

Zorgen is een werkwoord;

de ethische uitdagingen van digitalisering in de huisartsenpraktijk

Naam: Sarina Trejic

Studentnummer: 4298942

Begeleider: Marcel Becker

Aantal woorden: 12.526 (exclusief bibliografie, inclusief noten)

Datum: 18-05-2021

Scriptie ter verkrijging van de graad “Master of arts” in de filosofie

Radboud Universiteit Nijmegen

Hierbij verklaar en verzeker ik, Sarina Trejic, dat deze scriptie zelfstandig door mij is opgesteld, dat geen andere bronnen en hulpmiddelen zijn gebruikt dan die door mij zijn vermeld en dat de passages in het werk waarvan de woordelijke inhoud of betekenis uit andere werken – ook elektronische media – is genomen door bronvermelding als ontlening kenbaar gemaakt worden.

Plaats: Nijmegen datum: 18-05-2021

Samenvatting

De onderzoeksvraag van deze scriptie is: Hoe kan er op een goede manier worden omgegaan met de ethische uitdagingen van digitalisering in de huisartsenpraktijk? Het theoretische kader dat zal worden gebruikt is de zorgethiek, omdat intermenselijke relaties hier, net als in de huisartsenzorg, centraal staan. De zorgethiek zal worden verdiept aan de hand van de deugdeethiek van Aristoteles.

De ethische uitdagingen van digitalisering in de huisartsenpraktijk zijn dat het kan leiden tot; segmentering, efficiëntie en verminderde toegang tot zorg. De auteurs die in het theoretische deel worden behandeld zijn Joan Tronto en Annelies Van Heijst. Tronto haar werk gaat over de vier fasen van zorgen. Van Heijst stelt centraal dat erkenning nodig is voor goede zorg. De zorgethiek van Tronto en Van Heijst zal vervolgens worden verdiept aan de hand van de deugdeethiek van Aristoteles. Met name het deugdbegrip en het verschil tussen praxis en poiësis zal worden behandeld.

In het laatste deel van de scriptie wordt de theoretische kennis toegepast op de ethische uitdagingen.

| | |
|--|-----------|
| <i>Inleiding</i> | 4 |
| <i>Deel één</i> | 7 |
| 1. Ethische uitdagingen van digitalisering | 7 |
| 1.1 Segmentering | 7 |
| 1.2 Efficiëntie | 8 |
| 1.3.1 Toegang tot zorg | 9 |
| 1.3.2 Autonomie | 10 |
| <i>Deel twee</i> | 11 |
| 2. Zorgethiek | 11 |
| 2.1 Inleiding | 11 |
| 2.2 Tronto | 12 |
| 2.2.1 <i>Oog hebben voor</i> en aandachtigheid | 12 |
| 2.2.2 <i>Ervoor zorgen dat</i> en verantwoordelijkheid | 12 |
| 2.2.3 <i>Zorgen</i> en deskundigheid | 13 |
| 2.2.4 <i>Reageren op zorg</i> en responsiviteit | 13 |
| 2.2.5 Integriteit van zorg | 14 |
| 2.3 Van Heijst | 15 |
| 2.3.1 Inleiding | 15 |
| 2.3.2 Erkenning | 15 |
| 2.3.4 Erkenning bij Van Heijst | 16 |
| 2.3.5 Erkennen van patiënten | 18 |
| 2.3.6 Erkenning van zorgverleners | 18 |
| 2.3.7 Tronto en Van Heijst | 19 |
| 2.4 Deugdethiek | 20 |
| 2.4.1 Inleiding | 20 |
| 2.4.2 Aristotelische deugdethiek | 20 |
| 2.4.3 Deugd als houding | 21 |
| 2.4.4 Vorming van een deugdzame houding | 22 |
| 2.4.5 Verstandigheid | 22 |
| 2.4.6 <i>Praxis</i> | 23 |
| 2.5 Deugdethiek bij Tronto en Van Heijst | 24 |
| 2.5.1 Inleiding | 24 |
| 2.5.2 <i>Practice</i> en <i>praxis</i> | 24 |
| 2.5.3 Deugd als houding | 24 |
| 2.5.4 Morele verstandigheid | 26 |
| 2.5.5 Deugdethiek biedt verdieping in de zorgethiek | 27 |
| <i>Deel drie</i> | 28 |
| 3. Behandelen van ethische uitdagingen | 28 |
| 3.1 Segmentering | 28 |
| 3.2 Efficiëntie | 30 |
| 3.3 Autonomie en toegang tot zorg | 31 |
| 3.4 Deugdethiek en digitalisering | 32 |
| 4. Conclusie | 33 |
| <i>Bibliografie</i> | 35 |

