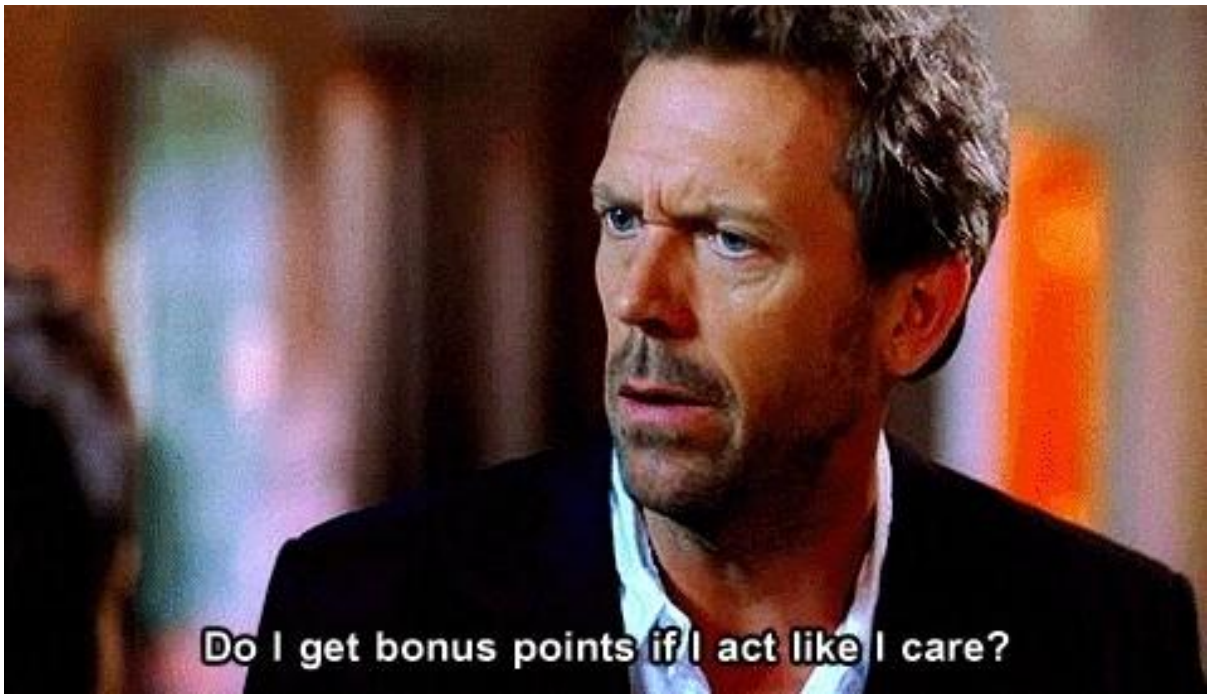
Betekenisvolle ruimte voor inzichten van de zorgethiek binnen de Nederlandse geneeskundeopleiding



Uit: House MD (2004-2012)

MASTERTHESIS ZORGETHIEK EN BELEID
Eva van Reenen (studentnummer: 1005979,
Aantal woorden (excl. voetnoten en literatuur(verwijzingen)): 24.727
Begeleider: mevrouw dr. I. van Nistelrooij
Tweede lezer: de heer dr. A. Niemeijer
Examinator: de heer prof. dr. C. Leget
Utrecht, 01 juli 2015
Universiteit voor Humanistiek

Inhoud

Inhoud i
Voorwoord iii
Samenvatting iv
Leeswijzer v
1. Inleiding **1**
1.1. Aanleiding 1
1.2. Probleemstelling 1
1.3. Vraagstelling 6
1.4. Doelstelling 7
2. De zorgethiek als wetenschappelijke discipline **9**
2.1. De ontstaansgeschiedenis en ontwikkeling van de zorgethiek 9
2.2. Kernpunten van de zorgethiek 12
2.3. Conclusie 12
3. De zorgethiek en medisch onderwijs **14**
3.1. Onderwijs als zorgpraktijk en het belang van voorbeeldfiguren 14
3.2. Ontvankelijkheid en verantwoordelijkheid in een zorgende leer- en werkomgeving 14
3.3. Compassie aan de basis van het ethiekonderwijs 16
3.4. Conclusie 16
4. De geneeskundeopleiding en empirische bevindingen **19**
4.1. De geneeskundeopleiding in Nederland en het Raamplan 19
4.2. De medische ethiek 20
4.3. Ethische enculturatie en morele socialisatie op de geneeskundeopleiding 21
4.4. Het formele, informele en verborgen curriculum 22
4.5. De gevolgen van het verborgen curriculum en erosie 23
4.6. Conclusie 26
5. Zorgethisch kwalitatief empirisch onderzoek **28**
5.1. Methode: onderzoekseenheid, dataverzameling en ethische overwegingen 28
5.2. Conceptueel raamwerk 30
5.3. Analyse 31
5.4. Kwaliteit van het onderzoek 32
5.4.1. Betrouwbaarheid 32
5.4.2. Geldigheid 33

5.5. De uitkomsten 34
5.6. Zorgethische reflectie op de uitkomsten 42
5.7. Conclusie 44
5.8. Generaliseerbaarheid 46
6. Conclusie en discussie **49**
Nawoord 53
Woord van dank 54
Literatuur 55

Voorwoord

Voor u ligt het product van ruim een jaar zwoegen. In mei 2014 begon ik aan het laatste onderdeel van de Master Zorgethiek en Beleid: het afstudeeronderzoek. Ik had nog nooit eerder een thesis geschreven dus het schrijven van een Masterthesis leek mij een enorme uitdaging. Bij voorbaat koos ik er al voor om hier langer dan de officiële tien weken voor uit te trekken. Dat ik nu, in juli 2015, pas klaar zou zijn, had ik nooit gedacht. Er zijn verschillende oorzaken aan te wijzen voor dit lange traject maar daar zal ik u niet mee vermoeien. Het doet er ook niet meer toe; mijn thesis is klaar en ik ben enorm trots op het resultaat. Misschien nog wel trotser dan ik was geweest na tien weken.
Op momenten dat ik het even niet meer zag zitten of geen inspiratie had, probeerde ik op een andere manier bezig te blijven. Een voorbeeld van deze 'bezigheidstherapie' was het zoeken naar een geschikte afbeelding voor op het titelblad. Het resultaat heeft u al gezien[1]. Hoewel ik een enorme fan ben van de televisieserie *House MD*[2] heb ik deze afbeelding om meer dan dat uitgekozen. Ik durf zelfs te stellen dat het op drie manieren deze thesis samenvat:

- Ten eerste zit er een persoonlijk randje aan zowel de afbeelding als deze thesis. *House MD* keek ik toen ik zo'n zes jaar geleden aan de geneeskundeopleiding begon. Wat ik leerde op de opleiding beïnvloedde hoe ik naar de serie keek en andersom nam ik de serie mee de collegebanken in. Ik associeer het nog altijd met die eerste paar maanden als geneeskundestudent. Inmiddels ben ik al bijna drie jaar geleden gestopt met de geneeskundeopleiding maar houd ik me er nog steeds mee bezig: zo heb ik me er het afgelopen jaar in verdiept als onderwerp van deze thesis.
- Het woord *care*. Zorgethiek - een relatief jonge ethische stroming - wordt in het Engels 'care ethics' genoemd. De zorgethiek heb ik zowel in het kader van de Master als in het kader van deze thesis uitvoerig bestudeerd. De relatie tussen de geneeskundeopleiding en de zorgethiek staat centraal in deze thesis. De zorgethiek hecht veel waarde aan 'care', maar niet op de cynische manier van dr. House. Hij bedoelt het vooral in de zin van 'ergens iets om geven'. Wat de zorgethiek verstaat onder 'care' wordt in deze thesis verder uitgelegd.
- *Do I get bonus points…?* Dit staat voor mij voor de spanning tussen de geneeskundeopleiding en zorgethiek. In een opleiding worden studenten beoordeeld op hun prestaties. Ze krijgen een cijfer voor een schriftelijk of praktisch examen. Voor geneeskundestudenten betekent dat dat ze tijdens coschappen beoordeeld worden door artsen op hun handelen in de zorgpraktijk. Studenten weten misschien zelfs hoe ze de beoordelend arts extra tevreden kunnen stellen en ze een hoger cijfer of 'bonus points' krijgen. Maar wat als dat het moeilijk maakt om het op een andere manier te doen, bijvoorbeeld de manier die de zorgethiek bepleit? Bovendien stelt de zorgethiek dat het goede afgestemd moet worden in een relationele praktijk. Dat gaat niet op als iemand van buitenaf - in dit geval de beoordelend arts - een moreel oordeel uitspreekt.

[1] Gevonden op http://weheartit.com/entry/26076174
[2] Ontwikkeld door David Shore voor de Amerikaanse tv-zender Fox. Aflevering 3 "Humpty Dumpty" van seizoen 2 (2005)

Samenvatting

Deze thesis bouwt voort op de probleemstelling dat artsen soms meer leed toevoegen aan patiënten. De zorgethiek zou een antwoord kunnen zijn op dit probleem, maar dan moeten haar inzichten doorgang vinden in de zorgpraktijk. Een manier waarop dit bereikt zou kunnen worden, is via de geneeskundeopleiding, aangezien deze opleiding - met name de praktische jaren - van grote invloed is op de vorming van artsen. Persoonlijke ervaring met de geneeskundeopleiding deed de onderzoeker vermoeden dat er binnen de huidige inrichting van de Nederlandse geneeskundeopleiding geen ruimte is voor de ideeën van de zorgethiek en dat die ruimte er ook niet gemakkelijk zou kunnen komen. Geïnspireerd op Martinsen (2011) wordt in deze thesis gezocht naar uitdagingen die zich aan zouden kunnen dienen bij het vertalen van inzichten van de zorgethiek naar de praktijk van de geneeskundeopleiding. In het kader van deze thesis worden negen kernpunten van de zorgethiek geformuleerd (hoofdstuk 2). Middels een verkenning van literatuur die een relatie legt tussen zorgethiek en (medisch) onderwijs (hoofdstuk 3), (empirische) literatuur over de geneeskundeopleiding (hoofdstuk 4) en een zorgethisch empirisch onderzoek (Grounded Theory benadering) onder vijf Utrechtse geneeskundestudenten, is een antwoord gegeven op de hoofdvraag: “Welke eigenschappen van de huidige Nederlandse geneeskundeopleiding zouden betekenisvolle ruimte voor de zorgethiek - specifieker de negen in het kader van deze thesis geformuleerde kernpunten van de zorgethiek - binnen de geneeskundeopleiding in de weg kunnen staan?” Betekenisvol wil in dit geval zeggen dat het resulteert in het opleiden van artsen die niet abstract ethisch redeneren, maar in een relationeel afstemmende zorgpraktijk samen bepalen wat het goede is. Op die manier komen we dichterbij ‘a medical ethics that cares’ en de situatie waarin artsen geen leed meer toevoegen aan patiënten, zoals Martinsen bepleit. Het antwoord is tweeledig. Enerzijds zijn er niet-onderwijskundige uitdagingen in de vorm van de medische moraliteit die als institutionele invloed doorwerkt in het verborgen, informele en formele curriculum van de geneeskundeopleiding en weinig onderhevig is aan verandering. De medische moraliteit wordt in deze thesis getypeerd als ‘rendementsdenken’ - maar deze typering vraagt verder onderzoek - en een dergelijke moraliteit staat haaks op de idee dat samen in een relationeel afstemmende zorgpraktijk bepaald moet worden wat het goede is, zoals de zorgethiek bepleit. Anderzijds zijn er onderwijskundige uitdagingen in de vorm van het niet vanzelfsprekend zijn van een zorgende leeromgeving - zoals getypeerd door Nel Noddings (1988; 1999; 2005a; 2005b). Niet alleen komt dit het leerproces van geneeskundestudenten niet ten goede, het ondermijnt bovendien de boodschap van de zorgethiek ten aanzien van de relationaliteit in zorgpraktijken. De praktische uitvoering van het overwinnen van deze uitdagingen is iets waar vervolgonderzoek zich op zou kunnen richten.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 worden de hoofdvraag en deelvragen van deze thesis geformuleerd. De verschillende deelvragen (vier in totaal) worden elk in een afzonderlijk hoofdstuk beantwoord. Deelvraag 1 wordt in hoofdstuk 2 beantwoord, deelvraag 2 in hoofdstuk 3, enzovoort. Op verschillende plaatsen in deze thesis wordt verwezen naar bijlagen. Deze bijlagen bevinden zich in een apart document vanwege de grote omvang van zo'n 160 pagina's. Dit bestand met bijlagen kan ik - als het nog niet in uw bezit is - op verzoek in digitale of hardcopy variant aanleveren. Eventuele voetnoten treft u aan het eind van elk hoofdstuk aan.

1. Inleiding

1.1. Aanleiding

De directe aanleiding voor deze thesis is een persoonlijke. Gezien mijn achtergrond als voormalig, voortijdig gestopte geneeskundestudent, die erg negatief tegenover de geneeskundeopleiding stond maar eigenlijk niet goed uit kon leggen waarom, was het van begin af aan mijn bedoeling de geneeskundeopleiding onderwerp van deze thesis te maken. Deze persoonlijke betrokkenheid maakte dat ik enthousiast was om met dit onderwerp aan de slag te gaan. Daarnaast hoopte ik op deze manier te ontdekken waar mijn negatieve gevoelens vandaan kwamen en ze een plek te kunnen geven. Gedurende de Master Zorgethiek en Beleid heb ik geleerd dat er ook andere manieren zijn om naar zorg en ethiek te kijken dan die je leert tijdens de geneeskundeopleiding. Een relatie tussen de geneeskundeopleiding en zorgethiek was gelegd. Het bleef echter zoeken naar een maatschappelijke en wetenschappelijke probleemstelling die het startpunt zouden kunnen worden van deze thesis. Mijn zoektocht eindigde bij het vinden van een artikel van Elin Martinsen. In 2011 verscheen dit artikel getiteld *Harm in the absence of care: towards a medical ethics that cares* in het tijdschrift Nursing Ethics. Martinsen, zelf arts en PhD student aan de universiteit van Oslo, beschrijft hierin een volgens haar fundamenteel probleem in onze hedendaagse medische zorg, namelijk dat artsen soms leed aan patiënten toevoegen. Het bleek dat intuïties die ik zelf had, op basis van verhalen die ik om mij heen hoor maar met name de ervaringen die ik had als voormalig geneeskundestudent, in dit artikel verwoord worden en een wetenschappelijke fundering krijgen. Het is precies om die reden dat dit artikel van Martinsen het startpunt van deze thesis vormt.

1.2. Probleemstelling

Harm in the absence of care…

De titel van het artikel van Martinsen (2011) vat de inhoud ervan goed samen. Een letterlijke vertaling is ‘schade in de afwezigheid van zorg: naar een medische ethiek die zorgt’. Met de eerste helft van de titel bedoelt Martinsen dat onze huidige artsen niet alleen leed wegnemen, maar ook toevoegen. Ze doelt daarbij vooral op schade op mentaal en emotioneel niveau. De oorzaak hiervan ligt volgens Martinsen in de huidige medische ethiek, die zorg niet aan haar basis heeft liggen. Martinsen definieert het begrip zorg als een relationele activiteit en ze wijst de lezer op de zorgethiek - een ethiek met haar oorsprong in het werk van Carol Gilligan, die in haar boek *In a different voice* (1982) kritiek levert op de morele ontwikkelingstheorie van de psycholoog Lawrence Kohlberg - waarin deze relationaliteit centraal staat. Volgens sommige zorgethici is relationaliteit ontologisch: iedereen is afhankelijk van elkaar om te groeien en tot ontwikkeling te komen. Zorg is, aldus Martinsen, meer dan alleen een deugd. In plaats van zorg, gedefinieerd als een relationele activiteit, vormt een fysieke en emotionele afstand tussen arts en patiënt het uitgangspunt van medisch handelen. Enerzijds komt dit door het “modern ideal of detachment in medicine” (Martinsen, 2011) oftewel de waarde die tegenwoordig in de medische zorg wordt gehecht aan afstand en afstandelijkheid. Dat dit ideaal er is, is volgens Martinsen logisch, gezien de opkomst van technologieën, zoals de stethoscoop, die de afstand tussen arts en patiënt letterlijk vergroten in dienst van objectiviteit. Anderzijds is er de noodzaak om de autonomie van de patiënt te respecteren. Autonomie is één van de vier principes in de medische ethiek volgens Beauchamp en Childress. Autonomie heeft volgens Martinsen een negatieve interpretatie gekregen. Het respecteren van autonomie betekent tegenwoordig vaak afzien van medisch handelen. Wanneer dit gebeurt zonder dat er wordt stilgestaan bij de relatie tussen arts en patiënt, wordt er geen zorg verleend en

zelfs leed toegevoegd; “harm in the absence of care” (Martinsen, 2011). Het gaat daarbij niet per definitie om de afwezigheid van een medische handeling, als wel om het wel of niet medisch handelen zonder *zorg*, zoals hiervoor gedefinieerd.

…towards a medical ethics that cares

De tweede helft van de titel vat de kern van het betoog van Martinsen samen. Het is de oplossing die Martinsen aandraagt voor het door haar geschetste probleem. Ze pleit ervoor dat zorg aan de basis van de medische ethiek en daarmee de zorgpraktijk komt te liggen. Zorg heeft reeds doorgang gevonden in de ethiek van de verpleegkunde, maar in veel mindere mate in de medische ethiek van het artsenberoep. De relationele ontologie van zorg landt maar moeilijk in het huidige deontologische en consequentialistische morele klimaat van de zorgpraktijk, waarin de nadruk ligt op afstand, objectiviteit en autonomie. Het belang dat aan deze begrippen wordt gehecht, vormt een obstakel voor het concept zorg (Martinsen, 2011).

Na het uiteenzetten van haar eigen betoog, gaat Martinsen in op eventuele tegenargumenten. Ze waarschuwt voor een arts die teveel betrokken is en erkent dat hier gevaren in schuilen, zoals overbehandeling. Traditionele noties van zorg, zoals de deugden compassie en sympathie en de principes van goed doen en niet schaden, ondervangen het probleem volgens Martinsen niet. Zorgen wordt traditioneel gelijkgesteld aan het hebben van bepaalde deugden. Hoewel van een deugd gezegd kan worden dat deze relationeel van aard is, is alleen de juiste houding niet voldoende om de relationele dimensie van zorg te omvatten. Met andere woorden, alleen met goede bedoelingen kom je er niet, ze moeten nog vertaald worden naar een handeling. Volgens Martinsen is er in het geval van een deugdzame arts, die tegelijkertijd streeft naar zoveel mogelijk afstand en zo weinig mogelijk inmenging, geen sprake van zorgen. Ook het principe van goed doen volgens Beauchamp en Childress staat volgens Martinsen nog niet gelijk aan zorg, omdat het gegrond is in een ontologie van gescheidenheid. Het principe van niet schaden is teveel gericht op het voorkomen van lichamelijke schade door actief handelen en neemt mentale en psychologische schade door het ontbreken van zorg niet voor zijn rekening. Martinsen is van mening dat de relationele ontologie van de zorgethiek de principes van goed doen en niet schaden kan verrijken.

Martinsen eindigt haar artikel met de volgende woorden:

> To better secure care in the medical encounter, and thus avoid situations in which patients are ‘harmed in the absence of care’, medicine needs to acknowledge the relational reality of care, and to work for an understanding of physicians and patients as related selves. Some challenges emerging from such an undertaking are, however, left open for further inquiry. For instance, how do we deal with the didactical challenges related to facilitating such an understanding of the self and of care in medicine? (Martinsen, 2011)

Martinsen pleit er voor dat zorg centraal komt te staan in de medische zorgpraktijk en signaleert dat er zich bij een dergelijke onderneming uitdagingen - bijvoorbeeld onderwijskundige - voor kunnen doen. Welke uitdagingen dat zijn en hoe we die kunnen aanpakken, laat Martinsen over aan toekomstig onderzoek.

Een wetenschappelijk probleem?

Samenvattend is het probleem, dat door Martinsen wordt geschetst, dat onze artsen soms leed toevoegen aan patiënten door het ondermijnen van de relationele ontologie. Daarbij dienen zich

twee vragen aan: is er wetenschappelijke literatuur die dit probleem staaft en is er ook sprake van een maatschappelijk probleem? Martinsen is niet de enige (zorgethica) die een probleem in de zorgsector signaleert. Voor een antwoord op de eerste vraag maak ik een onderscheid tussen zorgethische en overige wetenschappelijke literatuur. Annelies van Heijst, Hoogleraar Zorgethiek en Caritas, schrijft in *Professional Loving Care. An Ethical View of the Healthcare Sector* over "that profound sense of unease as experienced by patients and their family members and also by professional health workers" en "we see the paradoxical situation of a health system that owes its very existence to the relief of pain and sorrow, yet adds further suffering to the grief that is already there" (Van Heijst, 2011). Deze uitspraken baseert zij op verhalen uit de praktijk, net zoals Martinsen dat doet. Van Heijst merkt op dat "these professionals do not intend to expand human misery. But it does happen." (Van Heijst, 2011). Het 'dominante repertoire' in de gezondheidszorg is er volgens Van Heijst één die patiënten objectiveert en vernedert. Door de huidige inrichting van de gezondheidszorg wordt niet altijd het beste voor de patiënt bereikt (Mol, 2008; Olthuis, Leget, & Grypdonck, 2014; van Heijst, Leget, & Visser, 2012).

In de overige wetenschappelijke literatuur is er weinig aandacht voor de mentale en emotionele schade door het ontbreken van zorg. Veel auteurs schrijven daarentegen wel over het optreden van medische fouten - oftewel het actief toebrengen van (lichamelijke) schade -, de gevolgen ervan voor zorgverleners, de gewenste openheid over medische fouten, de gevolgen van gebrekkige communicatie en patiëntveiligheid (Bell, Moorman, & Delbanco, 2010; Burgess, Cowie, & Gulliford, 2012; Clancy, 2012; Elder & Dovey, 2002; Gallagher, 2009; Guijarro, Andrés, Mira, Perdiguero, & Aibar, 2010; Kirby, 2014; Kuzel et al., 2004; Manser & Staender, 2005; Mazor, Goff, Dodd, Velten, & Walsh, 2010; Mazor et al., 2012; Mira et al., 2013; O'Beirne, Sterling, Palacios-Derflingher, Hohman, & Zwicker, 2012; Schwappach & Boluarte, 2009; Schwappach, 2014; Von Laue, Schwappach, & Hochreutener, 2012; Waterman et al., 2007; White & Gallagher, 2013; Wu, 2000).

Een maatschappelijk probleem?

Om een maatschappelijke relevantie aan te tonen en daarmee antwoord te geven op de tweede hiervoor gestelde vraag, wend ik mij tot Nederlandse kranten, boeken en overige media. Daarin is het door Martinsen beschreven probleem terug te vinden, zij het in andere bewoording en alleen van toepassing op de gezondheidszorg in Nederland. Er worden fenomenen aan het licht gebracht die raakvlakken hebben met het door Martinsen aangekaarte probleem. Zo verscheen op 20 juli 2013 een artikel in het NRC met de titel *In het ziekenhuis verleert de dokter het luisteren*. Artsen zouden niet goed luisteren, niet goed kunnen communiceren en niet empathisch zijn (Voormolen, 2013). Hoewel de gebruikte terminologie anders is dan die van Martinsen - ze wijst gebrekkige communicatie en onvoldoende empathie zelfs af als de kern van het probleem - lijken de casussen, die Martinsen en Voormolen ter illustratie van het probleem gebruiken, erg op elkaar. Martinsen beschrijft een ontmoeting tussen patiënt en neuroloog in het ziekenhuis:

> The neurologist at the hospital visits the patient late one night and informs him that the MRI scan of his head shows a highly malignant brain tumour. He further informs the patient that operating on the tumour is impossible, and that the patient's only hope is a few months' survival while receiving an adjuvant therapy. After informing the patient of this tragic news, the neurologist asks if the patient has any questions and then promptly leaves, leaving the patient alone. (Martinsen, 2011)

Voormolen beschrijft een consult bij de oogarts:

> Hij laat de patiënt het zojuist gemaakte plaatje van diens netvlies zien: er gaapt een bijna-gat waar nog een klein vliesje overheen zit. Geschrokken vraagt de patiënt: hoe gaat dat verder? "Dat weet ik niet," zegt de oogarts. "Het is nu kennelijk nog zo dik dat u ermee kunt zien. Maar als het knapt, bent u aan dat oog blind." Waarna hij het consult snel beëindigt met een doorverwijzing naar een netvliesspecialist. (Voormolen, 2013)

De kern van de twee situaties lijkt hetzelfde probleem te zijn. Echter, Voormolen wijt dit probleem aan slechte communicatie terwijl het volgens Martinsen om meer dan slechte communicatie gaat:

> A tendency exists within medicine to reduce many of the problems related to the interaction between physicians and patients to a lack of communication skills. However, what the neurologist in this case failed to accomplish was not to communicate, but to connect with the patient, and to recognize the needs of this man who had just received his death sentence. (Martinsen, 2011)

Opvallend is dat Voormolen verderop in zijn artikel stelt dat een onjuiste afstemming vaak het probleem is. Dit impliceert meer dan alleen een slechte communicatie en ligt dichter bij het standpunt van Martinsen en wat zij in het fragment hiervoor omschrijft als "failed […] to connect with the patient" (Martinsen, 2011). Voor een juiste afstemming is een bepaalde verstandhouding tussen arts en patiënt nodig, een betrokkenheid of *relatie*. Communicatie fungeert hierbij als middel, niet als doel.

In andere krantenartikelen en boeken wordt ook gesteld dat de communicatie van artsen gebrekkig is en dat artsen niet goed luisteren naar patiënten (Artsen moeten leren luisteren naar patiënt, 2014; Bijl, 2014; Ten Haaft, 2014b). Gonny ten Haaft trekt in haar boek *Dokter is ziek, als patiënt zie je hoe zorg beter kan* conclusies over de zorg naar aanleiding van interviews die zij voerde met artsen, verpleegkundigen en managers die zelf patiënt waren geworden. Ten Haaft komt tot de conclusie dat het in de medische zorgpraktijk ontbreekt aan menselijke betrokkenheid (Ten Haaft, 2014a). Al is het dus soms pas als ze zelf patiënt zijn geworden, artsen kunnen zelf ook problemen aanwijzen in de medische zorg. Dit blijkt ook uit de oprichting van *Compassion for Care*, een groep Nederlandse medisch studenten en jonge artsen. *Compassion for Care* betoogt dat er sprake is van een fundamenteel probleem in ons huidige gezondheidszorgsysteem: het gebrek aan compassie (COM-passion for care, 2014). Eén van de initiatiefnemers beschrijft het probleem als volgt: "Patiënten zijn gevallen en nummers geworden. Het werk lijkt soms niet meer te gaan over het helpen van mensen, maar over competitie en strijd der ego's, protocollen, checklists en doelstellingen" (Plaxton, 2011). Niet voor niets zijn er bovendien websites in het leven geroepen, waarop patiënten artsen kunnen beoordelen en met elkaar kunnen vergelijken (Independer, 2014; Zorgkaart Nederland, 2014), en bestaan er kwaliteitscriteria, -indicatoren en instituties die de kwaliteit van zorg moeten monitoren (Wollersheim et al., 2011). De maatschappij lijkt met de oprichting hiervan geducht op onjuiste zorgverlening door wat voor reden dan ook.

