bestaat uit de medische professie en een vaststaand doeleinde. Een essentialistische opvatting biedt houvast omdat je kunt verwijzen naar de vaststaande doeleinden van de geneeskundepraktijk, maar tegelijkertijd biedt het onvoldoende mogelijkheden om nieuwe ontwikkelingen te kunnen plaatsen. De geneeskundepraktijk is een half-open praktijk die wordt beïnvloed door de maatschappij. Dit betekent echter geenszins dat daarmee de sociaal constructivistische benadering van Veatch moet worden verdedigd. Het feit dat artsen functioneren binnen de maatschappij impliceert niet dat ze alle veranderingen moeten incorporeren. Het tegendeel is het geval.

Artsen dienen zich te mengen in het maatschappelijke debat. Kennedy pleitte in zijn feestrede ter ere van het 150-jarig bestaan van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* voor een grotere maatschappelijke participatie van artsen (Kennedy, 2007). Ook in internationale literatuur is er aandacht besteed aan de publieke rol van de professie. Daar wordt echter vaak de nadruk gelegd op het meedenken van de professie met de politiek. Professies moeten dan ook het publiek belang dienen naast het belang van de individuele patiënt (Gruen, Pearson and Brennan, 2004). Dit past in de sociaal constructivistische benadering waarin de professie mee moet gaan in de veranderde waarden van de maatschappij. Met de publieke rol van de professie wordt in dit artikel echter bedoeld op de professionele plicht om veranderingen in het gezondheidszorgbeleid te bezien in het licht van de traditionele waarden van de professie. Deze waarden zijn historisch gegroeid

en gevormd. Het verbod op reclame maken is bijvoorbeeld als sinds 1936 onderdeel van de medisch-ethische regels. Het is de taak van de professie om sommige traditionele waarden te beschermen door aan te geven waar ze toe dienen. Wat precies maakt dat zij met gezag kunnen spreken? (1) De speciale positie waarin zij verkeren, (2) de expertise die zij bezitten en de bijzondere kennis en ervaring die zijn in hun werk opdoen. Dit alles verplicht hen en geeft hen het gezag om te laten zien wat de betekenis is van de gevolgen van de beleidsveranderingen voor de medische professionele ethiek.

Een kritische professie beschermt de gezondheidszorg tegen de waan van de politieke dag. Dit betekent ook dat de overheid de plicht heeft om verwachtingen omtrent de veranderingen in de medische professionele ethiek te expliciteren. Dit maakt het voor de professie makkelijker om aan hun professionele plicht te kunnen voldoen. Als de maatschappij na het overwegen van de kritiek van de professie besluit om veranderingen door te voeren, dan zijn de professionals genoodzaakt om daarin mee te gaan. In een democratie is het laatste woord immers altijd bij de democratische meerderheid. Die meerderheid moet echter wel eerst de argumenten van de dokters hebben meegewogen in hun beslissing. Dat vereist actieve betrokkenheid van de professie bij de beleidsontwikkelingen. Niet om daar direct in mee te gaan, maar om te laten zien welke gangbare waarden er op het spel staan.

Over de auteurs

Jolanda Dwarswaard is promovendus bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en de afdeling Medische Ethiek en Filosofie van de Geneeskunde van het Erasmus MC.

Medard Hilhorst is universitair hoofddocent bij de afdeling Medische Ethiek en Filosofie van de Geneeskunde van het Erasmus MC.

Margo Trappenburg is universitair hoofddocent bij de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschappen (UU) en bijzonder hoogleraar Patiëntenperspectief aan de EUR.

Literatuur

Brody, H. and Miller, F. G. "The Internal Morality of Medicine: Explication and Application to Managed Care", *Journal of Medicine and Philosophy* 23, 4 (1998), 384-410.

Freedman, B., "A Meta-Ethics for Professional Morality", *Ethics* 89, 1 (1978), 1-19.

Gruen, R. L., Pearson, S. D. and Brennan, T. A. "Physician-Citizens. Public Roles and Professional Obligations", *JAMA* 291, 1 (2004), 94-98.
 KNMG, *Medische Ethiek*. KNMG, 1936.
 MacIntyre, A., *After Virtue*. Notre Dame: University of Notre Dame, 1984.
 Miller, F. G. and Brody, H. "The Internal Morality of Medicine: An Evolutionary Perspective", *Journal of Medicine and Philosophy* 26, 6 (2001), 581-599.
 Pellegrino, E. D. "Philosophy of Medicine: Should it be Teleologically or Socially Construed?" *Kennedy Institute of Ethics Journal* 11, 2 (2001), 169-180.
 Pellegrino, E. D. "Toward a Reconstruction of Medical Morality", *The American Journal of Bioethics* 6, 2 (2006), 65-71.
 Pellegrino, E. D. and Thomasma, D. C. *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. Oxford: Oxford University Press, 1988.
 Pellegrino, E. D. "The Internal Morality of Clinical Medicine: A paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions", *Joun* 26 (2001), 559-579.
 Vance, R. "Medicine as dependent tradition: historical and ethical reflections," *Perspectives in Biology and Medicine* 28 (1985) ,282-302.
 Veatch, R. M. "The Impossibility of a Morality Internal to Medicine", *Journal of Medicine and Philosophy* 26, 6 (2001), 621-642.
 Veatch, R. M. "Doctors Does Not Know Best: Why in the New Century Physicians Must Stop Trying to Benefit Patients", *Journal of Medicine and Philosophy* 25, 6 (2000), 701-721.
 Westreenen, E. van, "De behandeling van carcinoompatiënten in de algemeene praktijk." *Huisarts en Wetenschap* 3 (1959), 2-6.

Noten

¹ De stelselwijziging wordt gekenmerkt door een incrementele wijzigingen. Dit verklaart waarom de Mededingingswet al voor 1 januari 2006 van toepassing was op de zorg.

² Het begrip interne moraliteit is voor het eerst gebruikt door Fuller. Hij paste het begrip toe op het recht: Freedman, B., "A Meta-Ethics for Professional Morality", in: *Ethics* 89 1, 1-19..

³ Het voert te ver om hier een uitgebreide beschrijving te geven van deze unieke relatie. Voor een uitleg zie bijvoorbeeld Pellegrino et al 1988 of Pellegrino 2006.

⁴ Pellegrino maakt onderscheid tussen "ends" en "goals" van een praktijk. In dit paper wordt voor "ends" het Nederlandse woord "doeleinden" gebruikt. Als Pellegrino spreekt over "goals" dan wordt dat aangeduid met de term "concrete doelen".

⁵ Deze benadering wordt later in dit artikel besproken.

⁶ *Informed consent* betekent dat patiënten geïnformeerd toestemming moeten geven voor een behandeling. Dit is opgekomen in het eerder genoemde artikel van de WGBO.

⁷ Binnen de maatschappij bevinden zich natuurlijk veel meer praktijken. De geneeskunde staat nu centraal weergegeven, omdat dit artikel gaat over de geneeskunde. Dit zegt niets over de waarde van de geneeskundepraktijk ten opzichte van andere praktijken.