Inleiding

Digitalisering is niet meer weg te denken uit de zorg. Van elektronische patiëntendossiers tot robots in laboratoria, elk medisch specialisme gebruikt een vorm van digitalisering. De ontwikkeling van digitalisering in de eerste lijn is het afgelopen jaar in een stroomversnelling gekomen. Om de verspreiding van het coronavirus te voorkomen werden verschillende digitale ontwikkelingen versneld toegepast. Voorbeelden van deze ontwikkelingen zijn het e-consult en het videoconsult met de huisarts. Verder bestaat de website *thuisarts.nl* al een aantal jaar. Op deze website staat betrouwbare informatie over bijna alle aandoeningen en klachten.

Op de websites van verschillende Nijmeegse huisartsenpraktijken is te vinden welke vormen van digitalisering zij gebruiken. De meeste praktijken bieden een online omgeving aan waarin patiënten hun uitslagen en dossier kunnen raadplegen en afspraken kunnen maken. Vrijwel alle praktijken die hier gebruik van maken, bieden ook een e-consult optie aan, waarmee patiënten in een online gespreksomgeving een vraag kunnen stellen aan de huisarts. Een videoconsult is minder populair; een klein aantal praktijken biedt dit aan. Op bijna elke website staat een link naar *thuisarts.nl*. De verschillende digitale toepassingen zullen nu kort worden toegelicht.

Als eerste het e-consult. De precieze invulling van het e-consult verschilt per praktijk. In de meeste gevallen komt het erop neer dat een patiënt een korte vraag kan stellen via een digitale omgeving. De huisarts antwoordt hier binnen een bepaald aantal uur op (meestal binnen 24 uur) en het consult is afgerond. Zowel de vraag als het antwoord worden getypt in de digitale gespreksomgeving. Ook kan een patiënt vragen stellen over onderzoeken of uitslagen van onderzoeken opvragen. Op websites van verschillende huisartsenpraktijken staat dat het e-consult is bedoeld voor een korte vraag met een kort antwoord.¹ Geschikt zijn bijvoorbeeld vragen over: leefstijl, medicijnen, bekende klachten en chronische ziekten.² In de omgeving van Nijmegen is huisartsenpraktijk BHH overigens de enige die beschrijft welke klachten geschikt zijn voor een e-consult.

Een aantal praktijken biedt de optie voor het inplannen van een videoconsult. Op de website van een Nijmeegse huisartsenpraktijk staat: “Een video consult is bedoeld voor medische hulpvragen waarbij geen lichamelijk onderzoek nodig is. Dit zijn bijvoorbeeld vragen over uw gezondheid, medicatie, evaluatie van

¹ Huisartsenpraktijk Bertholet, ‘Online afspraken en herhaalrecepten’, Huisartsenpraktijk Bertholet, geraadpleegd 13 januari 2021, <https://huisartsnijmegen.com/online-diensten/>.

² BHH huisartsen, ‘E-consult’, geraadpleegd 13 januari 2021, <https://www.bhh-huisartsen.nl/e-consult/>.

behandeling en het bespreken van uitslagen.”³ Als een patiënt een videoconsult heeft ingepland, ontvangt deze patiënt op de afgesproken tijd een sms met de link naar de video-omgeving en het consult kan beginnen. Maar welke specifieke klachten komen in aanmerking voor een videoconsult? Deze informatie staat niet op de websites van huisartsenpraktijken vermeld.

Een bijzonder voorbeeld van digitalisering in de huisartsenpraktijk zien we in een nieuwe praktijk in Utrecht, die sinds september 2020 geopend is.⁴ In deze praktijk is het videoconsult de standaard en een fysiek consult de uitzondering. Alle gesprekken tussen arts en patiënt vinden primair plaats middels een videoconsult. Alleen als de arts naar aanleiding van de informatie in het videoconsult beslist dat de patiënt fysiek gezien moet worden, mag deze naar de praktijk komen.