Tegelijkertijd moeten we niet uit het oog verliezen dat er ook veel positieve aspecten van onze gezondheidszorg te benoemen zijn. Dit is iets waar Van Heijst (2011), naast haar hiervoor vermelde kritieken, ook op wijst. Vanwege technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen zijn steeds meer ziektes te behandelen of te genezen en door een goed georganiseerd verzekeringssysteem heeft iedereen (in Nederland) toegang tot zorg. Ook op interpersoonlijk niveau tussen arts en patiënt zijn er positieve verhalen; patiënten die hun zorgverleners dankbaar zijn voor de medische zorg die ze leveren, de aandacht die ze aan de patiënt besteden of een bijzonder gebaar

dat de patiënt een goed gevoel geeft. We voelen het vaak aan wanneer er iets goed maar ook fout gaat, alleen kan het moeilijk zijn dit onder woorden te brengen: “There is common ground to stand on already, since professionals and people in their care sense what turns care into *good* care.” en “There is no terminology within the health system for what went wrong here - and events or happenings that cannot be named are not deemed to exist.” (Van Heijst, 2011). Wanneer zorg niet als goed wordt ervaren, is het bovendien niet altijd terecht de schuld volledig bij de zorgverlener te leggen, die zich gevangen kan voelen in een web van opgelegde regels, protocollen en richtlijnen (Van Heijst, 2011).

Een oplossing voor het probleem: de zorgethiek

‘Good care’, ‘that profound sense of unease’ en ‘harm in the absence of care’ blijken allen voor te komen in de zorgpraktijk. Het toevoegen van leed door artsen aan patiënten is een probleem. Als we hier, zoals verschillende bronnen aangeven, te maken hebben met een probleem in ons gezondheidszorgsysteem, wat zou dan een geschikte oplossing zijn? Volgens Martinsen ligt het antwoord in de filosofie van de zorgethiek, specifieker de relationele ontologie. Het is nodig, aldus Martinsen, dat de gezondheidszorg de relationele dimensie van zorgverlening gaat erkennen en toewerkt naar een begrip van arts en patiënt als zijnde in relatie tot elkaar. Hiermee is de kous echter niet af. Enerzijds is de aangedragen oplossing weinig concreet - Martinsen geeft zelf ook aan één en ander over te laten aan toekomstig onderzoek - en anderzijds stuit de zorgethiek op nogal wat kritiek. Zo bekritiseert John Paley (2011) een aantal zorgethische auteurs en hun artikelen - waaronder dat van Martinsen - gepubliceerd in dezelfde uitgave van het tijdschrift Nursing Ethics. Paley snijdt vier thema’s[1] binnen de zorgethiek aan die volgens hem problematisch zijn. Paley is niet overtuigd van de basis voor normativiteit van de zorgethiek, hij wijst de relationele ontologie af, de “subjects of care” zouden niet consistent gedefinieerd worden door zorgethici en het is een gemis dat de zorgethiek zich niet beroept op recente moraalpsychologische theorieën (Paley, 2011). Dit zijn vier stevige terugkerende punten van kritiek op de zorgethiek (Sander-Staudt, 2011). Gezien het bestek van deze thesis en het feit dat de discussie rondom deze thema’s nog gaande is, is het niet mogelijk een definitief weerwoord te geven. Er zijn wel auteurs die dat proberen[2] (Engster, 2004; Engster, 2005; Gastmans, Mahieu, Vanlaere, & Denier, 2011; Nordhaug, 2011; Nortvedt, Skirbekk, & Hem, 2011; Van Hooft, 2011).

Te weinig concrete oplossing

Naast de kritieken op de zorgethiek is het weinig concreet zijn van de door Martinsen aangedragen oplossing een probleem. Zij gaat niet in op hoe de zorgethiek precies een voet tussen de deur van ons gezondheidszorgsysteem kan krijgen. Daar haakt deze thesis op in. Het is een vraagstuk dat een antwoord vereist dat niet binnen het bestek van deze thesis past. Ik beperk mij daarom tot de plek waar toekomstige artsen hun eerste kennismaking met de medische beroepspraktijk hebben en opgeleid worden tot een arts die kan werken binnen het huidige gezondheidszorgsysteem: de geneeskundeopleiding. Volgens het Raamplan 2009, waarin de leerdoelstellingen voor alle Nederlandse medische faculteiten zijn vastgelegd, bepaalt de geneeskundeopleiding - ingericht volgens de richtlijnen van het Raamplan - voor een groot deel de vorming van artsen (Van Herwaarden, Laan, & Leunissen, 2009). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat met name de klinische jaren van de geneeskundeopleiding van doorslaggevende invloed zijn op de professionalisering van geneeskundestudenten (Benbassat, 2013; Chuang et al., 2010; Gaufberg, Batalden, Sands, & Bell, 2010; Jaye, Egan, & Parker, 2006; Lindberg, 2009; Mahood, 2011; Michalec, 2012; Ozolins, Hall, & Peterson, 2008; Witte, Stratton, & Nora, 2006). Dat juist de praktijk van

doorslaggevende invloed is op (morele) vorming, is in overeenstemming met de zorgethiek, die dit idee ontleent aan Margaret Urban Walker (Urban Walker, 2007).

Zorgethische relevantie
Als de zorgethiek ideeën heeft over wat het betekent voor een arts om goede zorg te verlenen en de geneeskundeopleiding is van invloed op de vorming van toekomstige artsen, dan is het zorgethisch gezien relevant om de geneeskundeopleiding onder de loep te nemen. Bovendien is er tot op heden geen wetenschappelijke literatuur te vinden over de 'didactical challenges' oftewel de onderwijskundige uitdagingen die zich, zoals Martinsen aankaart in de afsluitende alinea van haar artikel, zouden kunnen aandienen bij het vertalen van zorgethische inzichten naar de praktijk van het medisch onderwijs. Zijn er onderwijskundige uitdagingen en zo ja, welke zijn dat dan?

Persoonlijke ervaring
Zoals aan het begin van dit inleidende hoofdstuk kort is vermeld, ben ik zelf een voormalig geneeskundestudent. Dit betekent dat ik persoonlijke ervaring heb met het onderwerp, die zowel van positieve als negatieve betekenis kan zijn voor deze thesis. In negatieve zin kan het de betrouwbaarheid van mijn onderzoek aantasten; zie hiervoor hoofdstuk 5.4.1. Hier wil ik het vooral in positieve zin gebruiken: mijn ervaringen met de geneeskundeopleiding kunnen mij op een spoor van mogelijke uitdagingen zetten. Zo heb ik gedurende de opleiding altijd het gevoel gehad dat er geen plek was voor mijn verwachtingen van en idealen voor de medische beroepspraktijk en bepaalde persoonlijke eigenschappen, op basis waarvan mensen in mijn omgeving mij een goede toekomstige arts achtten. Het leek zelfs alsof deze negatief gewaardeerd werden, ik ze los moest laten of af moest leren. Deze intuïties worden bevestigd in de wetenschappelijke literatuur. Daar wordt het proces 'erosion' of erosie beschreven, ofwel het als het ware verweren van verwachtingen, idealen en persoonlijke eigenschappen gedurende de geneeskundeopleiding (Chuang et al., 2010; Gaufberg et al., 2010; Lempp & Seale, 2004; Lempp, 2005; Mahood, 2011; Michalec, 2012). Echter, als bepaalde ideeën over wat het betekent een goede arts te zijn meer gewaardeerd worden dan andere, in hoeverre zou er dan betekenisvolle ruimte zijn op de geneeskundeopleiding voor de ideeën van de zorgethiek? Daarbij is het noodzakelijk een aantal kernpunten van de filosofie van de zorgethiek te definiëren. In hoofdstuk 2 worden er negen geformuleerd. Betekenisvol wil in dit geval zeggen dat het resulteert in het opleiden van artsen die niet abstract ethisch redeneren, maar in een relationeel afstemmende zorgpraktijk samen bepalen wat het goede is, zoals de zorgethiek bepleit en uit de negen kernpunten naar voren komt.

Dit heeft geleid tot de volgende vraagstelling:

1.3. Vraagstelling

"Welke eigenschappen van de huidige Nederlandse geneeskundeopleiding zouden betekenisvolle ruimte voor de zorgethiek - specifieker de negen in het kader van deze thesis geformuleerde kernpunten van de zorgethiek - binnen de geneeskundeopleiding in de weg kunnen staan?"

De volgende deelvragen helpen antwoord te geven op deze hoofdvraag:

1 a) Hoe ziet de ontstaansgeschiedenis en ontwikkeling van de zorgethiek eruit?
b) Welke kernpunten van de zorgethiek komen uit de ontstaansgeschiedenis en ontwikkeling van de zorgethiek naar voren?

2 a) Zijn er zorgethische visies op (medisch) onderwijs en zo ja, hoe vertalen deze zich dan naar de (medische) onderwijspraktijk?
b) Welke uitdagingen, die zich aan zouden kunnen dienen bij een vertaling van zorgethische theorieën naar de medische onderwijspraktijk, kunnen uit deze visies worden gedestilleerd?

3 a) Hoe ziet de geneeskundeopleiding eruit, gebaseerd op het Nederlandse onderwijssysteem en wat er in de wetenschappelijke literatuur over de opleiding wordt geschreven?
b) Wat betekenen deze eigenschappen voor de eerder ontdekte mogelijke uitdagingen? Worden ze bevestigd, ontkracht, gewijzigd en/of aangevuld?

4 a) Hoe ziet de Nederlandse geneeskundeopleiding eruit volgens een zorgethisch empirisch onderzoek (Grounded Theory benadering) onder vijf Utrechtse geneeskundestudenten?
b) Welke mogelijke uitdagingen kunnen geïdentificeerd worden aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek en wat voegt dit eventueel toe aan eerder getrokken conclusies?

1.4. Doelstelling

Met dit onderzoek hoop ik een bijdrage te leveren aan het in kaart brengen van de door Martinsen genoemde ‘didactische uitdagingen’ die zich aan zouden kunnen dienen bij een vertaling van inzichten van de zorgethiek naar de praktijk van de geneeskundeopleiding en aan de kennis rondom de relatie tussen zorgethiek en het medisch onderwijs. Een persoonlijke doelstelling is het meer vertrouwd raken met het uitvoeren van kwalitatief empirisch onderzoek, iets wat ook een onderdeel uit zal maken van deze thesis.

Noten

1. Ten eerste is Paley niet overtuigd van de basis voor normativiteit van de zorgethiek. Waarom zouden we moeten zorgen? Ten tweede wijst Paley de relationele ontologie af. Relationaliteit en individualiteit - of gescheidenheid in de woorden van Martinsen - sluiten elkaar niet uit. Ter illustratie wijst hij op familieleden die zowel verwanten als individuen zijn. Relationaliteit is daarom geen ontologisch verschijnsel, aldus Paley. Ten derde stelt Paley dat zorgethici niet consistent zijn in het definiëren van "subjects of care" of "those whose needs and interests are, or should be, taken into account during a single episode of caring" (Paley, 2011). Het bereik van de zorgethiek is ofwel te groot ("cram everything of moral or political significance into one all-singing, all dancing concept" (Paley, 2011)) ofwel te klein, waarbij het gevaar bestaat op particularisme, paternalisme of overlap met andere ethische theorieën. Tot slot merkt Paley nog op dat het een gemis is dat de zorgethiek zich, na het werk van Gilligan, niet beroept op recentere moraalpsychologische theorieën. Deze recentere theorieën ondermijnen claims die de zorgethiek maakt over bijvoorbeeld het verklaren van gedrag en moreel redeneren vanuit de empirie, aldus Paley.
2. Volgens Gastmans en Vanlaere (2011) is de noodzaak om te zorgen gegrond in "an appeal to recognize the dignity and vulnerability of every human person. It is taking up responsibility on an innate call that precedes one's own discretionary autonomy." De relationele ontologie, zoals door velen beschreven, vormt zelf de normatieve basis om te zorgen (Nordhaug, 2011; Nortvedt et al., 2011; Van Hooft, 2011). Ook Daniel Engster, een politieke wetenschapper, onderneemt een zoektocht naar de plicht om te zorgen (Engster, 2004; Engster, 2005). In eerste instantie ontleent hij bepaalde ideeën over wat het betekent om mens te zijn aan moderne aanhangers van de natuurwet, zoals Nussbaum en Finnis (Engster, 2004). Engster concludeert hieruit dat het niet objectief vast te stellen is wat het betekent om mens te zijn, maar dat zorg een 'basic good' voor de mens is, omdat iedereen uit een zorgrelatie komt en het de reden is dat we nog leven. Deze 'basic good' moeten we bij anderen respecteren. In een vervolgartikel wil Engster (2005) door middel van een soort dwingende logica aannemelijk maken dat er voor iedereen een plicht tot zorgen is. Vanuit de gedachte dat zorg een 'basic good' is, gaat Engster er vanuit dat iedereen, voor wie overleven en kunnen functioneren belangrijk is, zal erkennen dat zorg noodzakelijk is. Als we erkennen dat zorg noodzakelijk is doen we een impliciete claim op anderen om voor ons te zorgen. Wanneer iedereen zorg nodig heeft en dat recht claimt, moeten we logischerwijs de claims van anderen respecteren. Engster gaat hierbij uit van een vorm van rechtvaardigheid en consistentie. Normativiteit hoeft niet slechts op ratio gebaseerd te zijn; emoties zijn ook een goede kenbron voor normativiteit (Nortvedt et al., 2011). Nortvedt, Skirbekk en Hem (2011) stellen dat, wanneer relationaliteit breed gedefinieerd wordt, een relationele ontologie individuele rechten niet ondermijnt. Particularisme in het geval van de individuele patiënt is gewenst, zolang het op juiste gronden gerechtvaardigd kan worden. Er heerst onenigheid over welke gronden dit dan zouden moeten zijn. Bij de zorgethiek zal de nadruk eerder liggen op relationaliteit dan op rechten, plichten of deugden (Nordhaug, 2011).

2. De zorgethiek als wetenschappelijke discipline

In dit hoofdstuk zal kort geschetst worden hoe de ontstaansgeschiedenis en ontwikkeling van de zorgethiek eruit ziet. Het primaire doel daarvan is een antwoord te geven op deelvraag 1a in hoofdstuk 2.1 en op deelvraag 1b in hoofdstuk 2.2. Door een aantal kernpunten van de zorgethiek te formuleren, wordt duidelijk gemaakt waarvoor er dan precies ruimte zou moeten komen op de geneeskundeopleiding. Er wordt een basis gelegd voor een vergelijking met concepten die kenmerkend zijn voor de huidige Nederlandse geneeskundeopleiding. Deze vergelijking vindt in een later stadium van deze thesis plaats en dient om mogelijke punten van wrijving tussen de zorgethiek en de geneeskundeopleiding op het spoor te komen. Secundair betracht ik de lezer voor wie de zorgethiek nog een onbekende wetenschappelijke discipline is, kennis te laten maken met de zorgethiek.

2.1. De ontstaansgeschiedenis en ontwikkeling van de zorgethiek

Het ontstaan van de zorgethiek wordt meestal toegeschreven aan Carol Gilligan en haar boek *In a different voice*, uitgebracht in 1982. Gilligan levert hierin kritiek op de morele ontwikkelingstheorie van haar mentor, de psycholoog Lawrence Kohlberg. Kohlberg was van mening dat het laatste stadium van morele ontwikkeling bij kinderen bestaat uit het redeneren vanuit universaliseerbaarheid en rechtvaardigheidsprincipes. Wanneer kinderen beoordeeld werden op hun morele ontwikkelingsniveau aan de hand van het Heinz-dilemma[1], scoorden meisjes aanzienlijk lager dan jongens. Gilligan ontdekte dat de meeste meisjes redeneren vanuit relationaliteit, terwijl de meeste jongens abstract redeneren vanuit universaliseerbaarheid en rechtvaardigheidsprincipes. Ze illustreerde dit aan de hand van twee respondenten in de studie van Kohlberg, Amy en Jake, beiden 11 jaar oud en door veel zorgethici beschouwd als iconisch voor moreel redeneren met zorg als hoogste goed (Amy) respectievelijk moreel redeneren vanuit rechtvaardigheidsprincipes (Jake). Met de theorie van Kohlberg als maat worden de jongens ingeschat als moreel verder ontwikkeld dan de meisjes. Gilligan daarentegen beschouwde de morele redenering van de meisjes niet als inferieur maar als anders: ‘a different voice’.

Vanuit dit ontwikkelingspsychologisch debat is een nieuwe stroming in de ethiek ontstaan: de zorgethiek. Anderen ontdekten het door Gilligan beschreven andere morele geluid en werkten dit verder uit. In *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education* zet Nel Noddings (1984) zich af tegen moraliteit die zich berust op universaliseerbaarheid en rechtvaardigheidsprincipes. Een ethiek met zorg als hoogste goed is volgens haar een beter alternatief. Noddings wijst hierbij op de betekenis van gender, waarbij ze een rechtvaardigheidsethiek vooral aan mannen toeschrijft en de zorgethiek aan vrouwen. Noddings verschilt hierin van Gilligan, die stelt dat het geen kwestie van geslacht is maar van cultureel bepaalde met mannen of vrouwen geassocieerde waarden, verwachtingen en posities. Noddings stelt dat zorg heel persoonlijk, particulier, concreet en contextueel is, gebonden aan de privésfeer. Het is volgens Noddings niet mogelijk om voor iedereen te zorgen en het zou niet mogelijk zijn zorg te vertalen naar een politieke theorie. Ook aan Eva Feder Kittay[2] en Virginia Held[3] is veel zorgethische theorieontwikkeling te danken (Held, 1993; Held, 2006; Kittay & Myers, 1987; Kittay, 1999).

Met Joan Tronto werd een nieuwe weg ingeslagen. In *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care* heeft Tronto (1993) vooral aandacht voor de relatie tussen moraliteit en politiek. Tronto beschrijft hoe zorgende eigenschappen worden toegekend aan vrouwen en thuis zouden horen in de privésfeer. Hoe het publieke leven eruit ziet, wordt gemodelleerd naar de man. In

tegenstelling tot Noddings is Tronto van mening dat dit moet veranderen. We moeten opnieuw nadenken over ethiek en daar de met vrouwen geassocieerde waarden een plek in geven. De politieke dimensie is daarbij van essentieel belang, omdat huidige denkpatronen, theorieën en instituties macht hebben en de mensen met macht er belang bij hebben om de machtsverdeling zo te houden. Als zorg centraal komt te staan, zal morele theorie volgens Tronto niet langer rationeel, afstandelijk en belangeloos zijn, maar is er ook plaats voor emoties, contextualiteit en particulariteit.

Het ligt in de lijn der verwachting dat een ethiek met 'zorg' als hoogste goed eenduidig definieert wat er onder het begrip zorg wordt verstaan. Dit is echter niet het geval; er zijn verschillende definities in omloop. Zorgethici zijn het niet eens over dé definitie en er zijn zelfs zorgethici die stellen dat zorg niet gedefinieerd moet worden, omdat het het denken over zorg teveel beperkt (Held, 2006; Mol, Moser, & Pols, 2010). De bestaande definities vallen in het kort onder te verdelen in twee groepen: zorg als een deugd/houding of zorg als een praktijk/handeling (Sander-Staudt, 2011). Een bekende definitie van zorg, en tegelijkertijd een zeer brede, is de definitie van Tronto, die ze samen met Berenice Fisher opstelde:

> A species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web. (Tronto, 1993)

Tronto beschouwt zorg dus als een praktijk ('activity') maar identificeert ook vier fasen van zorgen met een moreel element; een bepaalde houding van de zorgverlener blijkt tevens noodzakelijk te zijn. Alleen de praktijk of alleen de juiste houding is niet voldoende, de twee hebben elkaar nodig. De eerste fase is die van het zich zorgen maken en vraagt een aandachtige betrokkenheid van de zorgverlener. Het gaat om het herkennen van een behoefte aan zorg. In de tweede fase neemt de zorgverlener de zorg op zich. Na het herkennen van een behoefte aan zorg wordt hier de verantwoordelijkheid genomen om in deze behoefte te voorzien. Als derde wordt de zorg daadwerkelijk gegeven, een fysieke arbeid waarbij er direct contact is met de zorgontvanger. In fase vier draait het erom of de ontvangen zorg de gewenste zorg is. Tronto wijst erop dat de fasen met elkaar verbonden zijn. Zorgen heeft een voortgaand karakter (Tronto, 1993). In 2013 heeft Tronto een vijfde fase toegevoegd. De notie 'caring with' of zorgen met is gekoppeld aan solidariteit en vertrouwen. Zorg heeft nog geen plaats op politiek niveau en wringt met de uitgangspunten van een democratische samenleving. Waar een democratie uitgaat van gelijkheid van mensen, is er vaak sprake van asymmetrie tussen mensen daar waar zorg nodig is. Wanneer we opnieuw na zouden denken over democratie met zorg als hoogste goed, zullen we democratie gaan zien als de verdeling van zorgverantwoordelijkheden (Tronto, 2013). Net als Tronto geven Held en Kittay er de voorkeur aan zorg voornamelijk te beschouwen als een praktijk en minder als persoonlijke disposities (Held, 1993; Held, 2006; Kittay & Myers, 1987). Dit in tegenstelling tot Noddings, voor wie zorg voornamelijk om de juiste houding draait (Noddings, 1984). Andere auteurs beschouwen zorgethiek als een vorm van deugdethiek en zorg daarom ook als een deugd (Halwani, 2003; McLaren, 2001; Rachels, 1999; Sander-Staudt, 2011; Sevenhuijsen, 1998; Slote, 2007).

Naast het zoeken naar een (eventuele) definitie van zorg, denkt de zorgethiek na over wat zorg tot goede zorg maakt, zoals blijkt uit de morele elementen in de fasen van Tronto. Bij een ethiek draait het om het vormen van een moreel oordeel. Vanuit de ontstaansgeschiedenis van de zorgethiek valt te verklaren dat de zorgethiek niet uit is op universeel geldende morele oordelen (bijvoorbeeld "het niet respecteren van de autonomie van de patiënt is altijd immoreel"). Een punt

van kritiek op de zorgethiek dat hieruit voortkomt, is dat ze, door het ontbreken van principes, geen richtlijnen voor ethisch handelen zou geven (Sander-Staudt, 2011). De zorgethiek formuleert inderdaad geen universeel geldende morele oordelen, maar geeft wel inzichten die als maatstaf dienen voor goede zorg. Zo leerde ik tijdens de Master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek (UvH) te Utrecht zeven van deze inzichten of 'critical insights' (Universiteit voor Humanistiek, 2015; ZorgEthiek.nu, 2015):

- Zorg wordt primair opgevat als een praktijk
- Zorg kan niet los gezien worden van een (institutionele) context
- Zorg is een politieke categorie
- Personen, gemeenschappen en organisaties staan in relatie met en zijn afhankelijk van elkaar
- Elke (zorg)situatie is uniek en particulier
- In de zorg is er aandacht voor lichamelijkheid, kwetsbaarheid en emotie
- Normativiteit moet empirisch gegrond zijn

Klaver, Van Elst en Baart (2013) proberen de zorgethiek als discipline te omlijnen en hierover een discussie op gang te brengen. Ze formuleren vier zorgethische pijlers:

- De relatie staat centraal: alles en iedereen is afhankelijk van en staat in relatie tot elkaar. De relatie levert informatie over welke zorg er nodig en goed is en bepaalt tegelijkertijd de grenzen van zorg. In de relatie vindt men erkenning en legitimatie. Tot slot kan men in een relatie werkelijk aan elkaar verschijnen, in een bredere zin dan alleen in hokjes en diagnosen.
- Er wordt uitgegaan van contextgebonden en situatie-specifieke oordelen: dit staat tegenover de principes en generaliseerbaarheid kenmerkend voor deontologische en consequentialistische ethiek. Een moreel oordeel kan pas worden geveld na bestudering en begrip van een specifieke situatie en niet aan de hand van vooraf opgestelde theorieën. Met context wordt de fysieke, sociale en historische context bedoeld.
- De zorgethiek is een politieke ethiek: de zorgethiek houdt rekening met institutionele en systemische invloeden en de blik van de zorgethiek reikt daarmee verder dan alleen persoonlijke relaties. Denk daarbij aan vragen over rechtvaardige instituties, de verdeling van sociale lasten, wetgeving, bestuur en recht op aanspraak. Zorg is een geformaliseerde activiteit ingebed in grotere sociale ondernemingen en netwerken.
- Moraliteit moet empirisch gegrond zijn: het goede toont zichzelf in de praktijk.

Tot slot wil ik nog stilstaan bij de term 'institutie', die inmiddels een paar keer voorbij is gekomen en een belangrijke rol speelt binnen de zorgethiek. Een sociale institutie kan gedefinieerd worden als:

> A complex of positions, roles, norms and values lodged in particular types of social structures and organizing relatively stable patterns of human activity with respect to fundamental problems in producing life-sustaining resources, in reproducing individuals, and in sustaining viable societal structures within a given environment. (Miller, 2012)

De institutie zorg is dus het geheel van posities, rollen, normen en waarden die samen een sociale structuur vormen die - in het geval van de institutie zorg - voor een groot deel bepaalt hoe zorg verleend wordt. Een institutie is weinig onderhevig aan verandering en vormt de context van de zorgpraktijk en ook de geneeskundeopleiding (Klaver et al., 2013; Miller, 2012). Hoewel er vaak aandacht is voor de belemmerende werking van de institutie, in de vorm van protocollen, richtlijnen

et cetera, wijst Van Heijst (2011) ook op de constructieve en structurerende werking van de institutie, bijvoorbeeld wanneer persoonlijke weerstand zich doet gelden, in een complexe (zorg)wereld met gelaagde machtsverhoudingen.

2.2. Kernpunten van de zorgethiek

De hiervoor beschreven geschiedenis, de critical insights van de zorgethiek aan de UvH en de fundamenten zoals geformuleerd door Klaver et al. bestuderend, blijkt dat de zorgethiek zich afzet tegen bestaande (deontologische en consequentialistische) vormen van ethiek die berusten op abstracte principes als rechtvaardigheid en universaliseerbaarheid. Er bestaat een ander moreel geluid met zorg als hoogste goed, dat kennis over het goede - morele epistemologie - haalt uit de praktijk in plaats van uit vooraf opgestelde, universele theorieën. Met het oog op het onderwerp van deze thesis - de Nederlandse geneeskundeopleiding en indirect het Nederlandse gezondheidszorgsysteem - beschouw ik zorg vooral als een praktijk. Immers, medische zorg moet vooral gedaan worden (zie ook de fasen van Tronto). Het bestaat uit een opeenvolging van handelingen als observeren, luisteren, voelen, aanwezig zijn, communiceren, afstemmen, onderzoeken doen, medicijnen toedienen, opereren, afzien van actieve behandeling, et cetera. Alleen een juiste houding schiet dan tekort, maar is niet onbelangrijk.

Als dit andere morele geluid een rol van betekenis wil gaan spelen, kan niet langer geaccepteerd worden dat zorgende eigenschappen vooral worden toegeschreven aan vrouwen - in de privésfeer - en moet rekening worden gehouden met de politieke dimensie. Met betrekking tot het Nederlandse gezondheidszorgsysteem betekent geslachtsbias dat er nog altijd een ‘dominant mannelijke cultuur wordt beschreven’ (Bleakley, 2013; Kilminster, Downes, Gough, Muroch-Eaton, & Roberts, 2007; Verdonk, Rantzsch, de Vries, & Houkes, 2014). In deze cultuur wordt de voorkeur gegeven aan heldhaftigheid, competitie, rationaliteit, zekerheid, afstand en objectivering. De zorgethiek zet zich af tegen een dergelijke geslachtsbias.