Het laatste voorbeeld van digitalisering in de huisartsenpraktijk is de website *thuisarts.nl*. Dit is een website met betrouwbare informatie geschreven door huisartsen over verschillende aandoeningen en klachten. De website maakt gebruik van actuele richtlijnen binnen de huisartsenzorg. De informatie is geschreven in korte simpele zinnen zodat ze begrijpelijk is voor een grote doelgroep. Voor het grootste deel van de bevolking is het een nuttige website met concrete adviezen. Bijna alle websites van huisartsenpraktijken verwijzen naar *thuisarts.nl*. Ook geven huisartsen soms na het stellen van een diagnose een uitdraai van de pagina over de ziekte mee, zodat patiënten de adviezen kunnen nalezen.

Al deze nieuwe toepassingen van digitalisering veranderen de huisartsenzorg. Deze verandering gaat gepaard met verschillende uitdagingen. Dit kunnen uitdagingen op praktisch of financieel niveau zijn, maar er zijn ook ethische uitdagingen. In deze scriptie zullen de ethische uitdagingen die ontstaan door de implementering van digitalisering in de huisartsenpraktijk worden onderzocht. Omdat de grootschalige implementatie van digitalisering pas in 2020 plaatsvond ligt het voor de hand dat er in deze korte termijn nog geen eerder onderzoek naar is gedaan.

Het is niet de bedoeling van deze scriptie om een waardeoordeel uit te spreken over digitalisering in de huisartsenpraktijk. Ook zal deze scriptie geen handleiding zijn over het omgaan met digitalisering. De ethische uitdagingen zullen worden beschreven en vervolgens vanuit een theoretisch kader behandeld.

De onderzoeksvraag van deze scriptie is:

Hoe kan er op een goede manier worden omgegaan met de ethische uitdagingen van digitalisering in de huisartsenpraktijk?

³ BHH huisartsen, ‘videoconsult’, geraadpleegd 18 november 2020, <https://www.bhh-huisartsen.nl/videoconsult/>.

⁴ René Steenhorst, ‘Een kijkje bij de eerste ‘digital first’-dokerspraktijk’, Trouw, 1 september 2020, <https://www.trouw.nl/gs-b59fe0df>.

Om te bepalen wat deze *goede manier* inhoudt, is er een theoretisch kader nodig. Het theoretische kader dat we zullen gebruiken zal moeten aansluiten bij de huisartsenzorg. In de huisartsenzorg staat het contact tussen arts en patiënt centraal, meer dan bij andere zorgspecialismen. De huisarts heeft namelijk te maken met een omvangrijke patiëntengroep met een grote variatie in klachten. Er is dus sprake van een intermenselijke zorgrelatie, waarbij de huisarts voor individuele patiënten zorgt. Het theoretische kader dat hier het beste bij aansluit is de zorgethiek. De zorgethiek gaat meer dan andere ethische stromingen in op intermenselijke zorgrelaties. Digitalisering in de huisartsenpraktijk verandert de interactie tussen zorgverlener en patiënt en verandert daarmee de zorgrelatie. Binnen de zorgethiek is digitalisering voor zover we hebben kunnen nagaan nog niet onderzocht en dat maakt het extra interessant om zorgethiek als theoretisch kader te gebruiken.

De zorgethiek is een relatief nieuwe ethische stroming die zich vanaf de jaren 80 van de vorige eeuw bezighoudt met de ethiek van zorg(en). In deze scriptie zullen drie auteurs behandeld worden. Als eerste Joan C. Tronto met haar werk *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Dit boek stond aan de basis van het ontstaan van de zorgethiek als ethische stroming. Tronto hanteert in dit boek een breed zorgbegrip waar alle vormen van zorg onder vallen. Medische zorg is een specifieke manier van zorgen die onder het brede zorgbegrip van Tronto valt. Om meer in te zoomen op de medische zorg, die de intermenselijke zorg tussen zorgverlener en patiënt behelst, wordt Annelies van Heijst gebruikt. In haar boek *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning* staat de intermenselijke interactie centraal.

Als laatste zal de deugdethiek van Aristoteles behandeld worden met name aan de hand van zijn werk *Ethica Nicomachea*. In de zorgethiek van Tronto en Van Heijst worden namelijk begrippen gebruikt uit de deugdethische traditie. Om de achtergrond van de zorgethiek beter te begrijpen, is kennis van deugdethiek nodig. Om deze kennis te verkrijgen zullen eerst kort een aantal algemene grondslagen van de deugdethiek worden behandeld. Vervolgens zal worden ingegaan op de specifieke begrippen uit de zorgethiek die kunnen worden verdiept aan de hand van de deugdethiek. Hiermee wordt ook de deugdethiek ‘op de proef gesteld’. Door de jaren heen heeft de deugdethiek steeds nieuwe vormen aangenomen. Het is daarom interessant om te onderzoeken of de deugdethiek ten tijde van digitalisering weer een nieuwe vorm kan aannemen.

Deel één

1. Ethische uitdagingen van digitalisering

Doordat digitalisering nieuwe manieren biedt om contact te onderhouden, verandert de dynamiek tussen arts en patiënt. Er zijn verschillende ethische uitdagingen die gepaard gaan met die veranderingen van vorm en inhoud van het huisartsencontact. Onderstaande ethische uitdagingen markeren het speelveld waar deze scriptie zich in bevindt.

1.1 Segmentering

Een van de uitdagingen van digitalisering in de huisartsenpraktijk is dat ze kan leiden tot segmentering. Bij het gebruik maken van digitalisering is het verleidelijk om elke klacht of elk probleem los te behandelen. Dit is een uitvergroting van de normale gang van zaken in de huisartsenpraktijk. Bij fysieke consulten is het gebruikelijk om voor elke klacht een aparte afspraak te maken. Het verschil is echter dat er in fysieke consulten ruimte is om de samenhang van klachten te ontdekken. Er is meer ruimte om vrij te spreken met de patiënt. Door de aard van het digitale consult zijn er minder aanknopingspunten om samenhang tussen klachten te ontdekken dan in een fysiek gesprek. Bij het e-consult, dat uit één vraag en één antwoord bestaat, is het moeilijker om van het onderwerp af te wijken. Ook in het videoconsult is er minder ruimte om verschillende klachten aan elkaar te linken, omdat het videoconsult alleen geschikt is voor klachten waar geen lichamelijk onderzoek bij nodig is.

Dat een videoconsult anders verloopt dan een fysiek consult is gebleken uit onderzoek door Nijmeegse taalkundigen.⁵ Zij onderzochten een aantal postoperatieve consulten waarbij een deel fysiek plaatsvond en een ander deel digitaal middels een videoconsult. In de fysieke consulten werd de wond bekeken en in 15 van de 17 consulten en gaf de chirurg hier een waardeoordeel aan, zoals: “Het ziet er goed uit!”. In de digitale consulten werd de wond maar in 3 van de 22 videoconsulten bekeken. De chirurgen stelden de patiënten vragen over de wond, bijvoorbeeld of de wond rood of gezwollen was. Zelfs als de patiënt aangaf dat hij last had van de wond, stelde de chirurg alleen vragen over de wond in plaats van de wond te inspecteren. We kunnen uit dit onderzoek concluderen dat een videoconsult minder uitnodigt om te kijken en er daardoor minder wordt gezien dan bij een fysiek consult.

Dit onderzoek vond niet plaats in de huisartsenpraktijk, maar het laat wel zien dat een digitaal consult anders verloopt dan een fysiek consult. Een van de kernwaarden van de huisarts is volgens de website van de landelijke

⁵ Wyke J P Stommel, Harry van Goor, en Martijn W J Stommel, ‘The Impact of Video-Mediated Communication on Closed Wound Assessments in Postoperative Consultations: Conversation Analytical Study’, *Journal of Medical Internet Research* 22, nr. 5 (5 mei 2020): e17791, <https://doi.org/10.2196/17791>.

huisartsenvereniging (LHV) dat ze medisch-generalistisch is.⁶ Ze is medisch-generalistisch omdat de huisarts het eerste aanspreekpunt is voor patiënten in alle leeftijdscategorieën met een breed scala aan lichamelijke en psychische klachten. Dit in tegenstelling tot een chirurg, die specialistische zorg levert. De huisarts moet in staat zijn het verband tussen de verschillende klachten te zien en om via de ene klacht de andere op het spoor te komen. Het onderzoek van de Nijmeegse taalkundigen liet zien dat een videoconsult draait om het stellen van vragen. Ondanks dat arts en patiënt videocontact hadden, zagen ze elkaar niet echt. Doordat arts en patiënt het visuele aspect van het videoconsult vaak links laten liggen, zijn er minder aanknopingspunten om van de klacht af te wijken. De fysieke aanwezigheid van de ander geeft veel informatie over het welzijn van die ander. Deze informatie valt bijna in zijn geheel weg in een videoconsult.