Dat ons gezondheidszorgsysteem een politieke dimensie en (institutionele) context heeft, blijkt, ondanks de decentralisatie van zorg, nog altijd uit de vele invloeden op de zorgpraktijk in de vorm van protocollen, richtlijnen, surveillance, kwaliteitswaarborging, (elektronische) administratie en wetgeving. Het afzetten tegen een abstracte en universaliseerbare ethiek betekent verder dat er aandacht is voor het unieke en particuliere van elke situatie, kwetsbaarheid, lichamelijkheid en emoties als kenbron voor normativiteit. Tot slot is de relationele dimensie van zorg heel belangrijk. Of relationaliteit nu ontologisch is of niet, alles en iedereen is op een bepaalde manier afhankelijk van en in relatie tot elkaar, ook in de gezondheidszorg: op het moment dat patiënt en arts elkaars pad kruisen in het ziekenhuis gaan ze een zorgrelatie met elkaar aan.

2.3. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt, na een beschrijving van het ontstaan en de ontwikkeling van de zorgethiek, geconcludeerd tot negen kernpunten van de zorgethiek, te weten: (1) de zorgethiek als ander moreel geluid, (2) praktijken als vindplaats voor het goede, (3) zorg is primair een praktijk, (4) aandacht voor geslachtsbias, (5) de zorgethiek als politieke ethiek, (6) aandacht voor de (institutionele) context, (7) aandacht voor het unieke en particuliere, (8) kwetsbaarheid, lichamelijkheid en emoties en (9) relationaliteit. Deze kernpunten dienen gedurende de rest van deze thesis als houvast en ter vergelijking met de huidige Nederlandse geneeskundeopleiding.

Noten

1. Het dilemma dat gepresenteerd werd aan de kinderen in de studie van Kohlberg, is of een man, Heinz, een duur medicijn, dat het leven van zijn zieke vrouw kan redden, mag stelen. Jake pakt dit dilemma aan als ware het een wiskundig probleem. Hoewel stelen niet mag is een leven redden belangrijker volgens Jake en hij stelt dus dat Heinz het medicijn mag stelen. Amy ziet in dat Heinz het medicijn niet moet stelen omdat hij dan een gevangenisstraf zou krijgen en zijn vrouw alleen achterlaat in nog grotere problemen. Amy stelt daarom voor dat Heinz zijn probleem voorlegt aan de apotheker, in de overtuiging dat ze samen tot een oplossing kunnen komen. Volgens Gilligan redeneert Amy vanuit de praktijk en bestaande relaties terwijl Jake er een abstracte afweging van maakt (Gilligan, 1982; Sander-Staudt, 2011).
2. In *Women and Moral Theory* verkent Kittay (1987) concepten als autonomie, ethische principes, universaliseerbaarheid, feministische morele theorieën, vrouwen en politiek. In *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency* staat ze vooral stil bij de ongelijkheid en afhankelijkheid in zorgrelaties (Kittay, 1999).
3. Held beschrijft eveneens de tekortkomingen van een ethiek die berust op rechtvaardigheidsprincipes. Zorg is de meest fundamentele morele waarde. Ze neemt tevens een voorbeeld aan de relatie tussen moeder en kind, maar ziet ook een rol weggelegd voor de zorgethiek bij maatschappelijke problemen, buiten de privésfeer (Held, 1993; Held, 2006).

3. De zorgethiek en medisch onderwijs

Voordat ik mij richt op de geneeskundeopleiding, stel ik mezelf eerst de vraag of er literatuur te vinden is die een relatie legt tussen de zorgethiek en (medisch) onderwijs. Zoals vermeld in hoofdstuk 1.2 zijn er geen wetenschappelijke onderzoeken te vinden die zich toeleggen op het ontdekken van mogelijke uitdagingen voor ruimte voor de zorgethiek binnen de geneeskundeopleiding. Echter, als er literatuur is die op een andere manier een verbinding legt tussen de zorgethiek en (medisch) onderwijs, kunnen daar mogelijk wel uitdagingen uit worden gedestilleerd die zich aan zouden kunnen dienen bij een vertaling van zorgethische theorieën naar de medische onderwijspraktijk. Daarom wordt er in paragraaf 3.1, 3.2 en 3.3 literatuur geanalyseerd die ik relevant acht voor deelvraag 2a en in paragraaf 3.4 wordt een antwoord gegeven op deelvraag 2b.

3.1. Onderwijs als zorgpraktijk en het belang van voorbeeldfiguren

Volgens Nel Noddings, die een zorgethische visie op onderwijs heeft ontwikkeld, is onderwijs zelf ook een plek waar zorg wordt gegeven. Zij is van mening dat er een zorgrelatie bestaat tussen docent en student (Noddings, 1999). Docenten behoren gehoor te geven aan de behoeftes (‘needs’) van studenten. De student maakt vervolgens zelf duidelijk als er zorg, in de vorm van erkenning van zijn of haar behoeftes, heeft plaatsgevonden. Als de docent voldoende aandacht heeft voor de behoeftes van de student, kan dit er uiteindelijk toe leiden dat het curriculum wordt aangepast (Noddings, 2005a). De docent fungeert als een rolmodel voor de student, zeker als het om het aanleren van normen en waarden gaat (Noddings, 1988). Volgens Noddings komen meer regels, hoge eisen en toetsen het onderwijs niet ten goede. “Instead, we must allow teachers and students to interact as whole persons, and we must develop policies that treat the school as a whole community”. Er moet meer aandacht zijn voor geluk (‘happiness’) (Noddings, 2005b).

Zoals de kop van deze paragraaf doet vermoeden, vallen mij twee zaken op aan het betoog van Noddings: onderwijs is zelf een plek waar zorg wordt gegeven en de docent is een voorbeeldfiguur voor de student, met name als het om het aanleren van normen en waarden gaat. Is er, om op het eerste punt in te gaan, binnen de huidige geneeskundeopleiding een zorgende leeromgeving, of ontbreekt het er, net zoals Martinsen stelt over de zorgpraktijk, aan zorg? Omdat we op de geneeskundeopleiding te maken hebben met mensen die in de toekomst zelf zorg gaan verlenen, is het van belang een zorgende omgeving te creëren. Immers, goed voorbeeld doet goed volgen. Ten tweede wijst Noddings op de rol van docenten als voorbeeldfiguren. Wie zijn de voorbeeldfiguren voor geneeskundestudenten binnen de opleiding en welk voorbeeld geven ze? Is het, om terug te vallen op Gilligan, een Jake of een Amy? Zijn beide perspectieven aanwezig in de voorbeeldfiguren of heeft één van de twee de overhand? Dat laatste zou nadelig zijn omdat beide perspectieven nuttig zijn en elkaar aanvullen. Immers, de morele redeneerwijzen van Jake en Amy werpen heel verschillende morele vragen op die ze ook op verschillende manieren beantwoorden.

3.2. Ontvankelijkheid en verantwoordelijkheid in een zorgende leer- en werkomgeving

In zijn artikel *The Ethics of Caring and Medical Education* pleit William T. Branch Jr. (2000) voor een implementatie van de filosofie van de zorgethiek in het medisch onderwijs. Daarmee zal volgens Branch zorg weer aan de basis komen te liggen van elk (moreel) besluit en zal de relatie tussen patiënt en arts weer centraal komen te staan. In ons huidige zorgsysteem en op de huidige geneeskundeopleiding, waarin de nadruk ligt op bio-ethiek, zou dit ontbreken. In de zorgethiek wordt grote nadruk gelegd op relaties en het in een relatie tegemoet komen aan de behoeftes van

een ander. Liefde en compassie zijn motivaties om te zorgen. Een zorgend persoon handelt vanuit zowel emotie als ratio. Zorg is een morele oriëntatie op zichzelf. In de zorgpraktijk zou een zorgverlener daarom twee eigenschappen moeten hebben: ontvankelijkheid en verantwoordelijkheid. Een ontvankelijke arts luistert naar patiënten met empathie en compassie. Een verantwoordelijke arts zet deze gevoelens om in handelingen, tegemoetkomend aan de behoeftes van de patiënt (Branch, 2000).

Om geneeskundestudenten op te leiden tot ontvankelijke en verantwoordelijke artsen benoemt Branch drie aandachtspunten. Ten eerste moet de ontvankelijkheid en empathie van geneeskundestudenten gekoesterd worden. Branch haalt onderzoeken aan waaruit blijkt dat studenten deze eigenschappen aan het begin van hun opleiding nog in grote mate bezitten, maar dat deze door de opleiding als het ware afgestompt worden. Ten tweede moeten geneeskundestudenten leren om ontvankelijkheid om te zetten in verantwoordelijkheid. Volgens Branch betekent dit binnen de context van de zorgethiek zorgen voor de ander ondanks persoonlijke of institutionele belemmeringen. Tot slot moet er iets veranderen in de leer- en werkomgeving. Iedereen, van student tot verpleegkundige tot arts, moet voor elkaar en voor zichzelf zorgen. Anders zal zorg nooit aan de basis van elk (moreel) besluit komen te liggen en moeten zorgverleners teveel van zichzelf opofferen (Branch, 2000).

Branch doet een poging een vertaalslag te maken van de theorieën van de zorgethiek naar de praktijk van de geneeskundeopleiding. Aan deze vertaalslag vallen mij drie zaken op. Ten eerste vraagt zorg volgens Branch om de ontvankelijkheid naar een patiënt te luisteren en de verantwoordelijkheid gevoelens om te zetten in een handeling. Dit sluit weliswaar aan bij het eerder vermelde zorgethische kernpunt dat zorg een praktijk maar ook een houding is, maar omvat slechts de eerste en tweede fase van Tronto. Branch heeft geen aandacht voor de derde en vierde fase, waarin de zorg daadwerkelijk wordt gegeven respectievelijk afgestemd wordt of de ontvangen zorg de gewenste zorg is. Hierdoor komt de nadruk te liggen op zorg als een houding in plaats van een relationele praktijk.

Ten tweede valt op dat verantwoordelijkheid volgens Branch betekent te zorgen voor de ander ondanks persoonlijke of institutionele belemmeringen. Zoals vermeld in hoofdstuk 2.1 heeft de institutie niet alleen een belemmerende werking, maar maakt ze zorg ook mogelijk. Wanneer er sprake is van persoonlijke belemmeringen kan de institutie juist bevorderend werken. Rekening houden met de institutionele context - één van de kernpunten van de zorgethiek - betekent niet dat ze zomaar genegeerd kan worden. Een alternatieve formulering zou daarom kunnen zijn te zorgen voor de ander ondanks persoonlijke belemmeringen, binnen de realiteit van de institutie.

Opvallend is, ten derde, dat het niet duidelijk is welke concrete vormen de drie aandachtspunten van Branch aan moeten nemen in de onderwijspraktijk en dat Branch geen uitdagingen formuleert voor zijn vertaalslag. Kan deze vertaalslag dan simpelweg gemaakt worden? Ik denk het niet. Dat Branch niet stilstaat bij de praktische uitvoering van zijn vertaalslag en de mogelijke uitdagingen die daarbij komen kijken, wil niet zeggen dat ze er niet zijn. Hoe komt het bijvoorbeeld dat studenten bepaalde eigenschappen aan het begin van hun opleiding nog in grote mate bezitten, maar dat deze door de opleiding als het ware afgestompt zouden worden? Wat betekent dit voor het willen koesteren van ontvankelijkheid en is dat wel mogelijk? Welke institutionele invloeden spelen een rol in de geneeskundeopleiding en in hoeverre hebben die een belemmerende werking?

3.3. Compassie aan de basis van het ethiekonderwijs

Leget en Olthuis pleiten er in het artikel *Compassion as a basis for ethics in medical education* (2007) voor dat compassie aan de basis van het ethiekonderwijs op de geneeskundeopleiding - en aan de basis van moraliteit in het algemeen - komt te liggen. Wanneer aan eerstejaars geneeskundestudenten wordt gevraagd waarom ze arts willen worden, is hun antwoord vaak dat ze mensen willen helpen. Volgens Leget en Olthuis kan deze motivatie als een belangrijke bron voor moraliteit worden beschouwd, maar is dat in de praktijk niet. Het doceren van en reflecteren op moraliteit binnen de geneeskundeopleiding stuit op een viertal problemen, gebaseerd op vooronderstellingen die onze huidige cultuur kenmerken: (1) ethiek is subjectief, (2) wetgeving bepaalt de grenzen van de ethiek, (3) consequentialisme, ofwel de betekenis van een handeling wordt bepaald door de gevolgen die het heeft en (4) religie legt beperkingen op discussies over moraliteit (Leget & Olthuis, 2007).

De subjectiviteit van ethiek zou het meest fundamentele dogma zijn. Leget en Olthuis willen echter aantonen dat emoties juist een goede basis voor moraliteit zijn aan de hand van Housset's analyse van compassie. Door compassie blijven we dicht bij onze eigen inspiratie en motivatie: door geraakt te worden, wordt een moreel goede handeling in gang gezet. Ten tweede zorgt compassie ervoor dat we dicht bij het lijden van een concreet en uniek persoon blijven. Tot slot helpt het ons de kern van moraliteit, die niet open staat voor discussie, te ervaren en te begrijpen. Voor de praktijk van de geneeskundeopleiding houdt dit in dat studenten hun eigen morele bewustzijn moeten leren begrijpen om de arts te worden die ze willen zijn - iemand die mensen helpt. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door studenten een portfolio te laten bijhouden waarin ze hun eigen leerproces beschrijven (Leget & Olthuis, 2007).

Leget en Olthuis identificeren, in tegenstelling tot Branch, (een viertal) problemen binnen de geneeskundeopleiding voor het doceren en reflecteren op moraliteit - iets wat belangrijk is voor ruimte voor de zorgethiek op de geneeskundeopleiding, gezien de zorgethiek als ander moreel geluid. Deze problemen hebben alle vier te maken met de dominante ethiek en de heersende opvatting erover. Hierin schuilt een mogelijke uitdaging voor de zorgethiek. Immers, hoe kan Amy een invloed uitoefenen op het ethiekonderwijs op de geneeskundeopleiding als er maar één vacature is voor een 'docent medische ethiek' en Jake is hiervoor al aangenomen? Ook in tegenstelling tot Branch formuleren Leget en Olthuis een zeer concrete onderwijsactiviteit om in de geneeskundeopleiding te implementeren. Er lijkt echter geïmpliceerd te worden dat niets - ook niet de hiervoor geschetste problemen - de effectiviteit van het bijhouden van een portfolio in de weg staat. Dat is maar de vraag. Evenals Branch wijzen Leget en Olthuis op een eigenschap van studenten vóór ze aan de geneeskundeopleiding beginnen; de motivatie om mensen te willen helpen. Voorstellen dat studenten hun morele bewustzijn moeten leren begrijpen om een arts te worden die mensen helpt, lijkt te betekenen dat dit op de huidige geneeskundeopleiding nog niet gebeurt. Dit zou erop kunnen wijzen dat, zoals ook uit het artikel van Branch blijkt, studenten bepaalde eigenschappen gedurende de geneeskundeopleiding verliezen.

3.4. Conclusie

In dit hoofdstuk zijn vijf mogelijke uitdagingen geïdentificeerd, die zich aan zouden kunnen dienen bij een vertaling van zorgethische theorieën naar de medische onderwijspraktijk, aan de hand van literatuur die een bepaalde relatie tussen zorgethiek en (medisch) onderwijs beschrijft. Ten eerste is het de vraag of de huidige geneeskundeopleiding een zorgende omgeving is (1), dat wil zeggen het gehoor geven van de docent aan de behoeftes van de student in een zorgrelatie, niet teveel regels,

hoge eisen en toetsen en aandacht voor het gemeenschapsgevoel en geluk. Als er nog geen sprake is van een zorgende leeromgeving op de geneeskundeopleiding, waar komt dat dan door? Ten tweede zouden docenten belangrijke voorbeeldfiguren zijn voor studenten (2), met name voor wat betreft het aanleren van normen en waarden. Voor de zorgethiek is het van betekenis welke boodschap de voorbeeldfiguren overbrengen. De heersende medische ethiek (3) en het ethiekonderwijs wringen mogelijk ook met de zorgethiek, als het de consequentialistische ethiek is waar de zorgethiek zich juist tegen afzet. Hoewel eerder gesteld is dat zorg vooral een praktijk is, is de juiste houding ook van belang. In het voorgaande zijn eigenschappen - zoals compassie[1] - aan bod gekomen, die een goede arts zouden kenmerken. Dergelijke eigenschappen zouden de geneeskundestudenten nu verliezen (4). Ik vraag mij daarbij af of dat echt zo is, waar dat dan door komt en of bepaalde eigenschappen in het kader van de zorgethiek dan wel gekoesterd kunnen worden. Tot slot vraag ik mij af wat de rol van de institutie (5) zorg is op de geneeskundeopleiding. Zijn er institutionele invloeden op de geneeskundeopleiding, welke zijn dit dan en hoe groot is de invloed?

Deze uitdagingen zijn echter nog weinig onderbouwd, zoals ook blijkt uit de overgebleven vragen in deze conclusie. De literatuur, waaruit de uitdagingen gedestilleerd zijn, staat weinig tot niet stil bij hoe de geneeskundeopleiding eruit ziet. Informatie over de geneeskundeopleiding zou de tot nu toe ontdekte uitdagingen kunnen bevestigen, ontkrachten, wijzigen en/of aanvullen. Het volgende hoofdstuk neemt daarom de geneeskundeopleiding onder de loep.

Noten

3. Niet alleen compassie maar ook empathie wordt vaker aangedragen als gewenst voor een arts, bijvoorbeeld door Gelhaus in een drietal artikelen over “the desired moral attitude of the physician” (2012a; 2012b; 2013).

4. De geneeskundeopleiding en empirische bevindingen

In dit hoofdstuk wordt onderzocht hoe de geneeskundeopleiding eruit ziet, gebaseerd op het Nederlandse onderwijssysteem en wat er in de wetenschappelijke literatuur over de geneeskundeopleiding wordt geschreven. Daar waar ik mij beroep op empirische bevindingen zal dat expliciet vermeld worden. Ik ben opzettelijk op zoek gegaan naar empirische bevinding gezien het belang dat de zorgethiek daar aan hecht (zie kernpunten zorgethiek). Aan de hand van een typering van de geneeskundeopleiding (deelvraag 3a) in de paragrafen 4.1-4.5, is het doel van dit hoofdstuk het bevestigen, ontkrachten, wijzigen en/of aanvullen van de tot nu toe gevonden mogelijke uitdagingen (deelvraag 3b) in paragraaf 4.6. De in hoofdstuk 3.4 geformuleerde uitdagingen en overgebleven vragen geven richting aan de zoektocht gedurende dit hoofdstuk.

4.1. De geneeskundeopleiding in Nederland en het Raamplan

In 1999 ondertekenden Europese ministers van onderwijs de Bolognaverklaring en werden er afspraken gemaakt over een meer geharmoniseerde inrichting van het Europese onderwijs. Ook Nederland ondertekende de Bolognaverklaring en als gevolg hiervan werd de Bachelor-Master structuur ingevoerd. De geneeskundeopleiding bestaat sindsdien uit een driejarig Bachelorprogramma, waarin vooral fundamentele medische wetenschappen, communicatievaardigheden, praktische vaardigheden en professionaliteit onderwezen worden, gevolgd door een driejarig Masterprogramma, waarin de verworven kennis, communicatieve en praktische vaardigheden in de praktijk toegepast en verder ontwikkeld worden (Patrício & Harden, 2010). In Nederland zijn er 8 medische faculteiten met onderlinge verschillen, bijvoorbeeld voor wat betreft onderwijsvormen (probleemgestuurd of traditioneel) en studentenpopulatie (universiteiten in de Randstad trekken meer culturele minderheden aan). De verhouding tussen vrouwen en mannen op de geneeskundeopleiding is ongeveer 2:1 (Verdonk et al., 2014).

Ondanks deze verschillen streven alle medische faculteiten in Nederland dezelfde leerdoelstellingen na, zoals vastgelegd in het Raamplan 2009. In het Raamplan staat in feite beschreven wat voor artsen wij in Nederland willen opleiden, vooral in termen van competenties. De geneeskundeopleiding is in die zin een unieke academische opleiding omdat het tevens een beroepsopleiding is.

> Het voorliggende raamplan beschrijft de eindtermen van de initiële universitaire opleiding tot arts in de vorm van competenties in de rollen waarin de arts in diverse beroepssituaties moet kunnen functioneren. De eindtermen zijn in algemene zin beschreven en zijn te beschouwen als een minimum pakket van eisen om de maatschappij en in het bijzonder de patiënt de verzekering te geven op welk niveau de afgestudeerde arts als beginnend beroepsbeoefenaar kan functioneren. De beschrijvingen zijn niet gedetailleerd opdat de UMC's [Universitair Medisch Centrum] ruimte hebben om tot een eigen invulling en verdieping van onderwerpen te komen en zich zodanig op een eigen wijze kunnen profileren. Het raamplan spreekt zich niet uit over de onderwijskundige uitwerking omdat deze tot de verantwoordelijkheid van de verschillende UMC's wordt gerekend. (Van Herwaarden et al., 2009)

Het profiel van een arts ziet er volgens het Raamplan als volgt uit: medisch deskundige, communicator, samenwerker, organisator, gezondheidsbevorderaar, academicus en beroepsbeoefenaar. Deze verschillende rollen worden tot in de detail uitgewerkt met behulp van verschillende competentie-omschrijvingen. In het kader van 'communicator' valt bijvoorbeeld te

lezen dat “de juist afgestudeerde arts […] de bekwaamheid [heeft] adequaat om te gaan met diverse patiëntgroepen zoals kinderen, ouderen, mannen en vrouwen en patiënten met verschillende culturele achtergronden” (Van Herwaarden et al., 2009). Er wordt tevens beschreven hoe het communicatieonderwijs en het onderwijzen van lichamelijk onderzoek eruit moeten zien en welke klachten, bevindingen bij lichamelijk en aanvullend onderzoek en ziektebeelden een net afgestudeerde arts behoort te herkennen. Er is aandacht voor persoonlijke en professionele ontwikkeling, zelfreflectie, epidemiologie, geschiedenis en filosofie van de geneeskunde, de sociale context van patiënten, maatschappelijke vraagstukken en de organisatie van de gezondheidszorg (Van Herwaarden et al., 2009).

Uit het voorgaande valt ten eerste op dat zelfs binnen Nederland de geneeskundeopleidingen niet identiek zijn. Dat maakt het lastig om over dé Nederlandse geneeskundeopleiding te spreken. Ten tweede is er de invloed van het Raamplan. Een onderzoek naar het zorgethische gehalte van het Raamplan zou een op zichzelf staande thesis op kunnen leveren en voert daarom nu te ver. Duidelijk is in ieder geval dat in letterlijke zin de zorgethiek er niet in voorkomt. Zorgethische aspecten zijn wel aan te wijzen, bijvoorbeeld waar gesteld wordt dat “de juist afgestudeerde arts […] de bekwaamheid [heeft] met patiënten een therapeutische relatie op basis van wederzijds begrip, empathie en vertrouwen aan te gaan en te onderhouden” (Van Herwaarden et al., 2009). Door het categoriseren van klachten, ziektebeelden, patiënten en communicatie te deduceren tot “coderen, verzenden, ontvangen en interpreteren van informatie” (Van Herwaarden et al., 2009) lijkt er daarentegen weinig ruimte voor de beschreven relatie en het unieke, het particuliere, de context, kwetsbaarheid, lichamelijkheid en emoties. Zorg wordt niet gedefinieerd, het gaat vooral om competenties, alsof het kunnen afvinken van een checklist met competenties een goede dokter garandeert. De student wordt geacht grote aantallen lijstjes en rijtjes te kennen. Deze hoeveelheid aan regels en eisen die het Raamplan oplegt, lijkt in de definitie van Noddings een zorgende onderwijsomgeving niet ten goede te komen. Tegelijkertijd is het onvermijdelijk dat een opleiding aan kan tonen dat het studenten iets bijleert en wat dat dan precies is. Afgestudeerde geneeskundestudenten moeten op een bepaald niveau in de zorgpraktijk kunnen functioneren. Tegelijkertijd bepaalt dat wat er onderwezen wordt of er ruimte is voor de zorgethiek of niet. Welke ethiek wordt er dan onderwezen op de geneeskundeopleiding?

4.2. De medische ethiek

Op twee pagina’s van het Raamplan is er aandacht voor ethiek. In het kader van de Bachelorfase wordt het volgende vermeld: “De bachelor geneeskunde beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de algemene grondslagen van de medische ethiek” (Van Herwaarden et al., 2009). Van de afgestudeerde arts wordt hetzelfde verwacht met de aanvulling: “Trefwoorden: (1) omgaan met schaarste (prioritering, rantsoenering, selectie), (2) omgaan met dilemma’s bij bijvoorbeeld abortus provocatus, euthanasie, (3) gentherapie, orgaantransplantatie en (4) (on)wenselijkheid implementatie toenemende technische mogelijkheden.” (Van Herwaarden et al., 2009). De medische ethiek wordt beschouwd als de beroepsethiek van de geneeskunde. Een “beroepsethiek is de bezinning op het door beoefenaars van een bepaald beroep gemeenschappelijk aanvaard complex van waarden en normen” (Ten Have, Ter Meulen, & Van Leeuwen, 2009). De term biomedische ethiek werd vooral in de Verenigde Staten geïntroduceerd in de jaren ’70 van de vorige eeuw als gevolg van de snel toenemende biomedische ontwikkelingen en vormt tegenwoordig de basis van de medische ethiek (Ten Have et al., 2009). Beauchamp en Childress (2001) hebben vanuit de gedachte van de biomedische ethiek de principebenadering ontwikkeld. De principebenadering berust op vier

principes, gebaseerd op klassieke beginselen uit de medische ethiek, die dienen als uitgangspunt voor moreel redeneren: goed doen, geen kwaad berokkenen, autonomie en rechtvaardigheid (Beauchamp & Childress, 2001).

Het 'gemeenschappelijk aanvaard complex van waarden en normen' van de medische ethiek berust op dit moment vooral op de bio-ethiek of de principebenadering van Beauchamp en Childress. Het universele karakter van de vier principes en het principe van rechtvaardigheid doen veel denken aan de morele ontwikkeling van Jake, zoals beschreven door Gilligan. De huidige medische ethiek lijkt daarmee op de ethiek waar de zorgethiek zich tegen afzet. Daar bedoel ik niet mee dat de zorgethiek niet 'goed wil doen' of 'geen kwaad wil berokkenen', maar het feit dat vier theoretische principes het alwetende morele kompas zouden zijn, druist in tegen de kern van de zorgethiek. De medische ethiek heeft een lange geschiedenis. Al in de eed van Hippocrates (400 v. Chr.) komt voor dat een arts een patiënt zoveel mogelijk goed moet doen en niet mag schaden. Ik pleit er niet voor dat deze eeuwenoude principes verdwijnen, maar ze zullen in ieder geval aangepast of aangevuld moeten worden om plaats te maken voor de zorgethiek. Daarin schuilt een mogelijke uitdaging voor ruimte voor de zorgethiek, want een 'gemeenschappelijk aanvaard complex van waarden en normen' van een gehele professie met een geschiedenis van ruim 2000 jaar verander je niet zomaar.

Tot nu toe was er aandacht voor hoe de geneeskundeopleiding er volgens de Bolognaverklaring en het Raamplan uitziet. Wat leren andere bronnen over de geneeskundeopleiding?