Het is lastig om met vragen alleen een link te kunnen leggen tussen verschillende klachten. Verschillende klachten lijken op het eerste oog soms niet verbonden, maar kunnen een uiting zijn van een onderliggende ziekte. Die onderliggende ziekte kan niet gevonden worden als de losse klachten niet samen worden gebracht. In een fysiek consult kan de arts een patiënt bevragen, zien en onderzoeken. De huisarts heeft dus minder aanknopingspunten om generalistische zorg te kunnen leveren, wat kan leiden tot segmentering.

1.2 Efficiëntie

Digitalisering wordt vaak ingevoerd omdat ze tot efficiëntie zou leiden. Ze lijkt werk uit handen te nemen en de zorg efficiënter in te richten. Een van de manieren waarop digitalisering de zorg efficiënter lijkt te maken, is dat ze oplossingsgericht is. Meer dan bij een fysiek consult ligt de constructie klacht-diagnose-oplossing voor de hand. Dat is echter een versimpelde weergave van de werkelijkheid. Veel alledaagse klachten hebben een makkelijke oplossing, maar een belangrijk deel van het huisartsenconsult is voorlichting. Als een patiënt bijvoorbeeld naar de huisarts gaat met jeuk tussen de tenen en dit blijkt voetschimmel te zijn, krijgt de patiënt een recept voor een crème mee naar huis. De huisarts zal echter ook voorlichting geven over het ontstaan van de voetschimmel en het advies om de tenen goed te drogen na het douchen. Dit is een klein voorbeeld van de voorlichtende rol van de huisarts, maar huisartsen geven voorlichting op veel meer vlakken, zoals over ziektes en medicatie.

Deze persoonlijke voorlichting is niet oplossingsgericht, omdat ze niet gaat over een acuut probleem. Patiënten maken geen afspraak bij de huisarts omdat ze voorgelicht willen worden, maar toch worden veel patiënten voorgelicht. Dat is het paradoxale aspect van voorlichting in de huisartsenpraktijk. Als de patiënt met voetschimmel een digitaal consult had aangevraagd, had hij ook een recept voor crème ontvangen, maar wist hij nog niks over het ontstaan en voorkomen van de

⁶ LHV, 'Kernwaarden en toekomstvisie | LHV', geraadpleegd 26 januari 2021, <https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kernwaarden-en-toekomstvisie>.

voetschimmel, omdat voorlichting niet zijn hulpvraag was. Huisartsen geven persoonlijke uitleg over het ontstaan of voorkomen van ziektes die gerelateerd zijn aan de klachten van de patiënt. De voorlichtende rol is daarom van andere aard dan de oplossingsgerichte digitalisering. Door implementatie van digitalisering groeit het gevaar dat de voorlichtende rol van de huisarts verdwijnt.

1.3.1 Toegang tot zorg

Een andere uitdaging van digitalisering in de huisartsenpraktijk is dat ze kan bijdragen aan een groeiende ongelijkheid in de toegang tot zorg. Het initiatief om gebruik te maken van digitalisering wordt bij de patiënt gelegd. E-consulten of videoconsulten zijn niet verplicht en niemand controleert of patiënten op *thuisarts.nl* hebben gekeken. Voor het gebruik maken van digitalisering zijn echter bepaalde capaciteiten vereist. Een goede beheersing van de Nederlandse taal en medische basiskennis zijn nodig bij het gebruik maken van digitalisering. Ten eerste omdat de (geschreven) uitleg over digitalisering begrepen en toegepast moet worden. Ten tweede is het nodig dat patiënten duidelijk hun klacht omschrijven. Behalve bij een digitaal consult zijn deze capaciteiten ook nodig bij het lezen van *thuisarts.nl*. Deze website probeert de informatie toegankelijk te maken voor iedereen, maar toch zijn er capaciteiten nodig om de tekst te lezen, te begrijpen en toe te passen. Het gaat hier niet alleen om digitaliseringscapaciteiten, maar ook om cognitieve capaciteiten. De vraag rijst of iedereen deze capaciteiten wel bezit. En al bezit iemand alle capaciteiten, is iedereen dan assertief genoeg om gebruik te maken van digitalisering? Patiënten moeten zelf het initiatief nemen om gebruik te maken van digitalisering.