4.3. Ethische enculturatie en morele socialisatie op de geneeskundeopleiding

"Medical training is also a process of moral enculturation, and that in transmitting normative rules regarding behaviors and emotions to its trainees, the medical (learning environment) functions as a moral community" (Hafferty & Franks, 1994). Deze zin komt uit het artikel *The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education*, geschreven door Hafferty en Franks en gepubliceerd in 1994 in het tijdschrift Academic Medicine. Dit was de eerste bron die mij op een spoor zette dat er op de geneeskundeopleiding meer gebeurt dan alleen overdracht van kennis en vaardigheden, zoals uit het Raamplan naar voren komt. In plaats van de kennis en vaardigheden van het Raamplan worden er dus ook 'normative rules' overgebracht en is er sprake van een 'moral community', termen die belangrijk zijn voor een ethiek. Uit literatuuronderzoek blijkt dat er door verschillende auteurs wordt beschreven dat hierbij processen van enculturatie en/of socialisatie betrokken zijn (Chuang et al., 2010; Emmerich, 2014; Jaye et al., 2006; Lindberg, 2009; Mahood, 2011). In zijn artikel *Bourdieu's collective enterprise of inculcation: the moral socialization and ethical enculturation of medical students* legt Nathan Emmerich (2014) deze processen op de geneeskundeopleiding op een heldere wijze uit. Ik geef zijn denkstappen hieronder achtereenvolgens weer, omdat ik verwacht dat het aan zou kunnen tonen dat en verklaren waarom voorbeeldfiguren zo'n grote invloed hebben op studenten, bepaalde eigenschappen verdwijnen en er institutionele invloeden op de geneeskundeopleiding zijn. Uit de Bolognaverklaring en het Raamplan blijkt dat niet.

Enculturatie is een methodologisch georganiseerde inprenting van gearticuleerde en geformaliseerde principes. Socialisatie is een onbewuste inprenting van principes die zich alleen in de praktijk tonen. In eenvoudigere termen: enculturatie kan beschouwd worden als een voornamelijk bewust proces, socialisatie is daarentegen een overheersend onbewust proces. Enculturatie wordt vaak geassocieerd met antropologie, socialisatie met sociologie (Bourdieu, 2005). Dit onderscheid berust op een onderscheid tussen cultuur en samenleving, zoals gedefinieerd door Herskovits:
"A culture is the way of life of a people: while a society is an organized, interacting aggregate of individuals who follow a given way of life. In still simpler terms a society is composed of people; the

way they behave is their culture" (Herskovits, 1964). Emmerich stelt dat cultuur en samenleving altijd samengaan. Dat wil niet zeggen dat ze één zijn, maar ze zijn zeker niet van elkaar te scheiden. Emmerich stelt daarom dat enculturatie en socialisatie ook niet los van elkaar kunnen worden gezien (Emmerich, 2014).

Ter illustratie wijst Emmerich op medisch onderwijs en specifieker op de moraliteit en de ethiek van de geneeskunde. Moraliteit of een 'ethos' is een fundamenteel onderdeel van de sociologie van een professie. Het gaat om een idee van wat 'goed' is, of dit nu logisch is of niet. Het is een verzameling van affectieve waarden, een visie of 'blik'. De morele socialisatie van geneeskundestudenten vindt bijvoorbeeld plaats in het leren omgaan met de dood en informeren naar de persoonlijke levens van patiënten - vreemden -, aspecten die ver weg staan van het dagelijks leven maar de gewoonste zaak van de wereld zijn binnen de medische professie. Naarmate de opleiding vordert, worden deze aspecten langzaamaan ook de gewoonste zaak van de wereld voor de studenten; ze socialiseren in de moraliteit van de medische professie. De medische moraliteit is daarmee iets anders dan de medische ethiek; de geëxpliciteerde regels, principes en taal die voortkomen uit een bepaalde moraliteit. Ethiek berust op en is een reflectie van moraliteit. De bio-ethiek, professionele richtlijnen en standaarden zijn voorbeelden van de ethiek van de geneeskunde. Wat 'goed' is, is logisch; er zit een bepaalde redenering achter. Deze redenering is reproduceerbaar en dat is wat studenten aangeleerd krijgen in een proces van enculturatie. Individuele normen en waarden worden vervangen door collectieve normen en waarden. Socialisatie in de moraliteit van de medische professie en enculturatie in de ethiek van de medische professie zijn wederzijds ondersteunende processen (Emmerich, 2014).

In paragraaf 4.2 bleek al dat de huidige medische ethiek een uitdaging zou kunnen vormen voor ruimte voor de zorgethiek. Nu blijkt dat er ook een medische moraliteit is waar de medische ethiek uit voortkomt en die studenten op een onbewuste manier ingeprent krijgen. De medische moraliteit omvat de gehele medische professie en lijkt groter dan alleen de geneeskundeopleiding. Grip krijgen op de medische moraliteit zou dus een nog grotere uitdaging kunnen zijn. Kan grip hierop krijgen überhaupt wel via de geneeskundeopleiding, vraag ik mij af? Of hebben we hier te maken met een groter, institutioneel fenomeen dat weinig onderhevig is aan verandering? Hoe ziet de enculturatie en socialisatie op de geneeskundeopleiding er dan in de praktijk uit en waar gaat het mee gepaard?

4.4. Het formele, informele en verborgen curriculum

De eerder vermelde Hafferty (1998) onderscheidt drie verschillende curricula op de geneeskundeopleiding: het formele, het informele en het verborgen curriculum. Het formele curriculum wordt geëxpliciteerd door de medische faculteit in de vorm van leerdoelstellingen en staat voor elke medische faculteit zwart op wit. Het gaat hierbij vooral om de overdracht van kennis en vaardigheden (Lindberg, 2009). In Nederland beïnvloedt het Raamplan in grote mate de inhoud van het formele curriculum. Het informele curriculum is het doceren en leren dat plaatsvindt op interpersoonlijk niveau tussen docent en student. Het verborgen curriculum krijgt gestalte door invloeden die spelen op institutieniveau en uiting krijgen in de heersende cultuur. Het bestaat bijvoorbeeld uit bepaalde regels die nodig zijn om te kunnen overleven binnen de institutie, zoals gewoontes, rituelen, ongeschreven regels en vanzelfsprekendheden (Gaufberg et al., 2010; Hafferty, 1998; Lempp, 2005; Lindberg, 2009). Men zou kunnen zeggen dat het bij het verborgen curriculum ook draait om door de student te behalen leerdoelstellingen, maar dan verborgen, onbedoeld en impliciet (Ozolins et al., 2008).

Hoe verhouden deze drie curricula zich tot elkaar? Zowel het formele, informele als het verborgen curriculum zijn nodig voor een succesvolle enculturatie en socialisatie (Emmerich, 2014). De kracht van het verborgen curriculum is zo groot dat veranderingen in het formele curriculum hier weinig tot geen invloed op hebben, noch op wat voor arts geneeskundestudenten worden als de opleiding afgerond is (Bloom, 1988; Bloom, 1989). Jaye, Egan en Parker (2006) vergelijken deze kracht zelfs met de bio-kracht zoals beschreven door Foucault. De bio-kracht van Foucault is "the government or management of populations and persons through the development of modern social institutions within the political economic system of capitalism" (Foucault, 1990; Jaye et al., 2006). Het verborgen curriculum houdt zichzelf als het ware in stand met deze kracht. Omdat bijvoorbeeld één van de gevolgen van het verborgen curriculum acceptatie van hiërarchie kan zijn, kunnen artsen in spe, die onderaan de hiërarchische ladder staan, weinig veranderen aan de heersende medische cultuur (Benbassat, 2013). Hoe studenten de inhoud van de opleiding ervaren kan vanwege het verborgen curriculum afwijken van wat er in het formele curriculum beschreven staat (Aultman, 2005).

Studenten krijgen al in de preklinische fase van de opleiding, bijvoorbeeld tijdens colleges of andere onderwijsvormen, te maken met het verborgen curriculum. Het verborgen curriculum speelt een nog grotere rol tijdens de klinische fase van de opleiding (Arnold, 2007; Chuang et al., 2010). Het verborgen curriculum krijgt gestalte in elke interactie die een student heeft met een arts, arts-assistent, verpleegkundige, docent en medestudent; zij zijn voorbeeldfiguren voor de ontvankelijke student. De geneeskundeopleiding en met name de coschappen zijn zo ingericht dat geneeskundestudenten veel leren van voorbeeldfiguren en de invloed van deze voorbeeldfiguren is daarmee erg groot. Bewust en onbewust heeft elk woord, elke lach, elke handeling of juist het ontbreken van een handeling een betekenis (Gofton & Regehr, 2006). Het verborgen curriculum wordt vaak geassocieerd met de overdracht van negatieve cultuuraspecten, maar het kan net zo goed positieve cultuuraspecten overdragen (Aultman, 2005; Chuang et al., 2010).

In paragraaf 4.1 werd gesteld dat het Raamplan een uitdaging vormt voor ruimte voor de zorgethiek. Nu blijkt dat er een nog grotere uitdaging voor de zorgethiek in het verborgen curriculum schuilt. Het Raamplan werkt alleen door in het formele curriculum - het enige geëxpliciteerde curriculum van de drie - maar dit formele curriculum heeft maar weinig invloed op wat voor arts geneeskundestudenten worden als de opleiding afgerond is; de 'kracht' van het verborgen curriculum is vele malen groter. Dit past ook bij het feit dat het verborgen curriculum uit institutionele invloeden bestaat. De institutie is de sociale structuur die bepaalt hoe zorg verleend wordt en is weinig aan verandering onderhevig. Hieruit blijkt dus ook dat er wel degelijk institutionele invloeden op de geneeskundeopleiding zijn en dat deze een grote invloed hebben op de professionalisering van geneeskundestudenten. De rol van voorbeeldfiguren wordt tevens bevestigd in het voorgaande. De interactie tussen docent en student wordt apart beschreven als het informele curriculum maar blijkt ook de lessen van het verborgen curriculum te bepalen. Wat zijn de lessen van het verborgen curriculum?

4.5. De gevolgen van het verborgen curriculum en erosie

Een zoektocht naar de lessen van het verborgen curriculum leverde vooral literatuur over negatieve gevolgen op (Benbassat, 2013; Chuang et al., 2010; Jaye et al., 2006; Lempp & Seale, 2004; Lempp, 2005; Lindberg, 2009; Mahood, 2011; Michalec, 2012; Ozolins et al., 2008; Verdonk et al., 2014). Een frequent terugkomend gevolg is die van 'erosion' - in het vervolg erosie - ofwel het als het ware verweren van verwachtingen, idealen en persoonlijke eigenschappen gedurende de

geneeskundeopleiding (Chuang et al., 2010; Mahood, 2011). Verschillende voorbeelden van erosie zijn al beschreven, zoals het verlies van idealisme, het aannemen van een 'geritualiseerde' professionele identiteit, emotionele neutralisatie, verandering in ethische integriteit, tolerantie voor misbruik en acceptatie van hiërarchie (Gaufberg et al., 2010; Lempp & Seale, 2004; Lempp, 2005). Studenten zouden bekrompen worden, gericht op feiten, niet emotioneel betrokken, cynisch, arrogant en prikkelbaar (Mahood, 2011). Hieronder zullen aan de hand van wetenschappelijke literatuur voorbeelden van oorzaken en gevolgen van erosie beschreven worden. In de vorige paragrafen van dit hoofdstuk was al aandacht voor vier van de vijf eerder geïdentificeerde mogelijke uitdagingen voor de zorgethiek: de zorgende leeromgeving, voorbeeldfiguren, de medische ethiek en institutionele invloeden. De literatuur die hieronder beschreven wordt, geeft meer informatie over de vijfde uitdaging: het verliezen van eigenschappen.

Frictie tussen de lessen van het verborgen curriculum en…

De daadwerkelijke erosie wordt voorafgegaan door veelvuldige dilemma's. Deze dilemma's zijn het gevolg van frictie tussen de lessen van het verborgen curriculum enerzijds en (1) het beeld dat geneeskundestudenten van het artsenberoep hebben, (2) hun eigen ethische integriteit en (3) dat wat ze aangeleerd krijgen in het formele curriculum anderzijds (Gaufberg et al., 2010; Lempp & Seale, 2004; Lempp, 2005).

…het beeld dat geneeskundestudenten van het artsenberoep hebben (1)

De meeste geneeskundestudenten hebben een beeld van wat het betekent om arts te zijn voordat ze aan de opleiding beginnen. Dit beeld kan gebaseerd zijn op persoonlijke ervaringen, de maatschappelijke visie, de media, et cetera. Zodra studenten aan de opleiding beginnen, wordt dit beeld omgevormd door de praktijk. Jaye, Egan en Parker (2006) wijzen op de spanning tussen wat enerzijds de humanistische waarden van het artsenberoep worden genoemd en anderzijds de waarden die zich in de zorgpraktijk tonen. Onder humanistische waarden verstaan Jaye et al. dan, zich baserend op verschillende bronnen: een arts moet patiëntgericht, eerlijk, integer, altruïstisch, ethisch, zorgend, reflexief en respectvol zijn en evidence-based, veilige en competente zorg met compassie verlenen. Emotionele afstand, antipathie voor zwakte, competitie, mannelijkheid, activisme, conservatisme, tunnelvisie en zelfverwaarlozing zijn volgens Jaye et al., tevens refererend naar verschillende bronnen, de waarden die zich in de zorgpraktijk tonen. Cribb en Bignold (1999) wijzen op het contrast tussen deze verschillende waarden en dat dit bij een geneeskundestudent tot interne conflicten kan leiden.

…hun eigen ethische integriteit (2)

Uit verschillende bronnen blijkt bovendien dat geneeskundestudenten tijdens coschappen, onder tijdsdruk en met een machteloos gevoel, vier tegenstrijdige doelen na zouden moeten streven: samenwerken, zorgen voor de patiënt, klinisch presteren en goede cijfers halen (Chuang et al., 2010; Gaufberg et al., 2010; Jaye et al., 2006). Volgens Mahood (2011) kan dit leiden tot handelingen waar studenten niet trots op zijn: net doen alsof ze patiënten onderzoeken, het verzinnen van gegevens over vitale functies, het negeren van besmetting, informed consent verkrijgen zonder de patiënt goed voorgelicht te hebben, informatie achterhouden voor de patiënt, et cetera. Benbassat (2013) heeft verschillende empirische studies gevonden die erop wijzen dat geneeskundestudenten vaak te maken krijgen met morele dilemma's die een beroep doen op de ethische integriteit van de geneeskundestudent. In de meeste gevallen is de student zich bewust van wat het 'goede' is om te doen, maar voelt hij of zij een bepaalde druk die hem of haar tegenhoudt dit te doen. Een

beoordeling of het erbij willen horen zijn voorbeelden van factoren die deze druk uitoefenen. Volgens het empirische onderzoek van Witte, Stratton en Nora (2006) krijgen studenten tijdens coschappen soms een betere beoordeling wanneer ze op tijd komen, een flexibele en dienstbare houding aannemen en kleine fouten verdoezelen dan wanneer ze vasthouden aan hun eigen integriteit en die van de patiënt.

…dat wat ze aangeleerd krijgen in het formele curriculum (3)

De voorbeeldfunctie van artsen speelt een belangrijke rol. Volgens Mahood (2011) en de empirische studie van Jaye et al. (2006) geven studenten aan dat, hoewel ze formeel de meeste kennis op zouden doen in de pre-klinische jaren, ze het meeste leren over hoe een dokter te zijn in de praktijk, door simpelweg te kijken naar hoe artsen, hun voorbeelden, het doen. Wat studenten leren in de pre-klinische jaren kan verschillen van hoe artsen in de praktijk handelen. De praktijk blijkt van doorslaggevende invloed te zijn op de professionalisering van geneeskundestudenten. Waar het formele curriculum erop gericht kan zijn studenten iets bij te brengen over patiëntgerichte zorg, collegialiteit en interdisciplinaire samenwerking, kunnen artsen die grappen maken over een patiënt in het bijzijn van een geneeskundestudent en de hiërarchie in het ziekenhuis het formele curriculum ondermijnen. Met andere woorden: als geneeskundestudenten geleerd krijgen aandacht aan een patiënt te besteden, maar ze zien artsen dat niet doen in de praktijk, dan is de kans groot dat studenten het gedrag van de arts nabootsen en het als professionele norm internaliseren (Jaye et al., 2006; Mahood, 2011). In het onderzoek van Gaufberg et al. (2010) geven studenten zelf aan dat het ze opvalt dat ze emotioneel steeds vlakker worden ten opzichte van het leed van patiënten en dat ze patiënten dehumaniseren, omdat ze de voorbeelden die ze krijgen, volgen. Afstand ten opzichte van de patiënt is, als les binnen het verborgen curriculum, een kenmerk van de professionele autoriteit van artsen, maar Michalec beargumenteert dat dit ten koste gaat van het empathisch vermogen van studenten “due to a corrosion of their ability to take others’ perspectives” (Michalec, 2012).

Benbassat (2014) spreekt een negatief oordeel uit over het onderwijskundige fenomeen van voorbeeldfiguren, als het betekent dat studenten klakkeloos “undesirable practices, such as doctor-centered patient interviewing, and unintended institutional norms, such as discrimination between private and public patients” imiteren. Empirisch onderzoek laat zien dat studenten zich ook positief uitspreken over hun voorbeeldfiguren (Gaufberg et al., 2010; Karnieli-Miller, Vu, Holtman, Clyman, & Inui, 2010; Lempp & Seale, 2004). Gaufberg et al. (2010) gebruikten papers, geschreven door derdejaars geneeskundestudenten, om inzicht te krijgen in het verborgen curriculum van de opleiding. In deze papers ontdekten ze vier overkoepelende thema’s, waaronder voorbeeldfiguren. Zo staat in het artikel een quote van een student die onder de indruk is van de arts die hem of haar begeleidt:

> The fact that this doctor cared so much for his patients that he would visit them on a weekend before an out-of-town trip was the most surprising part of this experience. Maybe it was less of a surprise or shock and more of an awestruck admiration that comes when you find a role model in your future career - someone you want to be like when you “grow up” to be a doctor. (Gaufberg et al., 2010)

Conclusie

Het meest opvallende aan al deze literatuur is dat de inhoud ervan van toepassing lijkt te zijn op alle geneeskundestudenten. Als echter alle studenten hun idealen verliezen, een geritualiseerde professionele identiteit aannemen, emotioneel afvlakken, hun empathie verliezen, hun eigen

ethische integriteit los moeten laten, patiënten dehumaniseren, antipathisch voor zwakte worden, cynisch worden et cetera, dan zou er weinig te waarderen overblijven in onze artsen. Door erosie op deze manier op te sommen krijgt het een negatieve connotatie. Dat veel van deze onderwijskundige verschijnselen in empirisch onderzoek door geneeskundestudenten worden aangekaart, wil niet zeggen dat erosie bij iedereen in dezelfde mate optreedt. Zo hangt het bijvoorbeeld af van de precieze idealen die een geneeskundestudent van het artsenberoep heeft. Zijn deze idealen per definitie gelijk aan de zogenaamde humanistische waarden, of is dit niet zo zwart wit? In hoeverre is iemand gevoelig voor hiërarchie en macht en wil hij zich graag aanpassen en erbij horen? Bovendien kan het juist ook goed zijn als een te betrokken arts in spe tot op een bepaalde hoogte emotionele afstand leert te bewaren. Erosie kan ook als noodzakelijk en natuurlijk worden geacht voor een succesvolle socialisatie en enculturatie tot een arts die kan functioneren binnen onze huidige zorginrichting (Michalec, 2012).

Hoewel de hiervoor weergegeven literatuur een nuance kan gebruiken die toekomstig onderzoek wellicht kan onderbouwen, levert het toch nieuwe inzichten op ten aanzien van mogelijke uitdagingen voor ruimte voor de zorgethiek op de geneeskundeopleiding. Niet alleen wordt bevestigd dat bepaalde eigenschappen van studenten verloren gaan, tevens wordt aangetoond hoe dat gebeurt. Er lijkt een soort blauwdruk (het verborgen curriculum in de vorm van culturele kenmerken, normen en waarden en institutionele invloeden van zorg) te bestaan voor de arts waar studenten tot worden opgeleid, die niet geëxpliciteerd is en daardoor moeilijk aantoonbaar en transparant te maken. Deze blauwdruk kan botsen met verwachtingen, idealen, eigenschappen en de ethische integriteit van studenten en de lessen van het formele curriculum. De blauwdruk is weinig tastbaar, heeft macht en gaat daarom ten koste van formele lessen en kenmerken van studenten die voor de zorgethiek van waarde zouden kunnen zijn. Wat betreft de formele lessen betekent dit dat als er ruimte zou komen voor de zorgethiek binnen het formele curriculum, deze lessen de klinische jaren van de geneeskundeopleiding wellicht niet overleven. Denk bijvoorbeeld aan de kernpunten van de zorgethiek met betrekking tot relationaliteit en emoties, waar geen ruimte voor is als het dehumaniseren van patiënten en het afvlakken van emoties de boventoon voert. Hetzelfde geldt voor bepaalde eigenschappen of een houding die de zorgethiek in artsen waardeert - naast dat zorg, zoals eerder vermeld, ook een praktijk is - zoals empathie, die moeilijk gekoesterd kan worden als empathie binnen het huidige verborgen curriculum verdwijnt.

4.6. Conclusie

Op basis van het voorgaande kunnen nu negen mogelijke uitdagingen voor ruimte voor de zorgethiek worden geformuleerd. De inhoud van het formele curriculum wordt op dit moment voor een groot deel beïnvloed door het Raamplan. Dit Raamplan heeft over het geheel gezien weinig aansluiting met de kernpunten van de zorgethiek (1). De medische ethiek die momenteel onderwezen wordt, lijkt te berusten op de ethiek waar de zorgethiek zich juist tegen afzet (2). Beiden blijken echter slechts een klein deel uit te maken van het leerproces van geneeskundestudenten: er zijn minder tastbare invloeden in het spel die met name in de klinische, praktische jaren een rol spelen en van grote invloed zijn op de professionalisering van geneeskundestudenten. Ruimte voor de zorgethiek binnen het formele curriculum/de pre-klinische, theoretische jaren lijkt daardoor minder betekenisvol (3). Een voorbeeld van een minder tastbare invloed is de medische moraliteit, van toepassing op de gehele medische professie en iets wat studenten op een onbewuste manier ingeprent krijgen. Dit maakt (een zorgethische) grip krijgen op de medische moraliteit een uitdaging (4). Andere voorbeelden van minder tastbare invloeden zijn het informele en verborgen curriculum (5). In deze

curricula zijn voorbeeldfiguren en institutionele invloeden van grote betekenis. Institutionele invloeden (6) werken dus door in de geneeskundeopleiding en zijn weinig tastbaar. Voorbeeldfiguren (7) zijn van grote invloed op de professionalisering van geneeskundestudenten. De grote invloed is het gevolg van een ongelijke machtsverdeling. Vanwege voorgaande minder tastbare invloeden gaan bepaalde eigenschappen van studenten verloren (8). Dit wordt erosie genoemd en is het gevolg van frictie tussen het beeld dat geneeskundestudenten van het artsenberoep hebben, hun eigen ethische integriteit en dat wat ze aangeleerd krijgen in het formele curriculum enerzijds en de lessen van het verborgen curriculum anderzijds. Dit staat het koesteren van bepaalde door de zorgethiek gewaardeerde waarden in de weg. De geneeskundeopleiding lijkt op basis van de criteria van Noddings met betrekking tot regels en eisen en de zorgrelatie tussen docent en student, niet op een zorgende omgeving (9).

Is er daarmee een antwoord gegeven op de hoofdvraag van deze thesis? Om twee redenen denk ik van niet. Ten eerste is maar een deel van de behandelde literatuur Nederlandse literatuur. Van de overige, buitenlandse literatuur is niet duidelijk of deze ook van toepassing is op de Nederlandse geneeskundeopleiding, terwijl de hoofdvraag van deze thesis zich juist en alleen richt op de Nederlandse geneeskundeopleiding. Ten tweede is er het belang dat de zorgethiek hecht aan het empirisch gegrond zijn van moraliteit. Hoewel veel van de in dit hoofdstuk gebruikte literatuur empirische onderzoeken betreft, bestempel ik bepaalde eigenschappen van de geneeskundeopleiding als mogelijke uitdagingen voor ruimte voor de zorgethiek binnen de geneeskundeopleiding op basis van literatuur en niet op basis van empirie. Bovendien gaan alle onderzoeken een stap verder dan open te onderzoeken wat er precies gebeurt op de geneeskundeopleiding. Zo onderzochten Verdonk et al. (2014) het verband tussen stress en gender, Benbassat (2013) wilde de aandacht vestigen op negatieve eigenschappen van de medische leeromgeving, Gaufberg et al. (2010) gaven geneeskundestudenten een definitie van het verborgen curriculum en lieten ze er vervolgens op reflecteren in een paper, et cetera.

Het zou daarom van toegevoegde waarde kunnen zijn een empirisch onderzoek uit te voeren dat zo open mogelijk onderzoekt wat er op de Nederlandse geneeskundeopleiding gebeurt, om daarmee opnieuw tot een typering van de geneeskundeopleiding te komen zoals in dit hoofdstuk reeds werd getracht te maken. De beoogde opbrengst is de tot nu toe gevonden uitdagingen mogelijk te bevestigen, ontkrachten, wijzigen en/of aan te vullen.

5. Zorgethisch kwalitatief empirisch onderzoek

In dit hoofdstuk zal een kwalitatief empirisch onderzoek binnen de Nederlandse geneeskundeopleiding worden beschreven, met als uiteindelijk doel antwoord te geven op de deelvragen 4a en 4b. Achtereenvolgens wordt er stilgestaan bij methodische overwegingen (5.1), het conceptuele raamwerk en sensitizing concepts (5.2), de uitgevoerde analyse (5.3) en de kwaliteit van het onderzoek (5.4). In hoofdstuk 5.5 zullen de feitelijke uitkomsten van het onderzoek worden beschreven, gevolgd door een zorgethische reflectie op deze uitkomsten (5.6), de conclusie (5.7) en vragen rondom generaliseerbaarheid (5.8).

5.1. Methode: onderzoekseenheid, dataverzameling en ethische overwegingen

Het te onderzoeken fenomeen betreft hier de Nederlandse geneeskundeopleiding. Uit verschillende empirische bronnen blijkt dat geneeskundestudenten zich bewust zijn van (ook de minder tastbare invloeden op) de geneeskundeopleiding en goed in staat zijn hierop te reflecteren (Gaufberg et al., 2010; Jaye et al., 2006; Karnieli-Miller et al., 2010; Lempp & Seale, 2004; Michalec, 2012; Ozolins et al., 2008; Verdonk et al., 2014; Weaver, Peters, Koch, & Wilson, 2011). Wat geneeskundestudenten verder een goede informatiebron over het te bestuderen fenomeen maakt, is dat zij zich nog midden in de opleiding bevinden, in tegenstelling tot artsen, voor wie de basisopleiding langer geleden is. Daardoor moet er in het geval van artsen een groter beroep worden gedaan op het geheugen. Mensen die een aantal jaar geneeskunde hebben gestudeerd maar voortijdig gestopt zijn, vallen tevens buiten de onderzoekspopulatie. Ook zij bevinden zich niet meer midden in de opleiding en bovendien kunnen negatieve ervaringen met de geneeskundeopleiding reden zijn geweest om te stoppen met de opleiding. Overheersend negatieve ervaringen geven mogelijkerwijs een minder genuanceerd beeld van de geneeskundeopleiding. Mensen die op één of andere manier iets te maken hebben met de geneeskundeopleiding (docenten, studieadviseurs, familie en vrienden van geneeskundestudenten) vallen ook buiten de onderzoekspopulatie, omdat deze de geneeskundeopleiding niet ‘aan den lijve’ ondervinden zoals geneeskundestudenten dat wel doen.

In het bepalen van de onderzoekseenheid van een kwalitatief onderzoek schuilt een verschil tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Kwantitatief onderzoek is gericht op statistische generaliseerbaarheid en eventuele herhaalbaarheid en daarom staan grote gerandomiseerde aantallen centraal. Kwalitatief onderzoek kiest zijn onderzoekseenheid niet uit op aantallen maar op rijkheid van een casus: dit wordt ‘purposeful sampling’ genoemd (Patton, 2002). Een aantal geneeskundestudenten van dezelfde faculteit kunnen de geneeskundeopleiding - weliswaar op één locatie - ‘rijker’ belichten dan hetzelfde (per faculteit kleinere) aantal geneeskundestudenten van verschillende faculteiten. Dat laatste zou vooral interessant zijn om een vorm van (statistische) generaliseerbaarheid te bereiken die in kwantitatief onderzoek centraal staat (zie paragraaf 5.8). Hoewel dit onderzoek poogt een uitspraak te doen over de geneeskundeopleiding in heel Nederland, is het bestek van deze thesis te klein om alle medische faculteiten in Nederland grondig en ‘rijk’ te onderzoeken. Het levert daarom binnen het kleine bestek van deze thesis meer op één medische faculteit uit te lichten. De medische faculteit die in dit onderzoek uitgelicht wordt, is die in Utrecht. De keuze voor deze plaats heeft vooral praktische redenen gehad: vanwege contact met voormalig medestudenten was het makkelijker respondenten te vinden en Utrecht is centraal gelegen en dus goed te bereizen.

Omdat de pre-klinische fase verschilt van de klinische fase van de opleiding is er voor gekozen alleen vierde-, vijfde- of zesdejaarsstudenten te benaderen opdat respondenten met beide

fasen ervaring hebben. In eerste instantie is een oproep geplaatst op social media (zie bijlage 1). Elke jaarlaag van de geneeskundeopleiding heeft een eigen pagina op Facebook met gemiddeld zo'n 300 leden. Een oproep op de pagina's van jaar vier, vijf en zes van de geneeskundeopleiding in Utrecht zou in theorie dus onder de aandacht kunnen komen van zo'n 900 geneeskundestudenten. In de oproep werd gevraagd naar eventuele ervaring met extracurriculaire activiteiten die zich bezighouden met de inrichting van het onderwijs, zoals de Jaarvertegenwoordiging. De reden hiervoor was dat dergelijke respondenten mogelijk meer dan de gemiddelde student kunnen reflecteren op het onderwijs binnen de geneeskundeopleiding. Dit was overigens geen vereiste. Helaas leverde deze oproep slechts drie respondenten op. Vervolgens is daarom aan voormalig medestudenten, vrienden, familie en de reeds betrokken respondenten het voorgaande uitgelegd en gevraagd of zij mij aan mogelijke respondenten konden helpen. Dit leverde in korte tijd nog zeven respondenten op.

De data zijn verzameld middels semigestructureerde interviews. Dat wil zeggen dat er een topiclist is opgesteld (op basis van het vooronderzoek in hoofdstuk 2, 3 en 4), in combinatie met een aantal inleidende zinnen en optionele vragen, die gedurende de interviews bij de hand werd gehouden (zie bijlage 2). De interviews zijn opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Gedurende het eerste contact met de respondenten zijn ze geïnformeerd over de inhoud en het beloop van zowel het interview als het onderzoek met betrekking tot privacy en anonimiteit. Voor aanvang van het interview zijn de respondenten nogmaals schriftelijk van deze informatie voorzien (zie bijlage 3). Als de respondent zich in de voorgestelde gang van zaken kon vinden, is hem of haar gevraagd schriftelijk toestemming te geven de data, verzameld tijdens het interview, te gebruiken voor het onderzoek. Alle respondenten hebben hiermee ingestemd en het formulier ondertekend. Vanwege privacy overwegingen zijn deze ondertekende formulieren niet aan het bestand met bijlagen toegevoegd.

In eerste instantie werd er één interview gehouden en getranscribeerd, waarna ik voorzien werd van met name interviewtechnische feedback door eerste en tweede thesisbegeleider. Vervolgens hebben er vier interviews plaatsgevonden, met nog één respondent achter de hand voor een eventueel zesde interview. Er is gekozen voor maximaal zes interviews vanwege het bestek van deze thesis. De reden om één respondent achter de hand te houden, was om deze in te zetten in het geval ik nog aanvullende vragen had willen stellen naar aanleiding van de eerste vijf interviews. Dit bleek niet meer nodig te zijn. Hieronder volgt een schematisch overzicht van de uiteindelijke vijf respondenten.

Respondent nr.	**M/V**	**Leeftijd**	**Opleidingsjaar**	**Motivatie deelname**
1	V	22	5	Twijfels over de opleiding gehad, daardoor bewust gereflecteerd op de opleiding.
2	V	23	4	Actief beziggehouden met de inrichting van het geneeskundeonderwijs door activiteiten bij een Studentenplatform.
3	M	22	5	Benaderd door respondent 1.
4	M	25	5	Benaderd door de onderzoeker.
5	V	21	4	In een opleidingsjaar in de Jaarvertegenwoordiging gezeten.

5.2. Conceptueel raamwerk

Voor het verzamelen en analyseren van de onderzoeksdata is gebruikt gemaakt van de 'Grounded Theory' benadering (vanaf nu geduid als GT). Vanwege het kleine bestek van deze thesis dient de grondslag van GT als analyse tool - een volledig GT onderzoek zou jaren in beslag nemen. GT werd voor het eerst geïntroduceerd in 1967 door Glaser en Strauss in hun boek *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Door middel van een GT onderzoek zou een theorie geformuleerd kunnen worden die een sociaal verschijnsel kan verklaren (Glaser & Strauss, 1967). In tegenstelling tot het deductieve karakter van kwantitatief onderzoek - een vooraf opgestelde hypothese wordt getest in verzameld onderzoeksmateriaal - werd met de GT van Glaser en Strauss een meer inductieve onderzoeksmethode geïntroduceerd en het kwalitatieve onderzoek op de kaart gezet als systematische en navolgbare onderzoeksstrategie (De Boer, 2011). Inductief wil zeggen dat "the patterns, themes, and categories of analysis come from the data; they emerge out of the data rather than being imposed on them prior to data collection and analysis" (Patton, 1980). Na verschijning van dit eerste werk over GT scheidden de wegen van Glaser en Strauss zich en ontstonden er twee stromingen binnen GT. Strauss heeft zich toegelegd op het verder uitwerken van de systematiek van de GT benadering (Strauss, 1987). Zijn ontwikkelde methodologie heeft veel navolging gekregen en inmiddels bestaan er binnen de noemer van GT verschillende benaderingen, terug te vinden in het werk van Clarke (2005), Charmaz (2006) en Corbin (2008).

Deze auteurs - en dan met name Glaser en Strauss (1967), Charmaz (2006) en Corbin (2008), samengevat in het artikel van De Boer (2011) - benoemen vijf kenmerken van GT[1]: het cyclische karakter, de constante vergelijking, het schrijven van memo's, 'theoretical sampling' en het toetsen aan wetenschappelijke literatuur (Charmaz, 2006; Corbin & Strauss, 2008; De Boer, 2011; Glaser & Strauss, 1967). Het doel van analyse volgens GT is het ontdekken van concepten en thema's in het onderzoeksmateriaal, die de basis vormen van een uiteindelijke theorie.

De inductieve aard van de GT benadering verlangt van de onderzoeker dat hij of zij geen vooraf geformuleerde hypothesen op de onderzoeksdata toepast, zoals dat bij kwantitatief onderzoek wel gebeurt. Desalniettemin kunnen bepaalde concepten, bijvoorbeeld geformuleerd op basis van bestudeerde literatuur, gebruikt worden als een springplank om de analyse van verzamelde data in te kaderen en de onderzoeksvraag te beantwoorden (Bowen, 2006). Dergelijke attenderende begrippen of 'sensitizing concepts' zijn volgens Patton (2002) "a starting point in thinking about the class of data of which the social researcher has no definite idea and provides an initial guide to her research". Voor dit onderzoek zijn sensitizing concepts geformuleerd naar aanleiding van het conceptuele deel van deze thesis, zoals beschreven in hoofdstuk 2, 3 en 4. Deze sensitizing concepts zijn in navolging van Bowen gebruikt als een springplank en hebben een rol gespeeld in de voorbereiding op de interviews, bij het afnemen van de interviews en gedurende de analyse van de verzamelde data.

SENSITIZING CONCEPTS			
Het formele curriculum	Het informele curriculum	Het verborgen curriculum	Theoretisch onderwijs
Praktijkonderwijs	Coschappen	Medische ethiek	Medische moraliteit
Het Raamplan	Voorbeeldfiguren	Docenten	Medestudenten
Enculturatie	Socialisatie	Institutie	Systeem
Erosie	Frictie	Verwachtingen vs praktijk	Positieve leerervaringen
Negatieve leerervaringen	Goede zorg	Goede arts	Zorgethiek
Andere moreel geluid	Geslachtsbias	Relationaliteit	

5.3. Analyse

Binnen deze thesis is het ontwikkelen van een alomvattende theorie die de geneeskundeopleiding als sociaal fenomeen kan verklaren niet haalbaar. Desalniettemin is de GT benadering ingezet als analysetool om concepten en thema's, die de geneeskundeopleiding kenmerken volgens de geïnterviewde geneeskundestudenten, in het onderzoeksmateriaal te ontdekken. Er heeft slechts één ronde van dataverzameling plaatsgevonden, maar tussen het afnemen, transcriberen en analyseren van de vijf interviews heeft de onderzoeker aantekeningen gemaakt in een logboek (zie bijlage 4) om eerste ideeën en gedachtesporen vast te leggen, die vervolgens werden meegenomen in het afnemen, transcriberen en analyseren van een volgend interview. Ook de feedback van eerste en tweede thesisbegeleider naar aanleiding van het eerste interview werd genoteerd en meegenomen in de daaropvolgende interviews.

De transcripten zijn in eerste instantie frequent doorgelezen opdat ik de data mij eigen kon maken. Voor de praktische uitvoering van de analyse is gebruik gemaakt van het boek *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen* van Hennie Boeije (2005). "Hoofdactiviteit in de analyse is het coderen. Coderen is ontwikkeld als techniek in de gefundeerde theoriebenadering en is later steeds meer verfijnd." (Boeije, 2005). Coderen wordt inderdaad gebruikt als hulpmiddel bij het analyseren binnen GT, maar omdat er inmiddels verschillende varianten binnen GT bestaan, is er geen uniforme manier van coderen beschreven. Om die reden is ervoor gekozen het boek van Boeije aan te houden. Boeije berust zich op het werk van Strauss en Corbin die drie typen codering onderscheiden: open, axiale en selectieve codering (Boeije, 2005). Open coderen houdt in dat de verzamelde data opgesplitst worden in fragmenten. Aan elk (relevant) fragment worden één of meerdere codes toegevoegd. De code is dan "een samenvattende notatie […], waarin de betekenis van het fragment wordt uitgedrukt" (Boeije, 2005). Het formuleren van codes heeft zoveel mogelijk 'in vivo' plaatsgevonden, dat wil zeggen dat getracht is zo dicht mogelijk bij de woorden van de respondenten te blijven. In deze fase heb ik frequent vergelijkingen gemaakt met andere tekstregels, tekstfragmenten of interviewtranscripten om te bezien of reeds geformuleerde codes op andere plaatsen konden worden ingezet. In deze en volgende fasen zijn - naast het logboek - ook ideeën en gedachtesporen opgeschreven in memo's.

Na deze eerste ronde van open coderen zijn vijf mensen in mijn directe omgeving (zogenaamde 'peers') gevraagd ieder een interviewtranscript met open coderingen door te lezen, als een vorm van triangulatie (zie paragraaf 5.4.2). Er is om twee redenen voor gekozen deze mensen de

interviewtranscripten mét open coderingen van de onderzoeker te laten controleren en niet zelf volledig open te laten coderen. Ten eerste omdat er anders teveel codes zouden ontstaan; codes die mogelijk ongeveer dezelfde betekenis hebben maar net anders geformuleerd zijn. Ten tweede zou het veel meer tijd kosten; tijd die deze mensen niet hadden en tijd waarin ik niet verder kon met het onderzoek. Slechts één persoon was ervaren op het gebied van open coderen. De anderen zijn hierover geïnformeerd door middel van hoofdstuk 4.1.1 uit het boek van Boeije. Geen van de personen was zelf bekend met de geneeskundeopleiding. Ook de eerste en tweede thesisbegeleider zijn in deze fase betrokken geweest. De eerste thesisbegeleider heeft zelf een aantal pagina's open gecodeerd en hierin waren weinig verschillen met eigen codes te ontdekken. De tweede thesisbegeleider benadrukte met name dat er geen goede of foute coderingen zijn.

Deze 'controle ronde' leverde een aantal nieuwe codes en ideeën op. Er ontstonden met name ook al ideeën over mogelijke thema's en conclusies. Deze zijn terug te vinden in het logboek en besproken met eerste thesisbegeleider. De getranscribeerde interviews met open coderingen van de onderzoeker en de eventuele aanpassingen na controle zijn te vinden in bijlage 5. De definitieve lijst met open codes vormt bijlage 6 en de besluitvorming hierover valt terug te lezen in de memo's en het logboek. In feite kunnen dit geen open codes meer worden genoemd omdat met het controleren van de geformuleerde codes reeds aan de fase van het axiale coderen was gestart. "Axiaal coderen is een manier om de codes uit de eerste fase te ordenen." (Boeije, 2005). Codes worden op juistheid en relevantie gecontroleerd en er wordt een hiërarchie in aangebracht. Dit levert al eerste mogelijke thema's op en kan er ook voor zorgen dat er onderwerpen verdwijnen (Boeije, 2005). De codebomen of clusters die deze fase heeft opgeleverd, staan weergegeven in bijlage 7. Een beschrijving van de inhoud van de verschillende clusters wordt gegeven in bijlage 8. Tot slot werd er selectief gecodeerd, waarbij de nadruk ligt op "integratie en het leggen van verbanden tussen de categorieën" (Boeije, 2005). Met behulp van overleg met peers en begeleiders en alle eigen ideeën en gedachtesporen, geformuleerd in memo's en logboek, zijn de clusters geïntegreerd tot vier thema's die niet alleen de inhoud van het onderzoeksmateriaal representeren, maar ook relevant zijn voor de onderzoeksvraag van deze thesis. De opbouw van de verschillende thema's door middel van integratie van de verschillende clusters staat kort weergegeven in bijlage 9.

5.4. Kwaliteit van het onderzoek

5.4.1. Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid heeft in het klassieke, kwantitatieve onderzoek betrekking op het voor het onderzoek gebruikte meetinstrument. Hoe betrouwbaar is het meetinstrument, oftewel zal het onafhankelijk van de omstandigheden altijd hetzelfde meten? In kwalitatief onderzoek kan men zeggen dat de onderzoeker het meetinstrument is (Patton, 2002; Starks & Trinidad, 2007). Zoals Tufford en Newman (2010) betogen: "This subjective endeavor entails the inevitable transmission of assumptions, values, interests, emotions and theories (hereafter referred to collectively as preconceptions), within and across the research project. These preconceptions influence how data are gathered, interpreted, and presented." (Tufford & Newman, 2010). Daarom is het voor de betrouwbaarheid van een kwalitatief onderzoek van belang stil te staan bij de persoon die het onderzoek uitvoert en de 'preconceptions' of vooroordelen die hij of zij heeft.

Het feit dat ik onderzoeker én voormalig geneeskundestudent ben, zorgt ervoor dat de grens tussen het 'emic perspective' en 'etic perspective' vervaagt. Het emic perspective staat voor "het perspectief van de onderzochte personen waarnaar kwalitatief onderzoekers op zoek zijn" (Boeije, 2005) of in dit geval geneeskundestudenten, en het etic perspective staat voor "het perspectief van

de onderzoeker en zijn theoretische invalshoek" (Boeije, 2005). Het voordeel van het emic perspective is dat het informatie aan het licht kan brengen die voor een buitenstaander niet zichtbaar is terwijl het voordeel van het etic perspective is dat het informatie aan het licht kan brengen waar de onderzochte personen zich niet bewust van zijn (Patton, 2002). "Methodologically, the challenge is to do justice to both perspectives during and after fieldwork and to be clear with one's self and one's audience how this tension is managed." (Patton, 2002). Het recht doen aan beide perspectieven heb ik als het moeilijkste onderdeel van dit onderzoek ervaren. Ik heb enorm getwijfeld over of ik wel recht deed aan het emic perspective van de geïnterviewde geneeskundestudenten en tegelijkertijd of het me wel lukte om als voormalig geneeskundestudent het etic perspective van een onderzoeker te creëren. Had mijn eigen emic perspective niet de overhand? Mijn eigen 'preconceptions' zijn vooral negatief van aard, omdat mijn ervaringen met de geneeskundeopleiding meer negatief dan positief zijn geweest. Hierdoor voelde ik meer sympathie voor het verhaal van de ene respondent dan de ander en merkte ik soms dat ik op zoek ging naar bevestiging van mijn eigen ervaringen. Maar ik zie ook voordelen in van persoonlijke ervaring met het bestudeerde fenomeen. Het maakte mij gevoelig voor zoekrichtingen bij het vinden van antwoorden en ik kreeg vaak de indruk dat de geïnterviewde studenten mij meer vertelden omdat ze door iemand werden geïnterviewd waarvan ze wisten dat die al enige kennis had over de geneeskundeopleiding.

Een manier om de invloed van deze spanningen en vooroordelen op de verzameling, interpretatie en presentatie van de data te verkleinen (uitsluiten lijkt niet haalbaar) is 'bracketing' of het tussen haakjes zetten van kennis en verwachtingen (Boeije, 2005). Deze strategie wordt vooral bij fenomenologisch onderzoek ingezet (Patton, 2002). Volgens Tufford en Newman (2010) is bracketing "a method used by some researchers to mitigate the potential deleterious effects of unacknowledged preconceptions related to the research and thereby to increase the rigor of the project." (Tufford & Newman, 2010). Er bestaat geen consensus over de precieze definitie van bracketing, wie moet 'bracketen' in een onderzoek (onderzoeker, respondent of beiden) en hoe bracketing uitgevoerd moet worden (Tufford & Newman, 2010). Bracketing vraagt bovendien om een bepaalde mate van zelfreflecterend vermogen van de onderzoeker dat de ene persoon van nature meer bezit dan de ander (Tufford & Newman, 2010). Het belangrijkste is daarom dat de onderzoeker transparant is "about the process of bracketing so that others can observe and understand the rules of the game so the researcher can legitimately use the word" (Beech, 1999). Tufford en Newman (2010) beschrijven drie verschillende vormen van bracketing[2], namelijk het schrijven van memo's, het houden van 'bracketing interviews' en het bijhouden van een logboek. In dit onderzoek is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van alle drie de methoden. Immers, "the methods of bracketing are not mutually exclusive and may complement one another" (Tufford & Newman, 2010). Zoals verwoord in hoofdstuk 5.3 zijn er memo's geschreven gedurende het analyseren van de data. De 'bracketing interviews' hebben niet als zodanig plaatsgevonden, maar in gesprekken met mijn thesisbegeleider werd het mij soms duidelijk waarin ik bevooroordeeld was. Dit heb ik, in de vorm van een soort autobiografisch verhaal, opgeschreven voor aanvang van de interviews (zie bijlage 10). Ten derde ben ik, tevens voor aanvang van de interviews, gestart met het bijhouden van een logboek (zie bijlage 4).

5.4.2. Geldigheid

Triangulatie is een methode om de geldigheid van onderzoeksresultaten kracht bij te zetten ofwel de validiteit van het onderzoek te vergroten. Vormen van triangulatie zijn de data verzamelen met

behulp van meerdere onderzoekers, op verschillende manieren (observeren, interviewen, et cetera) en de data door meerdere onderzoekers te laten analyseren (Patton, 2002). Van dat laatste is sprake aangezien zowel thesisbegeleiders als peers mee geanalyseerd hebben. Omdat er vanuit meerdere perspectieven - zorgethische en wetenschappelijke bronnen - op de data wordt gereflecteerd, is theoretische triangulatie ook van toepassing op dit onderzoek. Van andere vormen van triangulatie is geen sprake omdat ik de data alleen en slechts op één manier (interviews) verzameld heb.

5.5. De uitkomsten

In dit hoofdstuk worden de thema's, die in het onderzoeksmateriaal zijn ontdekt aan de hand van de hiervoor beschreven analyse, beschreven en toegelicht aan de hand van citaten. Reflectie op de thema's wordt zoveel mogelijk uitgesteld tot hoofdstuk 5.6. Het gaat om de volgende vier thema's:

- Het unieke en particuliere van de geneeskundestudent
- Geven en nemen in een veilige leeromgeving
- De "Raamplan-arts"
- Een medisch ethisch discours

Het unieke en particuliere van de geneeskundestudent

Dit thema wordt als eerste vermeld omdat het doorwerkt in de andere thema's: het verklaart de variatie in sommige bevindingen. Het spreekt misschien voor zich, maar van de geïnterviewde geneeskundestudenten is elke respondent een uniek individu. Elke respondent heeft zijn of haar eigen, particuliere combinatie van persoonlijkheid, verwachtingen van en visie op de opleiding en motivaties om geneeskunde te studeren en arts te worden. Dat zal hieronder eerst voor elke respondent zo beknopt mogelijk weergegeven worden met een citaat ter illustratie. Dit is tevens een manier om de vijf respondenten enigszins te leren kennen.

Respondent 1 (R1): iemand die het belangrijk vindt haar eigen stijl te vinden in de dokter die ze wordt en niet in het hokje van een arts geduwd wil worden.

> "Als ik weer verder kom in de studie, weer een coschap, nu ook weer coschap huisarts, en ik dacht eigenlijk toen ik had besloten om door te gaan, dacht ik oh dan word ik gewoon huisarts. Dan heb ik lekker mijn eigen praktijk, lekker een beetje mijn eigen stijl van dokter zijn, maar ik merk nu ook dat ik toch niet weet of dat het is."

Respondent 2 (R2): iemand die benadrukt dat docenten/begeleiders er zijn om studenten iets te leren en daarom aan de hand genomen wil worden in haar leerproces.

> "Ik denk dat begeleiders een hele belangrijke rol zouden kunnen en moeten spelen maar dat dat nu dus nog wel eigenlijk te weinig is. En dat is eigenlijk, nouja best wel slecht natuurlijk omdat we tijdens coschappen heel vrijgelaten worden en dat is het moment waarop je in de praktijk dingen zou moeten leren en dingen zou moeten zien, maar daar word je niet echt bij aan de hand genomen."

Respondent 3 (R3): iemand die zelf bepaalt wat hij leert van zowel positieve als negatieve voorbeeldfiguren om de arts te worden die hij zelf wil worden.

> "Daarom is het goed om met verschillende artsen mee te lopen, dat je dus ziet van, nou deze arts die doet het zo en een andere arts die pakt het zo aan, dat je dan ook gaat kijken van, wat wil ik nou meenemen voor mezelf, hoe wil ik zelf later worden."

Respondent 4 (R4): iemand voor wie arts worden een jongensdroom was. Zoals hij zelf zegt heeft hij last van een 'redderscomplex' en wil graag de beste zijn. Voor hem is dat werken in een traumahelikopter.

> "Dat is altijd een beetje een jongensdroom geweest, nog steeds wel een beetje hoor. Ik bedoel, later als ik groot ben… haha wil ik heel graag op de heli, dat lijkt me heel mooi, traumahelikopter. […] Ik heb er ook over nagedacht om bijvoorbeeld ambulance verpleegkundige te worden maar, ja, dat is toch een niveautje lager."

Respondent 5 (R5): iemand voor wie langdurig patiëntencontact belangrijk is waarin wel altijd voor ogen moet worden gehouden wat het doel van een arts is.

> "Wat me nu heel leuk lijkt aan huisarts is dat je mensen wat beter kent en wat langduriger relatie, wat meer een aanspreekpunt bent en dat het ook gewoon heel erg breed is wat je allemaal ziet en wat je allemaal doet. […] Je moet er ook niet te betrokken bij zijn, je moet niet je gevoelens mee laten doen. […] Dus ook niet van we gaan heel uitgebreid praten over nou wat is er gister in het nieuws gebeurd ofzo, wel gewoon een beetje to the point, jij wil iets weten, ik wil iets weten, hoe het met jou gaat, dus wel gewoon echt interesse in iemand, maar wel met een doel eigenlijk, ja."

De geneeskundestudent is ook uniek en particulier in de idealen die hij er op nahoudt over de zorgpraktijk. Deze idealen zijn uniek in de zin dat ze niet door iedereen gedeeld lijken te worden: de student ziet ze zelden terug in of bevestigd worden door die betreffende praktijk.

> R4: "[…] ik denk dat je vanuit de patiënt moet denken en ik denk dat het merendeel van onze zorg vanuit de arts wordt gedacht, meer ook vanuit het zorgproces, hè hoe kunnen we het zorgproces zo optimaal mogelijk vormgeven terwijl het natuurlijk veel interessanter is hoe kunnen we het voor de patiënt zo minst ingrijpend mogelijk maken en dat is denk ik wel iets wat eigenlijk in iedere sector wel is doorgedrongen hè, de klant als middelpunt, maar in de zorg nog niet echt. Nee."

> R1: "[…] ik denk dat een goede dokter veel meer, echt veel meer bestaat uit een soort vertrouwen en communicatie en bezig zijn met wat een patiënt wil en wie er voor je zit en niet ziekte A bestrijden met middel B en dan maar zien of het lukt, en als het niet lukt dan gaat diegene dood of probeer je middel C zeg maar […]"

Volgens deze respondenten zou de patiënt veel meer centraal moeten komen staan in het zorgproces. Een andere respondent heeft hier ook mooie ideeën over maar is tegelijkertijd realistisch over de beperkingen die er in de zorgpraktijk aanwezig zijn en waarschuwt voor 'utopieën'.

> R3: "Ja, goede zorg, wat is goede zorg? Dat is lastig hoor, ja ik denk dat het voor elke patiënt anders is maar, ja, het liefst zou je zien dat iedereen tevreden je spreekkamer verlaat, dan heb je goede zorg geleverd, maarja dat is een utopie. […] Goede zorg dat kun je in je hoofd

> hebben, een idee daarover maar, soms is de praktijk toch weer anders omdat er bijvoorbeeld geen geld is of geen tijd is."
> EvR: "Zou dat er dan wel moeten zijn?"
> R3: "Soms wel maar dan moet je soms gewoon ook genoegen nemen met, nou de zorg is goed genoeg weet je wel, in Nederland hebben wij echt hele goede zorg hoor. Ik denk dat wij echt wel tevreden mogen zijn maar tuurlijk, het kan altijd nog beter."

De respondenten merken op dat waar er ruimte is voor verbetering in de zorgpraktijk ze dit al - langzaam - zien veranderen. Er zijn verschillende factoren van invloed op deze veranderingen en de verandering is soms moeizaam.

> R3: "Bij de jongere artsen merk je wel dat ze die communicatielessen gehad hebben, terwijl bij die oudere garde kunnen dingen soms wel bot gezegd worden en ik denk van, nou dat had ik zelf anders gezegd ofzo, ja. Maar ik denk dat er wel een grote verandering gaande is en dat die jonge generatie, merk je wel dat ze daar veel meer mee zijn opgeleid."

> R1: "Bijvoorbeeld communicatie- en coachingslessen maar er blijft, tijdens een coschap worden we opgeleid door hun, beoordeeld door hun dus als wij het niet op hun manier doen dan is het voor hun minder goed. […] Maar we worden door hun opgeleid dus het zal wel veranderen denk ik omdat wij ons daar wel bewust van zijn, maar heel langzaam, omdat dat zijn vaak ook de oudste mensen, de meest hoge piefen die hebben natuurlijk ook hun artsen onder zich, de assistenten onder zich, die dat op hun manier gaan doen. Dat zijn ze ook altijd wel gewend, ze weten misschien ook niet beter, maar dat zal denk ik, als het verandert, heel langzaam veranderen. Zeker denk ik, het hele ziekenhuis, het systeem… een systeem verandert heel langzaam."

Naast deze idealen over de zorgpraktijk valt ook op dat de respondenten allen voor aanvang van de opleiding bepaalde ideeën hadden over de praktijk van het artsenberoep en de zorg. Deze verwachtingen en beelden van de praktijk van het artsenberoep en de zorg zijn inmiddels "bijgeschaafd" (R4) of "genuanceerder" (R3).

> EvR: "Had je een beetje een beeld van wat het is om als arts te werken?"
> R3: "Nee niet zo goed, want als ik het vergelijk met hoe ik erover dacht voordat ik het ging studeren en hoe het in werkelijkheid is dan is het wel anders, maar het is niet minder leuk ofzo."
> EvR: "En hoe is het dan anders?"
> R3: "Nou ik dacht voordat ik eraan begon dat een arts de hele dag levens aan het redden was en heel erg veel met patiënten aan het werk was, maar er komen toch ook wel heel veel andere dingen bij kijken, bijvoorbeeld veel administratie of vergaderingen en andere dingen die een arts moet doen dan dat 'ie echt alleen maar, ja, met patiënten bezig is."

De respondenten hebben veelal een rooskleurig en "heroïsch" (R2) beeld van artsen en verwachten dat ze intensief patiëntencontact hebben waarbij administratie slechts een kleine neventaak is. Ook het aspect van status en hiërarchie wordt in dit kader genoemd.

> R4: "[…] vroeger dacht ik dan misschien hè, als je arts bent, dan ben je, dan ben je arts, dan behoor je tot de club en iedereen gelijk, één grote collega club zeg maar. Maarja als je dan in

> het wereldje komt dan merk je eigenlijk dat er binnen het arts zijn eigenlijk weer een hele samenleving is eigenlijk met ieder z'n eigen status en dingetjes en nou dat je eigenlijk de beroepsgroep die je dan als geheel ziet eigenlijk totaal niet tot één te rekenen is maar juist, ja juist uit zoveel subculturen bestaat dat je eigenlijk weer, ja zoveel verschillende groepen kan onderscheiden."

Geven en nemen in een veilige leeromgeving

Dit thema gaat met name over de verhouding tussen coschapbegeleider en coassistent. Alle respondenten benadrukken het belang van de coschappen in hun leerproces.

> R3: "Ik denk dat het ene niet zonder het andere kan, dus je hebt die theorie nodig om de coschappen goed te kunnen lopen, maar ik merk wel dat je kunt de theorie nog zo goed kennen, maar als je het nooit echt in de praktijk hebt toegepast dan krijg je het toch niet helemaal in de vingers en ik merk wel dat ik door die coschappen echt, ja, die medische kennis echt goed in de vingers krijg zeg maar en dat ik me er vertrouwd bij voel, dat ik het weet dat ik het kan, omdat ik het in de praktijk toegepast heb."

Nog belangrijker misschien is de begeleiding gedurende coschappen.

> R3: "Zij zijn eigenlijk een soort van ambachtsman van wie je het vak eigenlijk moet leren hè. Het is natuurlijk echt een beroep waar je voor hebt gekozen en, ja, zij zijn echt een soort leermeester en jij bent een leerling, dus zo zie ik het. Zij moeten jou die kneepjes van het vak bij gaan brengen, die dingen die je niet uit de boeken kan leren en ook eens zien van, hoe doen zij dat, hoe pakken zij dingen aan en, ja, dat is eigenlijk het belangrijkste van wat je van de artsen moet leren denk ik. Ja."

De respondenten wijzen op de wisselende kwaliteit van begeleiding gedurende coschappen. Ze geven voorbeelden van zowel goede als slechte coschapbegeleiding. Een goede begeleider is een arts die op een bepaalde manier betrokkenheid toont naar de coassistent, bijvoorbeeld door een coassistent wat te doen te geven maar ook de tijd en ruimte te nemen om vragen van de coassistent te beantwoorden. De coassistent voelt zich dan niet onzichtbaar en heeft het gevoel iets bij te kunnen dragen. Een slechte(re) begeleider is kort gezegd een arts die dat niet doet. De coassistent leert dan weinig doordat hij of zij weinig te doen heeft, geen feedback krijgt of niet de mogelijkheid heeft om de begeleider vragen te stellen. Dit kan te maken hebben met de begeleidend arts als persoon, de locatie van het coschap (ziekenhuis, specialisatie, afdeling) maar hoeft niet perse een aanwijsbare reden te hebben.

> EvR: "Hoe is de begeleiding in coschappen?"
> R4: "Varieert. Ik heb kindergeneeskunde gelopen en dat was echt heel goed. Heel betrokken waren ze, ik voelde me ook echt op m'n plek, dan heb je het idee dat je echt wat kunt bijdragen. Maarja andere coschappen, nouja kun je dat veel minder hebben. Ik moet zeggen de vierdejaarscoschappen zijn me wel goed bevallen, voornamelijk psychiatrie en neurologie merk je dat je toch daadwerkelijk wel iets kan bijdragen. Maar als je er een beetje voor jan met de korte achternaam bij zit dan stimuleert dat niet, dan krijg je ook niet de begeleiding die je wilt, je haalt niet het maximale uit je coschap, je leert eigenlijk relatief weinig en wat je leert moet je op eigen initiatief doen. Dus ik denk dat je leerproces eigenlijk valt en staat met je begeleider."

Goede begeleiding betekent ook een “veilige leeromgeving” (R1, R2, R4). Als de leeromgeving niet veilig is durft de coassistent geen vragen te stellen omdat deze bijvoorbeeld als dom worden bestempeld en worden afgestraft…

> R1: “Je kon daar ook alles vragen, gewoon een veilige leeromgeving, alles kan. En, genoeg andere plekken waar ik zat moest je echt een vraag stellen maar dat was sowieso een domme vraag en je liep sowieso in de weg als coassistent, maar dat voel je een beetje, dat je ook in de weg loopt.”

… of de coassistent houdt rekening met de rol die de begeleider heeft als beoordelaar.

> R3: “Soms willen ze dat je dingen in het medisch dossier net even iets anders opschrijft dan dat je gedaan hebt, bijvoorbeeld dat je geen afkortingen gebruikt terwijl een ander juist weer zegt, oh het moet zo kort mogelijk en voor jezelf heb je waarschijnlijk ook een voorkeur van, nou ik wil wel alles uitschrijven of ik wil alleen met afkortingen werken. Maar als jouw beoordelaar zegt ik wil het zo of zo hebben, ja, dan doe je dat maar zo en dan weet je ook wel van, ja als ik straks arts ben dan mag ik dat toch op mijn eigen manier doen maar in die zin houd je er wel rekening mee met hoe je beoordelaar het wil.”

Wat de opleiding kan geven en de student dan neemt is goede coschapbegeleiding en een veilige leeromgeving. Tegelijkertijd geven respondenten aan dat zij ook moeten geven. Coassistenten kunnen niet lui achterover gaan hangen als de begeleiding goed is en de leeromgeving veilig: ze moeten goed voorbereid naar het coschap komen, anders is het leerrendement alsnog lager en zal de ‘goodwill’ van de begeleider snel afnemen.

> R1: “Ik vind wel dat als je dan ergens bent en het goed hebt voorbereid, dat is natuurlijk ook een beetje geven en nemen, je moet het wel goed voorbereiden als je ergens komt, maar als je het goed hebt voorbereid moeten ze jou ook de kans geven om iets te leren.”

Een aspect dat ook bij het geven van de coassistent komt kijken, is iets dat coassistenten als het ware leren naarmate ze vaker coschappen lopen; ze leren de ongeschreven regels en gewoontes kennen en passen zich hier (bewust of onbewust) naar aan.

> R1: “Dat is ook gewoon een beetje het proces van coschappen lopen, niet zozeer wat je leert vakinhoudelijk maar echt dat je leert van, wat is het om dokter te zijn en aan het begin weet je niet wat zijn je grenzen, wat mag je, wat kan je in jouw positie, en daar kom je achter van, je kan steeds meer, daar groei je in […].”

Respondenten beschrijven dat ze zich op een bepaalde manier moeten gedragen, zich een bepaalde houding aan moeten meten. Ze merken bijvoorbeeld dat het gewaardeerd wordt als ze zich assertief opstellen en enthousiasme en interesse tonen in het vakgebied waar ze op dat moment coschap lopen.

> R5: “Ik merk dat als je gewoon je enthousiasme laat zien dat zij ook heel veel aan jou willen leren en dat het ook heel erg aan jezelf ligt hoeveel je ergens uit kan halen en als jij gewoon, je hoeft niet perse iets worden maar als jij gewoon laat zien van, goh ik vind dit interessant, ik heb hier iets over gelezen, ik heb wat extra werk gedaan, dat mensen dan ook heel graag je de dingen willen leren en willen uitleggen en erbij betrekken. […] We hebben dan ook wel

> van die terugkomdagen en dan zegt iedereen altijd, ja ik moet wat meer assertief zijn en ik moet wat meer mezelf laten zien en dat is wel iets wat ze graag willen en het is ook wel begrijpelijk […].”

Dit kan overigens nadelig uitpakken voor studenten die niet goed om kunnen gaan met een onveilige leeromgeving of het moeilijk vinden assertief op te treden of hun enthousiasme te tonen bij een specialisatie die ze niet aanspreekt.

> R3: “Ik hoor soms wel van andere coassistenten dat ze soms een drempel voelen om dingen te vragen en ik denk als je zo’n drempel voelt dat je ook te weinig leert, dan durf je niet dingen te vragen die je eigenlijk niet weet. En dan denk ik van, ja dan moet je eerst zorgen dat je dat dus wel durft want dan leer je ook het meeste.”

De leeropbrengst van coschappen kan dus groot zijn, afhankelijk van een aantal variabelen. Wat de situatie ook is, of de begeleiding nu goed of slecht is of de leeromgeving veilig of niet: geven en nemen speelt altijd een rol, alleen de verhouding tussen de twee zal verschillen. Veel respondenten beschrijven bijvoorbeeld dat als de begeleiding in een coschap tegenvalt, ze er zelf iets van moeten zien te maken om toch iets te kunnen leren.

> R4: “Nou in principe maak je zelf je coschap, dat is denk ik de belangrijkste conclusie, maar ik denk dat de begeleiding wel echt stipt op een tweede plek komt en dat je, zelfs al ben je zelf ontzettend gemotiveerd en wil je het maximale uit je coschap halen, als de begeleiding er niet naar is dan zul je nooit het maximale halen en misschien zelfs maar 30% van wat je daadwerkelijk zou kunnen halen. Ja. Plus je gaat er met tegenzin heen, tenminste dat heb ik, als de begeleiding niet goed is.”

De ene respondent verwacht vooral aan de hand genomen te worden door de begeleiding (R2) terwijl de ander het begrijpelijk vindt dat de taak om te leren vooral op de schouders van de coassistent zelf rust (R3), maar uit dit laatste citaat van respondent 4 zou geconcludeerd kunnen worden dat het leerrendement voor de coassistent - waar het uiteindelijk om draait binnen de geneeskundeopleiding - het grootst is wanneer beide partijen evenveel kunnen geven en nemen. Een kleine nuance hierbij is dat goede begeleiding extra fijn is, omdat een goede begeleider veel geeft en de coassistent daardoor extra veel te nemen (en dus te leren) heeft.

De “Raamplan-arts”

Wanneer de respondenten gevraagd wordt naar hoe de arts, die de geneeskundeopleiding in Utrecht opleidt, eruit ziet, hebben ze daar duidelijke antwoorden op. Het spectrum van antwoorden ziet er als volgt uit. In de opleiding zou de nadruk liggen op kennis, professioneel gedrag, communicatie, zelfreflectie, betrokkenheid naar de patiënt, een kritische houding en het worden van een specialist.

> R2: “Ik denk dat wij hier in Utrecht opgeleid worden tot een arts die best wel veel brede kennis heeft, dat wij best wel wat kennis hebben, maar dat we ook wel kritisch opgeleid worden, dat we wel echt kritisch moeten kijken, naar andermans werk ook zeg maar, wat andere artsen doen en ook wel naar wat de huidige status van de wetenschap is, dus hoe je dat goed kunt zien, ook al vind ik dat we dat eigenlijk wel iets te weinig in de opleiding hebben, maar dat is misschien iets anders. En ik denk dat in Utrecht ook wel echt veel focus

> ligt op communicatie en professioneel gedrag. Ik denk dat dat ook wel heel belangrijk, dat wij daar ook wel echt wel in opgeleid worden hier. Ja."

Voorafgaand aan bovenstaand antwoord vroeg deze respondent of ik doelde op de "kwaliteiten" van een arts. Een andere respondent begint over het "CanMEDS model" (R3). Het CanMEDS model is een internationaal gebruikt competentieprofiel voor artsen waar bijvoorbeeld het Raamplan zich voor een groot deel op beroept (Van Herwaarden et al., 2009).
Soms zien de respondenten in dat er meer voor nodig is om een goede arts te worden.

> R1: "Er wordt altijd heel erg gehamerd op kennis bijvoorbeeld, dat is natuurlijk heel makkelijk feedback geven en ik hoor dat zelf ook maar ik weet ook zelf dat ik niet heel veel paraat heb, maar ik denk zelf dat dat absoluut niet het belangrijkste is om een goede dokter te zijn."

Een medisch ethisch discours
In elk interview is er aandacht geweest voor ethiek. Ethiek "denkt na over wat goed en wat niet goed is" (R2), is "het onderscheid tussen wat moreel is en wat niet moreel is in je handelen" (R3) en "de kunst van het goede doen" (R4). Dat wat de respondenten relateren aan ethiek binnen de zorg is voor een groot deel gebaseerd op de medische ethiek. Dat merk je aan het feit dat ze veel in 'dilemma's' denken.

> R4: "In de praktijk ga je, hè iemand is oud en benauwd, ga je hem dan nog een keer uitzuigen of geef je 'm gewoon morfine en laat je 'm liggen? Tot, ja als er een kind komt, vertel je dan dat er een prik komt of doe je dat gewoon zonder dat 'ie het weet? Ja dat zijn, ik weet niet dat zijn misschien hele basis dingen maar dat is voor mij ook wel ethiek. Ja."

> R5: "Het is geen ethische kwestie als er geen verstrenging van belangen is en ja je moet kijken met die twee, ja met die meerdere belangen hoe dat eruit komt, hoe je daar het best uit kan komen."

Over dergelijke afwegingen wordt gesproken in termen van "kwaliteit van leven" (R3), "ethisch verantwoord" (R2) en "medisch zinloos" (R2). In twijfelgevallen wordt een "ethicus gebeld" (R2) als ware ethiek iets dat een arts kan uitbesteden. De medisch ethische principes (weldoen, niet schaden, autonomie en rechtvaardigheid) kennen de respondenten - niet altijd even goed - vanuit het onderwijs maar ze gebruiken ze niet perse bewust als tools bij het maken van keuzes.

> R3: "Nou ik denk dat je ook wel door de opleiding een bepaald idee meekrijgt, dat zijn binnen de gezondheidszorg zijn er vier principes en die krijg je ook wel onderwezen zeg maar, ook in de bachelor. En dat is wel iets van, oja dat houd je wel in je achterhoofd. Maar als je dan nu vraagt noem ze eens alle vier op, dan kom ik denk ik ook niet verder dan twee."

De medisch ethische principes nemen wél een belangrijke plaats in waar de respondenten beschrijven wat goede zorg is.

> R3: "Ik kan me eigenlijk wel vinden in die ethische principes van, ten eerste mag je niet schaden, hè dus je mag het nooit erger maken dan het is. Rechtvaardigheid, iedereen heeft recht op dezelfde goeie zorg. Ik geloof autonomie van de patiënt is er dan ook zo één, dat er zelfbeschikkingsrecht mag zijn. Ik geloof dat er nog één is.
> EvR: "Niet schaden, weldoen, rechtvaardigheid en autonomie."

> R3: “Weldoen, ja weldoen. Maarja, dat is eigenlijk het tegenovergestelde, of ja dat is eigenlijk min of meer hetzelfde als niet schaden. Maarja daar kan ik me ook wel in vinden. Maar het is, het zijn natuurlijk brede begrippen hè, dus invulling kan natuurlijk wel verschillen, wat de één weldoen vindt is voor een ander misschien helemaal niet weldoen.”

De respondenten bemerken ook de precaire balans tussen ethiek, wetgeving en protocollen, de arts en de patiënt: welke factor geeft de doorslag?

> R5: “Ik denk dat die principes dan met name tot uiting komen in de motivatie en gedachtegang van de arts en heb je de wetten en heb je wat de patiënt en familie zelf wil, dat zijn drie dingen en ik denk dat die samen tot een weg moeten leiden op de een of andere manier.”

Voor de ‘grote dingen’ geven dan met name wetgeving en protocollen de doorslag, voor de ‘kleine dingen’ zijn de ethische afwegingen van de arts belangrijker.

> R4: “Voor de echt grote dingen zijn er natuurlijk richtlijnen en protocollen: euthanasie, donatie, dat soort dingen, daar zijn gewoon richtlijnen voor opgesteld. Maar ik denk dat binnen de zorg je eigenlijk bij iedere behandeling geconfronteerd wordt met ethiek en dat je daar uiteindelijk dan zelf een afweging in maakt hoe of wat.
> EvR: “Hoe verhoudt je eigen afweging zich tot die regels en protocollen?”
> R4: “Ik denk dat er, nouja bij de grote beslissingen worden de protocollen denk ik voornamelijk gevolgd maar bij al die kleine dingen is denk ik je eigen rugzak aan ervaringen en afkomst en, ja, zienswijze bepalend voor de uitkomst uiteindelijk. Ik denk niet dat daar protocollen of richtlijnen voor zijn. Nee.”

Het lijkt alsof het nadenken over ethiek soms wordt tegengehouden door de wetgeving en protocollen die er zijn. Dit vinden sommige respondenten lastig: de wetgeving en protocollen zijn belangrijk en garanderen ook een bepaalde mate van veiligheid, maar je moet ook je eigen intuïtie, je eigen normen en waarden kunnen volgen.

> R1: “De protocollen zijn van heel veel invloed denk ik, op het dokter zijn, denk ik echt, veel meer dan zou moeten, vind ik en ik denk dat het heel belangrijk is, om je daar aan te houden. […] Het is een heel moeilijk gebied, heel grijs denk ik, om artsen vrijheid te geven binnen de veiligheid eigenlijk. Ja, ik vind dat eigenlijk wel heel moeilijk ook als student, maar ik denk wel dat je als arts bewust moet zijn van dat er een keuze is en dat er ook protocol is, een soort richtlijn is en ik denk dat je dus niet gewoon maar “oh dat protocol, gewoon overschrijven, kopiëren, plakken” dat… Ik denk dat dat wel heel belangrijk is, dat je denkt van “oké, de patiënt past wel in het plaatje, het lijkt er veel op” maar uiteindelijk blijft de geneeskunde een soort van heel grijs, werken met kansen en een patiënt is geen kans, een patiënt is één iemand.”

Hoe hier tegenaan wordt gekeken, hangt overigens in grote mate van de respondent af. Hoewel de één zich zeer bewust is van persoonlijke beweegredenen en het belang ervan, vindt de ander dat er een goede harmonie is tussen de verschillende factoren en makkelijk dat er soms geen keuzes hoeven worden gemaakt.

> R3: “Op zich maakt de wet het dan makkelijk want je hebt er niks over te vinden, je moet je er gewoon aan houden. […] Ik denk dat de wet op zich wel geïnspireerd is op de ethiek. Ik denk dat bepaalde wetten en regels moeten er zijn omdat wij ooit met z’n allen bedacht hebben van dat we iets moreel juist of niet juist vonden. […] Ik denk dat het wel een goede samenwerking is omdat de patiënt heeft bepaalde normen en waarden en jij hebt als arts bepaalde normen en waarden en vaak lukt het dan wel om daar in overleg samen uit te komen. Vervolgens moet je toch een protocol of een richtlijn door wat zegt dat je symptoom A op manier B moet behandelen en dat is gewoon wat het protocol daarover zegt. Maar je moet natuurlijk wel de patiënt daarover inlichten en zorgen dat die een goeie afweging kan maken of ‘ie dat dus echt wil en wat hij daarmee hoopt te bereiken […]. Dus ik denk dat dat meer het ethische is, zeg maar de manier waarop je bepaalde dingen moet behandelen die staat soms gewoon vast. Dus het zit mekaar meestal niet in de weg.”

Wat betreft het ethiekonderwijs zijn de respondenten van mening dat het aanbod “summier” (R4) is. Het gaat om twee blokken van vier weken in de bachelor, dus “acht weken in totaal van zes jaar opleiding” (R2). Het onderwijs dat er wél is, bereidt ze niet altijd voldoende voor op de praktijk.

> R4: “Het ethiekonderwijs is voornamelijk gericht op de grote dingen, echt op de life events: de euthanasie, het stervensproces, orgaandonatie, dat soort dingen. Terwijl je eigenlijk constant geconfronteerd wordt met ethische vraagstukken waar je persoonlijk een afweging in moet maken en ik denk eigenlijk niet dat ik daar echt geholpen door wordt, door m’n medisch onderwijs, nee. […] Ik denk dat ethiek ook heel erg individueel bepaald is en dat merk je ook in die blokken, dat eigenlijk er weinig aandacht gegeven wordt van “goh, hoe sta je er zelf in, wat vind jij, wat zijn jouw beweegredenen?” en dat, nou dat mis ik wel eens in de opleiding, ja.”

In dat kader geven respondenten aan dat sommige dingen, zoals een moreel kompas, slechts tot op bepaalde hoogte aan te leren zijn.

> R5: “Dat is iets wat eigenlijk heel persoonlijk is, hoe je daarmee omgaat en ja, daar kunnen ze natuurlijk tot op zekere hoogte les in geven want het is ook iets wat je gewoon moet vormen en wat je gewoon zelf moet ontwikkelen maar ik denk ook wel dat ze daar wat handvaten voor hebben gegeven dus er is wel, ja, plaats voor in het onderwijs in de zin van dat ze je er van op de hoogte stellen van dat die kwesties er zijn, dat ze je, ja ook in de praktijk voorbeelden hebben laten zien van artikelen of dingen maar dat ze ook gewoon zeggen van, ja we kunnen je niet daar helemaal doorheen leiden, dat is ook iets wat je zelf moet meemaken, moet ervaren.”

5.6. Zorgethische reflectie op de uitkomsten

Het unieke en particuliere van geneeskundestudent

Het bijzondere van dit thema is dat het laat zien dat, zoals Noddings stelt, relaties in het onderwijs kunnen worden gezien als zorgrelatie. De relatie tussen docent en student is, net als in de zorgpraktijk, een zorgrelatie waarin in dit geval het onderwijs afgestemd moet worden op de uniciteit en particulariteit van elke student. Dat elke student uniek en particulier is blijkt uit dit thema.

De respondenten blijken ook uniek te zijn in de idealen en verwachtingen die ze hebben van de praktijk van het artsenberoep en de zorg. Moeten we deze idealen en verwachtingen wegzetten als utopieën die mooi zijn maar waar we niks mee kunnen doen, of kunnen we er juist van leren?

Wat er nu gebeurt, is dat de respondenten inzien dat het er in de praktijk anders aan toe gaat dan dat ze misschien hoopten en zich hierbij neerleggen. Dit zou kunnen worden gezien als 'loss of idealism' ofwel een vorm van erosie. Zoals in het eerder geanalyseerde artikel van Leget en Olthuis (2007) wordt beschreven, moeten de beweegredenen van studenten om arts te worden - de motivatie om mensen te helpen - juist gekoesterd worden. Dat zou voor het onderwijs impliceren dat er inhoudelijk niet eens veel zou hoeven worden toegevoegd maar dat het erom gaat draaien dat dergelijke 'kennis' die al in de studenten zit naar boven wordt gehaald. Het goede toont zich in de praktijk, in de praktijk gaat heel veel kennis schuil, zoals de zorgethiek erkent. Van de verwachtingen die studenten hebben van het artsenberoep kan worden gesteld dat ze té rooskleurig zijn, niet goed geïnformeerd en geen rekening houdend met systemische realiteiten zoals geldgebrek en tijdsdruk. Aan de andere kant is het zonde dat studenten weinig kunnen met hun ideeën over de ideale arts en goede zorg.

Het is overigens wel positief dat sommige studenten aangeven dat bepaalde idealen al heel langzaam doorgang vinden in de praktijk van de zorg. De respondenten beschrijven op een mooie manier hoe veranderingen in de opleiding - bijvoorbeeld meer aandacht voor communicatie - voor veranderingen in de zorgpraktijk kunnen zorgen, maar heel langzaam vanwege het starre karakter van een systeem.

Geven en nemen in een veilige leeromgeving

Uit dit thema blijken vooral de voorwaarden voor het kunnen afstemmen van passende begeleiding - of 'goede begeleidende zorg' - tussen begeleider en coassistent. Zowel begeleider als coassistent moeten een betrokkenheid naar de ander toe hebben. De respondenten geven echter aan dat zij belemmeringen ervaren die deze betrokkenheid en afstemming in de weg staan. Van de kant van de begeleider wijzen ze in dat kader op institutionele en persoonlijke belemmeringen: de begeleider heeft geen tijd voor of interesse in het leerproces van de coassistent. Ook aan hun eigen kant ervaren respondenten belemmeringen, in de vorm van het ontbreken van een veilige leeromgeving en het gehoor moeten geven aan wat veelal op een impliciete wijze van ze gevraagd wordt. Dat laatste lijkt overigens een voorbeeld van wat beschreven wordt als enculturen en socialiseren middels het verborgen curriculum. Met het wegvallen van deze belemmeringen worden de voorwaarden gecreëerd voor het kunnen afstemmen van passende begeleiding. Dat dit uniek en individueel bepaald is, blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de ene respondent vooral aan de hand genomen wil worden terwijl de ander het begrijpelijk vindt dat de taak om te leren vooral op de schouders van de coassistent zelf rust.

De "Raamplan-arts"

De motivatie voor het vermelden van dit relatief kleine thema is dat het opvallend is dat dit alles precies aansluit bij wat er terug te vinden is in het Raamplan. Zoals al eerder in deze thesis beschreven, zijn er zorgethische aspecten aan het Raamplan te ontdekken, maar is er over het geheel gezien weinig aansluiting met de kernpunten van de zorgethiek. Uit de interviews blijkt nu dat de kernpunten van het Raamplan ook daadwerkelijk op deze respondenten worden overgebracht. Of dit heel bewust gebeurt of dat de respondenten dit er zelf uitpikken is niet geheel duidelijk geworden. Het is in ieder geval opmerkelijk dat de respondenten direct 'concepten' aandragen, een soort checklist die (volgens het Raamplan) een goede arts garandeert. Alsof een arts gereduceerd kan worden tot iets abstracts (universeel geldende goede eigenschappen) in plaats van iets concreets (onderdeel van een relatie in de zorgpraktijk waarin wordt afgestemd wat het goede is). De inrichting van het onderwijs, gebaseerd op het Raamplan, lijkt deze gedachtegang in de hand te werken. Soms

zien de respondenten in dat deze concepten niet een goede arts garanderen, maar ze lijken niet zoveel met deze ideeën te kunnen (zie ook 'Het unieke en particuliere van de geneeskundestudent').

Een medisch ethisch discours

Er is met opzet voor het woord 'discours' gekozen als onderdeel van de titel van dit thema. De manier waarop de respondenten over ethiek praten, lijkt voor een groot deel geïnspireerd te zijn door de huidige medische ethiek. Dat is ook niet verwonderlijk gezien de inhoud van het ethiekonderwijs binnen de geneeskundeopleiding. Wat geldt voor de aandacht voor ethiek in het Raamplan geldt ook voor de aandacht voor ethiek binnen de geneeskundeopleiding: beperkt in kwantiteit en in diepgang. In het Raamplan is maar op twee pagina's aandacht voor ethiek, in de geneeskundeopleiding maar gedurende acht weken van de zes jaar. In het Raamplan worden er vier trefwoorden genoemd die de grondslag van de medische ethiek zouden omvatten, in de geneeskundeopleiding gaat het om dezelfde 'grote dingen, de echte life events'. Maar er is meer, er zijn meer manieren om ethiek te beoefenen dan de huidige medische ethiek. De geldigheid van de vier principes lijkt echter niet ter discussie te staan; ze zijn een soort morele goeden voor de respondenten.

Omdat het onderwijs niet toereikend is, lopen de studenten in de praktijk tegen dingen aan waar ze overigens goed op blijken te kunnen reflecteren. Zo beschrijven ze iets dat de discretionaire ruimte zou kunnen worden genoemd; de keuzevrijheid van artsen binnen de beperkingen van wetgeving, regels en protocollen. Daar waar wetgeving, regels en protocollen verhinderen dat er over ethiek wordt nagedacht gaat er iets mis. In hoe er met deze discretionaire ruimte wordt omgegaan door studenten valt een onderscheid te maken tussen Jake's en Amy's. De Jake's zien vooral de verschillende belangen van bijvoorbeeld wetgeving, regels, protocollen en ethische principes (op zichzelf al abstracte entiteiten) en wegen die op een abstracte wijze tegenover elkaar af, terwijl de Amy's niet nadenken over deze gebruikelijke abstracte entiteiten maar zich afvragen wat in een concreet geval belangrijk is en hoe daar in onderlinge communicatie tot wederzijds begrip en een uitweg kan worden gekomen. In dat opzicht is het begrijpelijk dat studenten aangeven dat bepaalde dingen niet aan te leren zijn, maar heel erg individueel bepaald zijn. Zoals Margaret Urban Walker (2007) stelt, laat de gezamenlijke praktijk (die voor zorgethici belangrijk is als morele bron) zien wat goed is. De checklist die het Raamplan in feite is en ten grondslag ligt aan de geneeskundeopleiding, doet het tegenovergestelde van wat Urban Walker bepleit. Bovendien zul je van een Jake geen Amy kunnen maken of andersom, maar je kunt er wel een licht op werpen dat ze allebei bestaan en elkaar kunnen aanvullen. Daar zou meer aandacht voor moeten komen in de geneeskundeopleiding. Het onderwijs zou meer aan kunnen sluiten op waar de studenten nu vooral op eigen initiatief achter komen en al best wel in zich hebben.

5.7. Conclusie

In het voorgaande zijn de uitvoering, uitkomsten en zorgethische implicaties van een kleinschalig zorgethisch kwalitatief empirisch onderzoek onder vijf Utrechtse geneeskundestudenten beschreven. Hoe kan de Nederlandse geneeskundeopleiding nu volgens dit onderzoek getypeerd worden (deelvraag 4a) en wat betekent dit voor de ruimte voor de zorgethiek binnen de geneeskundeopleiding? Welke mogelijke uitdagingen kunnen geïdentificeerd worden en wat voegt dit eventueel toe aan eerder in deze thesis getrokken conclusies (deelvraag 4b)? Om deze vragen te kunnen beantwoorden, zal ik een laatste abstraherende stap van de hiervoor beschreven uitkomsten, resultaten en reflecties zetten. Het antwoord valt uiteen in tweeën: er zijn meer aan het onderwijs en meer aan de zorg gerelateerde uitdagingen op de geneeskundeopleiding. Het eerste

koppel ik aan de theorieën van Noddings over een zorgende leeromgeving, het tweede noem ik een medische moraliteit van rendementsdenken.

Een zorgende leeromgeving?

Reeds aan het begin van deze thesis werden de ideeën van Nel Noddings over zorgethiek en onderwijs aangehaald (hoofdstuk 3.1). Een zorgende leeromgeving wil volgens Noddings zeggen het gehoor geven van de docent aan de behoeftes van de student in een zorgrelatie, niet teveel regels, hoge eisen en toetsen en aandacht voor het gemeenschapsgevoel en geluk. Een zorgende leeromgeving is van belang omdat we op de geneeskundeopleiding te maken hebben met mensen die in de toekomst zelf zorg gaan verlenen en goed voorbeeld doet goed volgen. Op basis van de uitkomsten van dit empirisch onderzoek zou kunnen worden gesteld dat een zorgende leeromgeving op de geneeskundeopleiding geen vanzelfsprekendheid is. Dit blijkt met name uit de negatieve voorbeelden van coschapbegeleiding die de respondenten geven. Studenten hebben bepaalde 'needs' en de begeleiders die in dit kader genoemd worden, geven geen gehoor aan deze behoeftes. Dat studenten wel degelijk hun behoeftes aan kunnen geven, blijkt uit de interviews. Niet alleen weten ze heel goed wat ze van hun begeleiders nodig hebben, ze weten ook wat voor een arts ze het liefst zouden worden of hoe de zorgpraktijk er idealiter uit zou zien. Dit en andere belemmeringen staan in de weg dat 'goede begeleidende zorg' wordt afgestemd tussen docent (begeleider) en student (coassistent).

Een medische moraliteit van rendementsdenken

Met opzet wordt hier het begrip 'medische moraliteit' geherintroduceerd. Eerder in deze thesis (hoofdstuk 4.3) werd de medische moraliteit als volgt gedefinieerd: van toepassing op de gehele medische professie, een idee van wat 'goed' is en weinig tastbaar; het wordt op een onbewuste manier ingeprent bij studenten en is niet geëxpliciteerd zoals de medische ethiek. De medische ethiek, wetgeving, protocollen, richtlijnen, het Raamplan en de drie curricula van de geneeskundeopleiding zijn als het ware een weerspiegeling van de medische moraliteit: hierin is de medische moraliteit meer tastbaar en bewust. Deze meer tastbare verschijningsvormen van de medische moraliteit, die uitvoerig bestudeerd zijn in zowel het conceptuele als empirische deel van deze thesis, hebben mij op een spoor gezet van een mogelijke typering van de medische moraliteit die verder onderzoek vraagt.

De gemene deler van de medische ethiek, het Raamplan, et cetera, is een onderliggende gedachte of stem die lijkt te zeggen: "Ethiek gaat altijd hier over en als je daar op deze manier mee omgaat zul je moreel handelen" en "De arts die de geneeskundeopleiding opleidt, moet die en die eigenschappen of kwaliteiten hebben en alleen dan is goede zorg gegarandeerd". Het lijkt alsof ethiek, de geneeskundeopleiding en zorg in het algemeen iets op moet leveren dat meetbaar en objectief vast te stellen is. Dit lijkt op utilitarisme, een vorm van consequentialistische ethiek die de moraliteit - hier bedoeld als morele (on)juistheid - van een handeling vaststelt aan de hand van wat de handeling oplevert (Ten Have et al., 2009). In het geval van de medische moraliteit betekent dit dat meetbaar en objectief gelijk worden gesteld aan moreel of 'goed'. Maar is meetbaar en objectief ook goed? De zorgethiek zegt van niet. De zorgethiek ziet zorgen als een morele praktijk waarin getracht wordt 'morele goeden' te realiseren. Die kun je dus niet vooraf formuleren als criteria, gedacht in wat ze op zullen leveren. Een consequentialistische ethiek waarbij op abstracte wijze ethische geredeneerd wordt, is immers de ethiek waar de zorgethiek zich tegen af heeft gezet. We zien dit ook terug in de artikelen van Martinsen (2011) en Leget en Olthuis (2007) waar in het begin van deze thesis (hoofdstuk 1.2 respectievelijk 3.3) aandacht voor was. Zorg zou volgens hen niet aan

de basis van onze medische moraliteit liggen maar juist waardering van objectiviteit, afstandelijkheid, consequentialistische ethiek en wetgeving. Ik vraag me echter af of het in het geval van de meer tastbare verschijningsvormen van de medische moraliteit nog wel gaat om moraliteit en ethiek. Objectief en meetbaar suggereren immers dat er iets buiten de mens om is dat bepaalt of iets goed is of niet; hierdoor is het niet meer nodig dat we zelf ethisch redeneren. Het utiliteitsdenken lijkt eerder op een onbereflecteerde instrumentele rationaliteit dan een vorm van beredeneerde ethiek. De subjectiviteit van ethiek zou inferieur zijn aan objectiviteit (Leget & Olthuis, 2007), maar objectiviteit is wel degelijk moreel geladen als het, op de hiervoor beschreven wijze, gelijk wordt gesteld aan 'goed'.

De typering die ik wil gebruiken voor wat hiervoor beschreven is als de medische moraliteit is 'rendementsdenken', iets dat volgens een recent in het NRC Handelsblad verschenen artikel onze gehele samenleving "verziekt" (Nasr, 2015). Zo ver zou ik niet willen gaan, maar ik zie vooral in hoe het tegen de inzichten van de zorgethiek ingaat. Het gedachtespoor dat hier is getrokken vraagt nog wel om verder onderzoek, bijvoorbeeld naar eventuele ethische vooronderstellingen die aan dit 'rendementsdenken' ten grondslag liggen.

Conclusie

Het ontbreken van een zorgende leeromgeving en de huidige medische moraliteit zijn al eerder in deze thesis als mogelijke uitdagingen geïdentificeerd. Toch heeft dit kwalitatief empirische onderzoek nieuwe inzichten opgeleverd, met name voor wat betreft de geneeskundeopleiding in Nederland. Ten eerste is er een invulling gegeven aan waar het ontbreken van een zorgende leeromgeving aan zou kunnen liggen en wat een typering van de huidige medische moraliteit zou kunnen zijn. Ten tweede kan er nu een bepaalde structuur en hiërarchie worden aangebracht in de mogelijke uitdagingen. Er vallen twee categorieën met bovenstaande titels te onderscheiden: meer aan het onderwijs en meer aan de zorg te relateren uitdagingen. Van de negen geformuleerde uitdagingen aan het eind van hoofdstuk 4 (zie pagina 26) kan gesteld worden dat nummer 4 (de medische moraliteit) en 9 (een zorgende leeromgeving) de hoofdcategorieën vormen. De overige nummers vormen subcategorieën. Zo zouden 1, 2, 3, 5 en 6 vooral onder de medische moraliteit geschaard kunnen worden en 7 en 8 onder de zorgende leeromgeving. In de volgende en afsluitende paragraaf van dit empirische onderzoek wordt nog stilgestaan bij de eventuele generaliseerbaarheid van deze uitkomsten.

5.8. Generaliseerbaarheid

In hoeverre zijn de uitkomsten van dit empirische onderzoek generaliseerbaar voor de geneeskundeopleiding in Nederland? Generaliseerbaarheid is "de graad waarin onderzoeksresultaten en conclusies van een onderzoek ook opgaan voor personen, situaties, organisaties, gevallen en verschijnselen die in dat onderzoek niet onderzocht zijn" (Smaling, 2009). Smaling (2009) wijst twee hoofdtypen van generaliseerbaarheid aan: ontworpen generaliseerbaarheid en communicatieve generaliseerbaarheid.

In het eerste geval worden er "van tevoren in het onderzoeksontwerp en ook in de uitvoering van het onderzoek maatregelen getroffen om een zekere generaliseerbaarheid aannemelijk te maken" (Smaling, 2009). Denk bij dergelijke maatregelen aan het trekken van een aselecte steekproef om statistische generaliseerbaarheid te bereiken ('statistische generaliseerbaarheid'), variatiedekking ('variatiedekkende generaliseerbaarheid'), een bijdrage willen leveren aan een al bestaande theorie ('theoriegedragen generaliseerbaarheid') of het kiezen van een exemplarisch geval om te bestuderen ('exemplarische generaliseerbaarheid'). Van ontworpen

generaliseerbaarheid lijkt in dit onderzoek geen sprake te zijn. Of deze vijf geneeskundestudenten en de Utrechtse geneeskundeopleiding exemplarisch zijn voor alle geneeskundestudenten en geneeskundeopleidingen in Nederland, kan op dit moment niet met zekerheid gesteld worden. Elke geneeskundestudent is - en dat is ook één van de uitkomsten van dit onderzoek - uniek en particulier, maar dat voegt vooral ook toe aan de rijkheid van verzameld onderzoeksmateriaal. Of dat waar de studenten hun licht op werpen - de geneeskundeopleiding en zorg - in heel Nederland hetzelfde is, is daarom een belangrijkere vraag. Er zijn overeenkomsten tussen de verschillende faculteiten, zoals vastgelegd in het Raamplan, maar er zijn ook verschillen. Om welke verschillen het gaat en hoe groot deze verschillen zijn, zou toekomstig onderzoek uit moeten wijzen.

Op dit moment kan dit onderzoek zich daarom vooral beroepen op communicatieve generaliseerbaarheid, waarbij het gaat om…

> …de beoordeling achteraf in hoeverre en voor welke contexten de resultaten van het onderzoek wel of niet opgaan, zonder dat daar in de onderzoeksopzet waarborgen voor zijn ingebouwd. De lezer van het onderzoeksrapport, of ook de ontvanger, gebruiker, practicus et cetera, moet zelf nagaan in hoeverre een onderzoek relevant is voor de eigen of door hem of haar beoogde situatie, persoon, et cetera. Dit betekent overigens niet dat de onderzoeker niets hoeft te doen. Het onderzoeksverslag moet allerlei mogelijk relevante informatie verschaffen die de lezer ook echt in staat stelt om tot een eigen oordeel te kunnen komen. (Smaling, 2009)

Deze ‘mogelijk relevante informatie’ is terug te vinden in de beschrijving en verantwoording van de uitvoering van dit onderzoek (zie paragraaf 5.1-5.4).

Noten

1. Het cyclische karakter van GT uit zich in de manier waarop dataverzameling en data-analyse elkaar afwisselen in plaats van slechts opvolgen; data-analyse van verzamelde data kan leiden tot een nieuwe ronde van dataverzameling en daaropvolgende analyse, enzovoort, tot een moment van verzadiging wordt bereikt. Kenmerkend is tevens de constante vergelijking; tekstregels, tekstfragmenten, gehele datasets en gevonden concepten en categorieën worden constant met elkaar vergeleken. De onderzoeker maakt gedurende het gehele onderzoek aantekeningen of 'memo's' waarin het proces van besluitvorming en zijn of haar gedachtesporen worden vastgelegd. De zich ontwikkelende theorie wordt steeds getoetst in nieuw materiaal dat andere of specifieke informatie kan geven. Het uitkiezen van dergelijk materiaal wordt 'theoretical sampling' genoemd. De uiteindelijke theorie wordt op haar beurt getoetst aan wetenschappelijke literatuur (Charmaz, 2006; Corbin & Strauss, 2008; De Boer, 2011; Glaser & Strauss, 1967).
2. Eén methode van bracketing is het schrijven van memo's gedurende verzameling en analyse van de data om te reflecteren op de betrokkenheid van de onderzoeker bij de data (Cutcliffe, 2003). "Memos can take the form of theoretical notes which explicate the cognitive process of conducting research, methodological notes that explicate the procedural aspects of research, and observational comments that allow the researcher to explore feelings about the research endeavor." (Tufford & Newman, 2010). Een tweede methode is het houden van 'bracketing interviews', waarbij de onderzoeker wordt geïnterviewd door een buitenstaander over persoonlijke ervaringen met het te bestuderen fenomeen, om vooroordelen aan het licht te brengen (Rolls & Relf, 2006). Tot slot wordt het bijhouden van een dagboek aanbevolen om zo de onderzoeker te stimuleren te blijven reflecteren op het onderzoeksproces (Ahern, 1999).

6. Conclusie en discussie

Aan het begin van deze thesis werd gesteld dat artsen soms meer leed toevoegen aan patiënten en dat dit een wetenschappelijk en maatschappelijk probleem is. De zorgethiek zou een mogelijk antwoord kunnen zijn op dit probleem, maar dan moeten haar inzichten doorgang vinden in de zorgpraktijk. Een manier waarop dit bereikt zou kunnen worden, is via de geneeskundeopleiding aangezien de geneeskundeopleiding van grote invloed is op de vorming van onze artsen. Persoonlijke ervaring deed mij vermoeden dat er binnen de huidige inrichting van de Nederlandse geneeskundeopleiding geen ruimte is voor de ideeën van de zorgethiek en dat die ruimte er niet gemakkelijk zou kunnen komen. Geïnspireerd op Martinsen ben ik op zoek gegaan naar uitdagingen die zich aan zouden kunnen dienen bij het vertalen van inzichten van de zorgethiek naar de praktijk van de geneeskundeopleiding.
De volgende deelvragen zijn daarbij leidend geweest:

1 a) Hoe ziet de ontstaansgeschiedenis en ontwikkeling van de zorgethiek eruit?
b) Welke kernpunten van de zorgethiek komen uit de ontstaansgeschiedenis en ontwikkeling van de zorgethiek naar voren?

2 a) Zijn er zorgethische visies op (medisch) onderwijs en zo ja, hoe vertalen deze zich dan naar de (medische) onderwijspraktijk?
b) Welke uitdagingen, die zich aan zouden kunnen dienen bij een vertaling van zorgethische theorieën naar de medische onderwijspraktijk, kunnen uit deze visies worden gedestilleerd?

3 a) Hoe ziet de geneeskundeopleiding eruit, gebaseerd op het Nederlandse onderwijssysteem en wat er in de wetenschappelijke literatuur over de opleiding wordt geschreven?
b) Wat betekenen deze eigenschappen voor de eerder ontdekte mogelijke uitdagingen? Worden ze bevestigd, ontkracht, gewijzigd en/of aangevuld?

4 a) Hoe ziet de Nederlandse geneeskundeopleiding eruit volgens een zorgethisch empirisch onderzoek (Grounded Theory benadering) onder vijf Utrechtse geneeskundestudenten?
b) Welke mogelijke uitdagingen kunnen geïdentificeerd worden aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek en wat voegt dit eventueel toe aan eerder getrokken conclusies?

In hoofdstuk 2 werd de ontstaansgeschiedenis van de zorgethiek geschetst (deelvraag 1a) en daaruit werden negen kernpunten van de zorgethiek geïdentificeerd (deelvraag 1b) die in het vervolg zouden dienen als houvast en ter vergelijking met de huidige Nederlandse geneeskundeopleiding. Deze negen kernpunten zijn (1) de zorgethiek als ander moreel geluid, (2) praktijken als vindplaats voor het goede, (3) zorg is primair een praktijk, (4) aandacht voor geslachtsbias, (5) de zorgethiek als politieke ethiek, (6) aandacht voor de (institutionele) context, (7) aandacht voor het unieke en particuliere, (8) kwetsbaarheid, lichamelijkheid en emoties en (9) relationaliteit.

In hoofdstuk 3 werd gezocht naar literatuur die een bepaalde relatie tussen zorgethiek en (medisch) onderwijs beschrijft. Er werden drie relevante artikelen gevonden, beschreven en geanalyseerd (deelvraag 2a). Deze artikelen benadrukten onder andere het onderwijs als een zorgende omgeving, voorbeeldfiguren en het koesteren van bepaalde eigenschappen van geneeskundestudenten. Aan de hand van analyse van deze artikelen werden vijf mogelijke uitdagingen voor ruimte voor de zorgethiek binnen de geneeskundeopleiding geïdentificeerd

(deelvraag 2b), namelijk (1) de zorgende leeromgeving, (2) voorbeeldfiguren, (3) medische ethiek, (4) eigenschappen verliezen en (5) de institutie. Deze uitdagingen bleken echter nog weinig onderbouwd omdat de beschreven literatuur weinig tot niet stil staat bij hoe de geneeskundeopleiding eruit ziet.

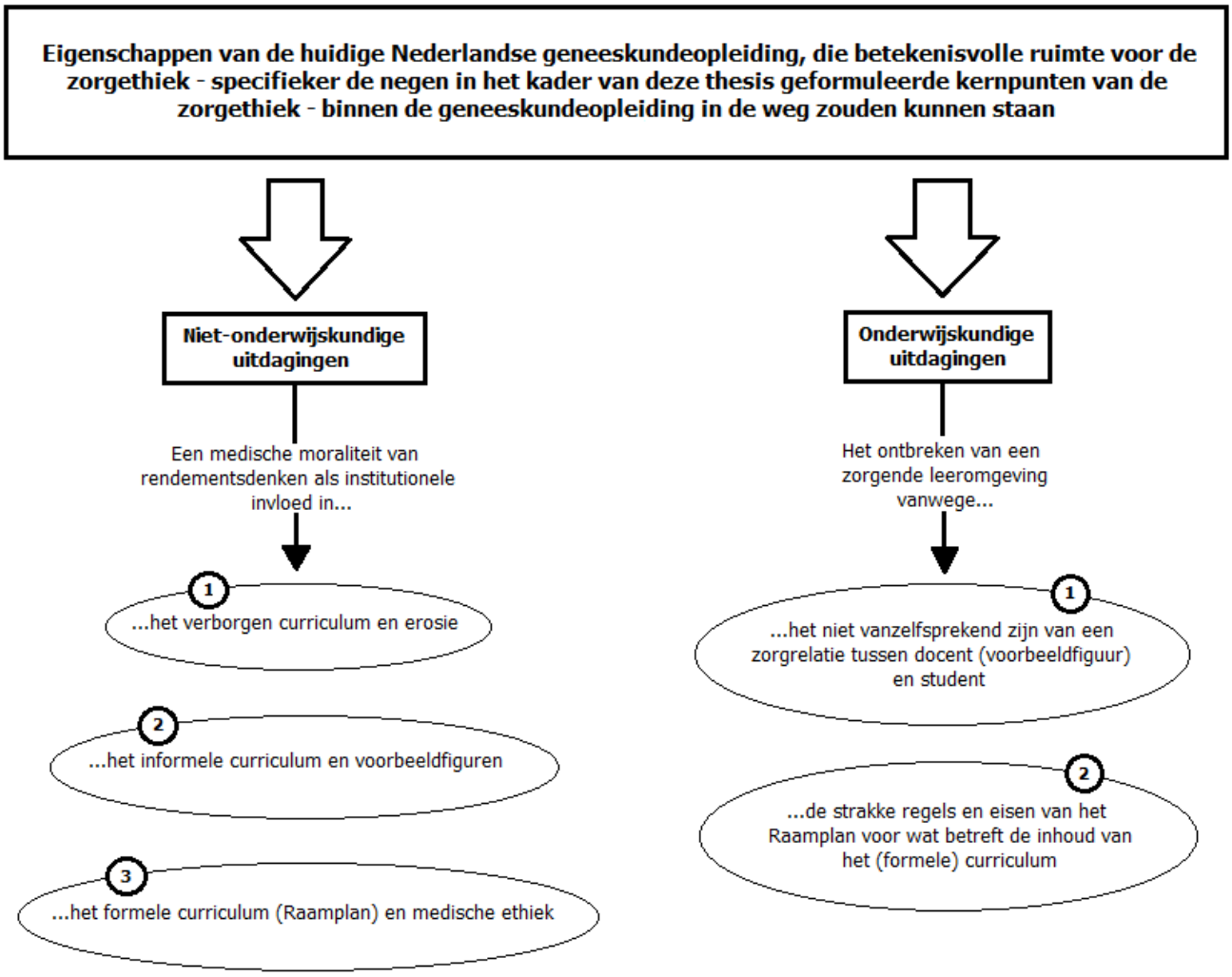
In hoofdstuk 4 werd daarom de geneeskundeopleiding onder de loep genomen. Achtereenvolgens werd stilgestaan bij het Raamplan, de medische ethiek, enculturatie, socialisatie, de drie curricula en erosie. Daarmee kon de geneeskundeopleiding getypeerd worden (deelvraag 3a). Aan de hand van deze beschrijving van de geneeskundeopleiding konden er negen mogelijke uitdagingen worden geformuleerd (deelvraag 3b), betreffende (1) het (weinig zorgethische) Raamplan en de invloed op het formele curriculum, (2) de medische ethiek die berust op de ethiek waar de zorgethiek zich juist tegen afzet, (3) de kleine invloed van het formele curriculum/de theoretische jaren op het leerproces van studenten, (4) de ontastbaarheid van de medische moraliteit, (5) de weinig tastbare maar grote invloeden van het informele en verborgen curriculum, (6) het doorwerken van weinig tastbare institutionele invloeden in de geneeskundeopleiding, (7) de grote invloed van voorbeeldfiguren en de ongelijke machtsverhouding tussen voorbeeldfiguur en student, (8) het verloren gaan van bepaalde eigenschappen van studenten die de zorgethiek zou willen koesteren en (9) het ontbreken van een zorgende leeromgeving op de geneeskundeopleiding. Deze conclusies waren echter niet volledig gebaseerd op empirische bevindingen en van de gebruikte buitenlandse literatuur was niet duidelijk of deze ook van toepassing is op de Nederlandse geneeskundeopleiding.

Daarom werd er in hoofdstuk 5 een zorgethisch kwalitatief empirisch onderzoek uitgevoerd en beschreven dat zo open mogelijk heeft onderzocht wat er op de Nederlandse geneeskundeopleiding gebeurt. Het ging daarbij om een kleinschalig zorgethisch kwalitatief empirisch onderzoek onder vijf Utrechtse geneeskundestudenten. Analyse van het onderzoeksmateriaal leverde vier thema's op, te weten (1) het unieke en particuliere van de geneeskundestudent, (2) geven en nemen in een veilige leeromgeving, (3) de "Raamplan-arts" en (4) een medisch ethisch discours. Deze thema's representeerden het onderzoeksmateriaal en hielpen bij het typeren van de Nederlandse geneeskundeopleiding (deelvraag 4a). Middels een zorgethische reflectie op deze thema's werd geconcludeerd tot meer aan het onderwijs en meer aan de zorg gerelateerde uitdagingen voor ruimte voor de zorgethiek op de geneeskundeopleiding (deelvraag 4b). Het ontbreken van een zorgende leeromgeving en de huidige medische moraliteit waren al eerder als mogelijke uitdagingen geïdentificeerd. Toch heeft dit onderzoek nieuwe inzichten opgeleverd, met name ten aanzien van de Nederlandse geneeskundeopleiding. Ten eerste is er een invulling gegeven aan waar het ontbreken van een zorgende leeromgeving aan zou kunnen liggen en wat een typering van de huidige medische moraliteit zou kunnen zijn. Ten tweede kon er een bepaalde structuur en hiërarchie worden aangebracht in de mogelijke uitdagingen.

Het doel van deze exercitie was antwoord te geven op de hoofdvraag van deze thesis:

"Welke eigenschappen van de huidige Nederlandse geneeskundeopleiding zouden betekenisvolle ruimte voor de zorgethiek - specifieker de negen in het kader van deze thesis geformuleerde kernpunten van de zorgethiek - binnen de geneeskundeopleiding in de weg kunnen staan?"

Aan het eind van hoofdstuk 5 is eigenlijk al een antwoord gegeven op deze vraag maar hier wil ik dat formeel nogmaals doen middels een schematische weergave:



In deze thesis is veelvuldig gesproken over mogelijke uitdagingen bij het willen creëren van ruimte voor de zorgethiek binnen de geneeskundeopleiding. Wat betekent dit alles nu praktisch gezien? Als ik als onderzoeker, andere 'voorstanders' van de zorgethiek, de medische professie of zelfs de samenleving inzichten van de zorgethiek door zouden willen laten werken in de geneeskundeopleiding op een betekenisvolle manier, dan zouden onderwijsmakers voor grote uitdagingen komen te staan. Ik benadruk hier de woorden 'op een betekenisvolle manier'. Het lijkt immers relatief eenvoudig - zonder uitdagingen - om een paragraaf over de zorgethiek toe te voegen aan het Raamplan en een cursus over zorgethiek in te bouwen in het formele curriculum. Ik vraag me echter op basis van deze thesis ten zeerste af of dit betekenisvolle ruimte zou zijn voor de zorgethiek. Betekenisvol zou zijn dat het resulteert in het opleiden van artsen die niet abstract ethisch redeneren, maar in een relationeel afstemmende zorgpraktijk samen bepalen wat het goede is om te doen. Op die manier komen we dichterbij 'a medical ethics that cares' en de situatie waarin artsen geen leed meer toevoegen aan patiënten. Dit kunnen onderwijsmakers echter niet alleen bereiken omdat ze daarbij voor een grote, niet-onderwijskundige uitdaging staan: de medische moraliteit als moeilijk tastbare, institutionele invloed.

Op dit moment zou de medische moraliteit in Nederland getypeerd kunnen worden als één die berust op een rendementsgedachte: zorg moet meetbare en objectiveerbare uitkomsten hebben.

Een moraliteit is weinig onderhevig aan verandering en maakt dus in principe elke verandering tot een uitdaging. Toch is de omvang van de uitdaging de medische moraliteit zorgethisch te veranderen aanzienlijk. Een medische moraliteit van rendementsdenken staat namelijk haaks op de idee dat samen in een relationeel afstemmende zorgpraktijk bepaald moet worden wat het goede is om te doen.

De medische moraliteit werkt als institutionele invloed door in de geneeskundeopleiding middels het verborgen curriculum, het informele curriculum en voorbeeldfiguren en (via het Raamplan) zelfs op het formele curriculum waaronder de medische ethiek. De invloed en macht is groot dus het is begrijpelijk dat alleen een zorgethische verandering van het formele curriculum weinig betekenisvol is: studenten blijven er dan in de praktijk - gedurende of na hun opleiding - tegenaan lopen dat het anders wordt gedaan. Veranderingen in het formele curriculum zijn overigens wel degelijk zinvol. Zo valt het geneeskundestudenten op hoe het communicatieonderwijs langzaamaan doorwerkt in de zorgpraktijk. Maar veranderingen in het formele curriculum alleen zetten niet genoeg zoden aan de dijk: deze veranderingen moeten samen gaan met veranderingen in de (al opgeleide) praktijk.

Wanneer het gaat om zorgethische veranderingen binnen de geneeskundeopleiding zelf is er ook een grote onderwijskundige uitdaging: het niet vanzelfsprekend zijn van een zorgende leeromgeving. Niet alleen komt dit het leerproces van geneeskundestudenten niet ten goede, het ondermijnt bovendien de boodschap van de zorgethiek ten aanzien van de relationaliteit in zorgpraktijken.

Maar hoe kunnen we deze uitdagingen overwinnen? Op dit moment is er weinig ‘zorgethisch’ te ontdekken aan de geneeskundeopleiding en kunnen er een aantal uitdagingen geïdentificeerd worden die verhinderen dat er betekenisvolle ruimte voor de zorgethiek binnen de geneeskundeopleiding komt. Tegelijkertijd - en dit lijkt misschien paradoxaal - is de zorgethiek zelf hét gereedschap om deze uitdagingen te overwinnen en is er dus eigenlijk wél (toekomstige) ruimte voor de zorgethiek binnen de geneeskundeopleiding. De ‘zorg’ in zorgethiek is een prachtig alternatief maar vooral ook aanvulling op de huidige medische moraliteit en ethiek. Bovendien biedt de zorgethiek richtlijnen voor hoe dit te bewerkstelligen, namelijk ons te richten op de praktijk en niet op universeel geldende principes. Geneeskundestudenten zijn hier het levende voorbeeld van; dit en andere onderzoeken hebben aangetoond dat zij al over veel morele kennis beschikken. In plaats van deze kennis te vervangen door wat het Raamplan dicteert, zou er veel meer aandacht moeten zijn voor het eigen morele kompas. De vraag blijft echter of verandering, gezien het ontastbare karakter van een moraliteit, wel bij de moraliteit kan beginnen.

De praktische uitvoering van het overwinnen van de uitdagingen is iets waar vervolgonderzoek zich op zou kunnen richten. Er is hierbij mogelijk een belangrijke rol weggelegd voor geneeskundestudenten. Een verdere verkenning van de medische moraliteit zou een zinvolle aanvulling zijn. De typering die in deze thesis van de medische moraliteit gemaakt is, is gebaseerd op een kleinschalig kwalitatief empirisch onderzoek onder vijf Utrechtse geneeskundestudenten. Eerder bleek al dat het lastig is te spreken van dé Nederlandse geneeskundeopleiding - en dat dat in deze fase in ieder geval nog niet met zekerheid kan worden gedaan (hoofdstuk 5.8) - en hetzelfde geldt voor de medische moraliteit, gezien de wijze waarop de typering ervan tot stand is gekomen. Het zou daarom interessant zijn vergelijkbare onderzoeken op andere medische faculteiten uit te voeren, maar nog meer om de medische moraliteit in de zorgpraktijk te verkennen. Welke ethische vooronderstellingen liggen eraan ten grondslag en hoe vertaalt ze zich naar de praktijk?

Nawoord

Mijn missie is bijna geslaagd! En dan bedoel ik niet (alleen) dat deze thesis na een (misschien wel te) lange periode is afgerond - hoewel ik niet zal ontkennen dat dat een ontzettend prettige bijkomstigheid is en dan druk ik mij nog zacht uit. Ik duid vooral op het feit dat ik oprecht zelf ook iets heb geleerd. Dat gaat natuurlijk op voor mijn ontwikkelde academische onderzoeksvaardigheden, met de nadruk op 'ontwikkelde' want ik had ze vrijwel niet voor ik aan het schrijven van deze thesis begon. Het gaat echter nog meer op voor mijn persoonlijke leerproces. Gezien mijn achtergrond als voormalig, voortijdig gestopte geneeskundestudent die erg negatief tegenover de geneeskundeopleiding stond maar eigenlijk niet goed uit kon leggen waarom, wilde ik mijn thesis heel graag over de geneeskundeopleiding schrijven. Daarmee hoopte ik te leren waar deze negatieve gevoelens vandaan kwamen, ze te kunnen verklaren en een plek te kunnen geven. Dat is op drie manieren gelukt. Ten eerste doordat ik ontzettend veel gelezen heb over de geneeskundeopleiding en een plaatje gecreëerd heb van hoe de geneeskundeopleiding eruit ziet. Ten tweede doordat ik voor mijn onderzoek met geneeskundestudenten heb gepraat en erachter kwam dat zij ook tegen moeilijkheden aanlopen. Voor mij waren die moeilijkheden reden om te stoppen maar een ander kan zich er op een bepaalde manier overheen zetten en gaat gewoon door met de opleiding. Ten derde - en dat komt niet alleen door de thesis maar ook door de Master die eraan vooraf is gegaan - heeft de zorgethiek mij geleerd dat er ook andere manieren zijn om naar zorg en ethiek te kijken dan die je leert tijdens de geneeskundeopleiding. Door dit alles zijn mijn idealistische plannen om de geneeskundeopleiding volledig te veranderen enigszins getemperd. Ik sta er dus minder negatief tegenover, maar dat wil niet zeggen dat ik morgen weer met de opleiding verder ga. Ik twijfel nog steeds of ik er echt gelukkig van zal worden (misschien nog wel meer nu ik zoveel heb geleerd over de geneeskundeopleiding) en die twijfel zou nog wel eens de duur van het schrijven van een thesis (in mijn geval) aan kunnen houden. Bovendien ben ik ervan overtuigd geraakt dat ideeën van de zorgethiek een welkome toevoeging zouden zijn aan het curriculum van de geneeskundeopleiding. Welke eventuele uitdagingen daarin schuilen is waar deze thesis over ging. Of u, de lezer, deze thesis nu leest met het kritische oog van een begeleider of examinator, of met de trots, enige schroom en plichtsbesef van familie en vrienden, hoop ik dat u er, net als ik, oprecht iets van geleerd heeft. Dan is mijn missie pas echt geslaagd.

Woord van dank

Houd nog even vol, want ik wil nog een aantal mensen bedanken, zonder wie deze thesis niet tot stand was gekomen: mijn thesisbegeleider, dr. Inge van Nistelrooij, voor haar niet aflatende vertrouwen in dit onderzoek, haar expertise en ontelbaar veel nuttige tips, gedachtesporen, feedback en momenten van persoonlijk overleg. Inge: ik had me geen betere begeleider kunnen wensen! Tweede lezer dr. Alistair Niemeijer, die veel meer betrokken is geweest bij deze thesis dan van een tweede lezer verwacht mag worden. Alistair: bedankt voor je inzet en het delen van je kennis over empirisch onderzoek! Mijn voormalig thesisbegeleider, dr. Guus Timmerman, die mij gedurende de eerste weken heeft geholpen een weg te vinden uit mijn strijd een onderzoek op te zetten. Guus: ik denk dat je weinig van mijn oorspronkelijke opzet terugziet in dit verslag, maar er zijn vele wegen die naar Rome leiden. De zoektocht die deze thesis is geweest, is voor een groot deel de reden waarom ik er zoveel van heb geleerd. Tot slot mijn lieve familie en vrienden, voor hun input en morele steun. Ik heb mijn eigen doorzettingsvermogen behoorlijk op de proef gesteld door een jaar met deze thesis bezig te zijn, maar ook dat van hen in het mij blijven steunen. Als ik het even niet meer zag zitten, waren zij er om mijn geklaag aan te horen en me een hart onder de riem te steken. Bedankt!

Eva

Literatuur

Ahern, K. J. (1999). Pearls, pith, and provocation: Ten tips for reflexive bracketing. *Qualitative Health Research, 9*(3), 407-411. doi:10.1177/104973239900900309

Arnold, R. M. (2007). Formal, informal, and hidden curriculum in the clinical years: Where is the problem? *Journal of Palliative Medicine, 10*(3), 646-648. doi:10.1089/jpm.2007.9958

Artsen moeten leren luisteren naar patiënt. (2014, 6 juni). *De Telegraaf*

Aultman, J. M. (2005). Uncovering the hidden medical curriculum through a pedagogy of discomfort. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice, 10*(3), 263-273. doi:10.1007/s10459-004-4455-2

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5e ed.). Oxford: Oxford University Press.

Beech, I. (1999). Bracketing in phenomenological research. *Nursing Researcher, 6*(3), 35-51.

Bell, S. K., Moorman, D. W., & Delbanco, T. (2010). Improving the patient, family, and clinician experience after harmful events: The "when things go wrong" curriculum. *Academic Medicine, 85*(6), 1010-1017. doi:10.1097/ACM.0b013e3181dbedd7

Benbassat, J. (2013). Undesirable features of the medical learning environment: A narrative review of the literature. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice, 18*(3), 527-536. doi:10.1007/s10459-012-9389-5

Benbassat, J. (2014). Role modeling in medical education: The importance of a reflective imitation. *Academic Medicine, 89*(4), 550-554. doi:10.1097/ACM.0000000000000189

Bijl, S. (2014). *Dokter, u luister wéér niet*. Soest: Boekscout.

Bleakley, A. (2013). Gender matters in medical education. *Medical Education, 47*, 59-70. doi:10.1111/j.1365-2923.2012.04351.x

Bloom, S. W. (1988). Structure and ideology in medical education: An analysis of resistance to change. *Journal of Health and Social Behavior, 29*(4), 294-306. http://www.jstor.org/stable/2136864

Bloom, S. W. (1989). The medical school as a social organization: The sources of resistance to change. *Medical Education, 23*(3), 228-241. doi:10.1111/j.1365-2923.1989.tb01538.x

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma.

Bourdieu, P. (2005). Habitus. In J. Hillier, & E. Rooksby (Eds.), *Habitus: A sense of place* (2e ed., pp. 43-49). Farnham: Ashgate.

Bowen, G. A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International Journal of Qualitative Methods, 5*(3), 12-23.

Branch, W. T. (2000). The ethics of caring and medical education. *Academic Medicine, 75*(2), 127-132. http://works.bepress.com/william_t_branch_jr/13

Burgess, C., Cowie, L., & Gulliford, M. (2012). Patients' perceptions of error in long-term illness care: Qualitative study. *Journal of Health Services Research and Policy, 17*(3), 181-187. doi:10.1258/jhsrp.2012.011122

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis.* Londen: Sage.

Chuang, A. W., Nuthalapaty, F. S., Casey, P. M., Kaczmarczyk, J. M., Cullimore, A. J., Dalrymple, J. L., . . . Peskin, E. G. (2010). To the point: Reviews in medical education - taking control of the hidden curriculum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 203*(4), 316.e1-316.e6. doi:10.1016/j.ajog.2010.04.035

Clancy, C. M. (2012). Alleviating "second victim" syndrome: How we should handle patient harm. *Journal of Nursing Care Quality, 27*(1), 1-5. doi:10.1097/NCQ.0b013e3182366b53

Clarke, A. E. (2005). *Situational analysis. grounded theory after the postmodern turn.* Thousand Oaks: Sage.

COM-passion for care. (2014). www.compassionforcare.com

Corbin, J., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques* (3e ed.). Newbury Park: Sage.

Cribb, A., & Bignold, S. (1999). Towards the reflexive medical school: The hidden curriculum and medical education research. *Studies in Higher Education, 24*(2), 195-209. doi:10.1080/03075079912331379888

Cutcliffe, J. (2003). Reconsidering reflexivity: Introducing the case for intellectual entrepeneurship. *Qualitative Health Research, 13*(1), 136-148. doi:10.1177/1049732302239416

De Boer, F. (2011). De grounded theory approach: Een update. *Kwalon, 16*(1), 25-33.

Elder, N. C., & Dovey, S. M. (2002). Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature. *The Journal of Family Practice, 51*(11), 927-932.

Emmerich, N. (2014). *Bourdieu's collective enterprise of inculcation: The moral socialisation and ethical enculturation of medical students.* Unpublished manuscript.

Engster, D. (2004). Care ethics and natural law theory: Toward an institutional political theory of caring. *The Journal of Politics, 66*(1), 113-135.

Engster, D. (2005). Rethinking care theory: The practice of caring and the obligation to care. *Hypatia, 20*(3), 50-74.

Foucault, M. (1990). *The history of sexuality: An introduction*. New York: Random House.

Gallagher, T. H. (2009). A 62-year-old woman with skin cancer who experienced wrong-site surgery: Review of medical error. *Journal of the American Medical Association, 302*(6), 669-677. doi:10.1001/jama.2009.1011

Gastmans, C., Mahieu, L., Vanlaere, L., & Denier, Y. (2011). Author response. *Nursing Ethics, 18*(2), 264-265. doi:10.1177/0969733010396964

Gaufberg, E. H., Batalden, M., Sands, R., & Bell, S. K. (2010). The hidden curriculum: What can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 85*(11), 1709-1716. doi:10.1097/ACM.0b013e3181f57899

Gelhaus, P. (2012a). The desired moral attitude of the physician: (I) empathy. *Medicine, Health Care, and Philosophy, 15*(2), 103-113. doi:10.1007/s11019-011-9366-4

Gelhaus, P. (2012b). The desired moral attitude of the physician: (II) compassion. *Medicine, Health Care, and Philosophy, 15*(4), 397-410. doi:10.1007/s11019-011-9368-2

Gelhaus, P. (2013). The desired moral attitude of the physician: (III) care. *Medicine, Health Care, and Philosophy, 16*(2), 125-139. doi:10.1007/s11019-012-9380-1

Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Gofton, W., & Regehr, G. (2006). What we don't know we are teaching: Unveiling the hidden curriculum. *Clinical Orthopaedics and Related Research, 449*, 20-27. doi:10.1097/01.blo.0000224024.96034.b2

Guijarro, P. M., Andrés, J. M. A., Mira, J. J., Perdiguero, E., & Aibar, C. (2010). Adverse events in hospitals: The patient's point of view. *Quality and Safety in Health Care, 19*(2), 144-147. doi:10.1136/qshc.2007.025585

Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 73*(4), 403-407.

Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 69*(11), 861-871.

Halwani, R. (2003). *Virtuous liaisons: Care, love, sex, and virtue ethics*. Peru: Open Court.

Held, V. (1993). *Feminist morality: Transforming culture, society, and politics*. Chicago: University of Chicago Press.

Held, V. (2006). The ethics of care. In D. Copp (Ed.), *The oxford handbook of ethical theory* (pp. 537-566). New York: Oxford University Press.

Herskovits, M. J. (1964). *Cultural anthropology*. New York: Knopf.

Independer. (2014). www.independer.nl

Jaye, C., Egan, T., & Parker, S. (2006). 'Do as I say, not as I do': Medical education and foucault's normalizing technologies of self. *Anthropology and Medicine, 13*(2), 141-155. doi:10.1080/13648470600738450

Karnieli-Miller, O., Vu, T. R., Holtman, M. C., Clyman, S. G., & Inui, T. S. (2010). Medical students' professionalism narratives: A window on the informal and hidden curriculum. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 85*(1), 124-133. doi:10.1097/ACM.0b013e3181c42896

Kilminster, S., Downes, J., Gough, B., Muroch-Eaton, D., & Roberts, T. (2007). Women in medicine – is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Medical Education, 41*(1), 39-49. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02645.x

Kirby, R. (2014). Supporting the 'second victim' after a medical error. *Trends in Urology & Men's Health, 5*(3), 38-39. doi:10.1002/tre.399

Kittay, E. F. (1999). *Love's labor: Essays on women, equality, and dependency*. New York: Routledge.

Kittay, E. F., & Myers, D. T. (1987). *Woman and moral theory*. USA: Rowman & Littlefield.

Klaver, K., Van Elst, E., & Baart, A. J. (2013). Demarcation of the ethics of care as a discipline: Discussion article. *Nursing Ethics, 21*(7), 1-11. doi:10.1177/0969733013500162

Kuzel, A. J., Woolf, S. H., Gilchrist, V. J., Engel, J. D., LaVeist, T. A., Vincent, C., & Frankel, R. M. (2004). Patient reports of preventable problems and harms in primary health care. *Annals of Family Medicine, 2*(4), 333-340. doi:10.1370/afm.220

Leget, C., & Olthuis, G. (2007). Compassion as a basis for ethics in medical education. *Journal of Medical Ethics, 33*(10), 617-620. doi:10.1136/jme.2006.017772

Lempp, H. (2005). Qualitative research in understanding the transformation from medical student to doctor. *Education for Primary Care, 16*(6), 648-654.

Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: Qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *British Medical Journal, 329*(7469), 770-773. doi:10.1136/bmj.329.7469.770

Lindberg, O. (2009). Undergraduate socialization in medical education: Ideals of professional physicians' practice. *Learning in Health and Social Care, 8*(4), 241-249. doi:10.1111/j.1473-6861.2009.00228.x

Mahood, S. C. (2011). Medical education: Beware the hidden curriculum. *Canadian Family Physician, 57*(9), 983-985.

Manser, T., & Staender, S. (2005). Aftermath of an adverse event: Supporting health care professionals to meet patient expectations through open disclosure. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 49*(6), 728-734. doi:10.1111/j.1399-6576.2005.00746.x

Martinsen, E. H. (2011). Harm in the absence of care: Towards a medical ethics that cares. *Nursing Ethics, 18*(2), 174-183. doi:10.1177/0969733010392304

Mazor, K. M., Goff, S. L., Dodd, K. S., Velten, S. J., & Walsh, K. E. (2010). Parents' perceptions of medical errors. *Journal of Patient Safety, 6*(2), 102-107. doi:10.1097/PTS.0b013e3181ddfcd0

Mazor, K. M., Roblin, D. W., Greene, S. M., Lemay, C. A., Firneno, C. L., Calvi, J., . . . Gallagher, T. H. (2012). Toward patient-centered cancer care: Patient perceptions of problematic events, impact, and response. *Journal of Clinical Oncology, 30*(15), 1784-1790. doi:10.1200/JCO.2011.38.1384

McLaren, M. (2001). *Feminists doing ethics*. New York: Rowman & Littlefield.

Michalec, B. (2012). The pursuit of medical knowledge and the potential consequences of the hidden curriculum. *Health (London), 16*(3), 267-281. doi:10.1177/1363459311403951

Miller, S. (2012). Social institutions. In E. N. Zalta (Ed.), *The standford encyclopedia of philosophy* (Fall 2012 ed.,)

Mira, J. J., Orozco-beltrán, D., Pérez-jover, V., Martínez-jimeno, L., Gil-guillén, V. F., Carratala-munuera, C., . . . Asencio-aznar, A. (2013). Physician patient communication failure facilitates medication errors in older polymedicated patients with multiple comorbidities. *Family Practice, 30*(1), 56-63. doi:10.1093/fampra/cms046

Mol, A., Moser, I., & Pols, J. (Eds.). (2010). *Care in practice. On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: Transcript.

Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Oxford: Routledge Press.

Nasr, R. (2015, 9 mei). Rendementsdenken heeft onze geest verziekt. *NRC Handelsblad*

Noddings, N. (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press.

Noddings, N. (1988). An ethic of caring and its implications for instructional arrangements. *American Journal of Education, 96*(2), 215-230. http://www.jstor.org/stable/1085252

Noddings, N. (1999). *Justice and caring: The search for common ground in education*. New York: Teachers College Press.

Noddings, N. (2005a). Identifying and responding to needs in education. *Cambridge Journal of Education, 35*(2), 147-159. doi:10.1080/03057640500146757

Noddings, N. (2005b). What does it mean to educate the whole child? *Educational Leadership, 63*(1), 8-13.

Nordhaug, M. (2011). Author response. *Nursing Ethics, 18*(2), 266-267. doi:10.1177/0969733010395669

Nortvedt, P., Skirbekk, H., & Hem, M. H. (2011). Author response. *Nursing Ethics, 18*(2), 270-271. doi:10.1177/0969733010395674

O'Beirne, M., Sterling, P., Palacios-Derflingher, L., Hohman, S., & Zwicker, K. (2012). Emotional impact of patient safety incidents on family physicians and their office staff. *Journal of the American Board of Family Medicine, 25*(2), 177-183. doi:10.3122/jabfm.2012.02.110166

Olthuis, G., Leget, C., & Grypdonck, M. (2014). Why shared decision making is not good enough: Lessons from patients. *Journal of Medical Ethics, 40*(7), 493-495. doi:10.1136/medethics-2012-101215

Ozolins, I., Hall, H., & Peterson, R. (2008). The student voice: Recognising the hidden and informal curriculum in medicine. *Medical Teacher, 30*(6), 606-611. doi:10.1080/01421590801949933

Paley, J. (2011). Commentary: Care tactics - arguments, absences and assumptions in relational ethics. *Nursing Ethics, 18*(2), 243-254. doi:10.1177/0969733010393070

Patrício, M., & Harden, R. M. (2010). The bologna process - A global vision for the future of medical education. *Medical Teacher, 32*(4), 305-315. doi:10.3109/01421591003656123

Patton, M. Q. (1980). *Qualitative evalution methods*. Beverly Hills: Sage.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. London: Sage Publications.

Plaxton, S. (2011). Medische studenten willen compassie terug. *Arts in Spe,*

Rachels, J. (1999). *The elements of moral philosophy*. San Francisco: McGraw-Hill.

Rolls, L., & Relf, M. (2006). Bracketing interviews: Addressing methodological chalenges in qualitative interviewing in bereavement and palliative care. *Mortality, 11*(3), 286-305. doi:10.1080/13576270600774893

Sander-Staudt, M. (2011). Care ethics. http://www.iep.utm.edu/care-eth/

Schwappach, D. L. B., & Boluarte, T. A. (2009). The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organisational accountability. *Swiss Medical Weekly, 139*(1), 9.

Schwappach, D. L. B. (2014). In the aftermath of medical error : Caring for patients, family, and the healthcare workers involved. [Nach dem Behandlungsfehler: Umgang mit Patienten, Angehorigen und dem involvierten Personal] *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz,* doi:10.1007/s00103-014-2083-4

Sevenhuijsen, S. (1998). *Citizenship and the ethics of care*. New York: Routledge.

Slote, M. (2007). *The ethics of care and empathy*. New York: Routledge.

Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *Kwalon, 14*(3), 5-12.

Starks, H., & Trinidad, S. B. (2007). Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative Health Research, 17*(10), 1372-1380. doi:10.1177/1049732307307031

Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ten Haaft, G. (2014a). *Dokter is ziek, als patiënt zie je hoe zorg beter kan.* Amsterdam: Contact.

Ten Haaft, G. (2014b, 3 januari). Iedereen kan leren goed te luisteren, ook de dokter. *Trouw*

Ten Have, H. A. M. J., Ter Meulen, R. H. J., & Van Leeuwen, E. (Eds.). (2009). *Medische ethiek* (3e ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. s.l.: Psychology Press.

Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York: New York University Press.

Tufford, L., & Newman, P. (2010). Bracketing in qualitative research. *Qualitative Social Work, 11*(1), 80-96. doi:10.1177/1473325010368316

Universiteit voor humanistiek. (2015). http://www.uvh.nl/onderwijs/master-zorgethiek-en-beleid

Urban Walker, M. (2007). *Moral understandings. A feminist study in ethics.* (2e ed.). Oxford: Oxford University Press.

Van Heijst, A. (2011). *Professional loving care. an ethical view of the healthcare sector*. Leuven: Peeters.

van Heijst, A., Leget, C. J. W., & Visser, M. (2012). Lost in medical treatment: Doctoring with borders. *Clinical Ethics, 7*(2), 54-61. doi:10.1258/ce.2011.012018

Van Herwaarden, C. L. A., Laan, R. F. J. M., & Leunissen, R. R. M. (2009). *Raamplan artsopleiding 2009.* Utrecht: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra.

Van Hooft, S. (2011). Author response. *Nursing Ethics, 18*(2), 262-263. doi:10.1177/0969733010394315

Verdonk, P., Rantzsch, V., de Vries, R., & Houkes, I. (2014). Show what you know and deal with stress yourself: A qualitative interview study of medical interns' perceptions of stress and gender. *BMC Medical Education, 14*(1), 96-6920-14-96. doi:10.1186/1472-6920-14-96

Von Laue, N., Schwappach, D., & Hochreutener, M. A. (2012). "Second victim" - error, crises and how to get out of it. ["second victim"-umgang mit der krise nach dem fehler] *Therapeutische Umschau, 69*(6), 367-370. doi:10.1024/0040-5930/a000300

Voormolen, S. (2013, 20 juli). In het ziekenhuis verleert de dokter het luisteren. *NRC*

Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J., & Gallagher, T. H. (2007). The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the united states and canada. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 33*(8), 467-476.

Weaver, R., Peters, K., Koch, J., & Wilson, I. (2011). 'Part of the team': Professional identity and social exclusivity in medical students. *Medical Education, 45*, 1220-1229. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04046.x

White, A. A., & Gallagher, T. H. (2013). Medical error and disclosure. *Handbook of Clinical Neurology, 118*, 107-117. doi:10.1016/B978-0-444-53501-6.00008-1

Witte, F. M., Stratton, T. D., & Nora, L. M. (2006). Stories from the field: Students' descriptions of gender discrimination and sexual harassment during medical school. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 81*(7), 648-654. doi:10.1097/01.ACM.0000232421.04170.d2

Wollersheim, H., Bakker, P. J. M., Bijnen, A. B., Gouma, A. B., Wagner, C., & Van der Weijden, T. (2011). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. *British Medical Journal, 320*, 726. doi:http://dx.doi.org.proxy.library.uu.nl/10.1136/bmj.320.7237.726

ZorgEthiek.nu. (2015). http://zorgethiek.nu/over-zorgethiek/

Zorgkaart nederland. (2014). www.zorgkaartnederland.nl