Kan iemand die niet voldoende capaciteiten bezit om gebruik te maken van digitalisering deze capaciteiten wel ontwikkelen? Digitalisering in de huisartsenpraktijk is nieuw, misschien moeten patiënten leren omgaan met deze nieuwe toepassingen. Maar hoe kan iemand leren omgaan met iets dat hij niet begrijpt? Willen we dat mensen door schande en schade wijs worden? Doordat de verantwoordelijkheid voor het gebruiken van digitalisering bij de patiënt wordt gelegd, wordt ook de verantwoordelijkheid voor het leren omgaan met digitalisering ook bij de patiënt zelf gelegd. Hierdoor zou er een tweedeling kunnen ontstaan tussen patiënten die wel en patiënten die niet kunnen omgaan met digitalisering.

De toegang tot zorg roept vragen op over zelfstandigheid van patiënten. Deze zelfstandigheid sluit aan bij een centraal thema in de medische ethiek; autonomie. We zullen nu kort stilstaan bij het begrip autonomie in de geneeskunde en in de filosofie. Het stilstaan bij autonomie zal meer inzicht geven in hoezeer digitalisering kan leiden tot verminderde toegang tot zorg. Ook kan de autonomie van patiënten door digitalisering in het geding komen.

1.3.2 Autonomie

De website van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) geeft een korte uitleg over autonomie. Zij schrijven: “Het principe van respect voor autonomie betekent dat je als arts respect hebt voor iemands opvattingen, keuzes en leefwijze. Respect voor autonomie is belangrijk, omdat mensen zonder dwang van anderen beslissingen moeten kunnen nemen over welke zorg zij wel en niet willen.”⁷ Bij deze opvatting van autonomie lijkt digitalisering goed aan te sluiten. De patiënt heeft door digitalisering namelijk zelf in handen hoe hij zijn zorg wil inrichten.

Maar de uitleg van de KNMG dekt de lading niet volledig. Er zijn namelijk verschillende betekenissen van autonomie. Een van de betekenissen is autonomie als de capaciteit tot zelfbepaling. Er zijn bepaalde capaciteiten nodig om rationele keuzes te maken, zoals kritisch en reflectief denken. Mensen die deze capaciteiten bezitten zijn dus beter in staat hun leven in te richten zoals zij willen. Een andere betekenis is autonomie als recht, waarbij recht op niet-inmenging centraal staat. Mensen die autonomie als recht bezitten, worden niet gedwarsboemd in hun zelfbepaling.⁸ Autonomie als recht veronderstelt dus dat mensen ook de capaciteiten beschikken tot zelfbepaling. Autonomie als recht zien we het meest terug in de uitleg van het KNMG, omdat daar het respect hebben voor de keus van de patiënt centraal staat. De KNMG vooronderstelt dus het bezitten van capaciteiten tot zelfbeschikking. Deze vooronderstelling is echter niet altijd correct; niet iedereen bezit de capaciteiten tot zelfbeschikking.

Digitalisering past bij de uitleg van autonomie als recht, omdat ze nieuwe manieren biedt om de zorg in te richten. Het initiatief voor het gebruik van digitalisering ligt bij de patiënt, omdat autonomie als recht ervan uitgaat dat iemand de capaciteiten tot zelfbeschikking bezit. Dit geeft echter ook meer verantwoordelijkheid. Voor patiënten die de capaciteiten voor zelfbepaling bezitten, zal dit geen probleem zijn. Maar voor patiënten die deze capaciteiten niet of in mindere mate bezitten, zal deze extra verantwoordelijkheid lastig zijn om mee om te gaan. Waar is de grens tussen meer inzetten op autonomie als recht en patiënten aan hun eigen lot overlaten? Overschrijdt digitalisering deze grens?

⁷ KNMG, ‘Respect voor autonomie’, geraadpleegd 19 januari 2021, <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/verdiepen/begrippen-2/respect-voor-autonomie.htm>.

⁸ John Christman, ‘Autonomy in Moral and Political Philosophy’, in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, onder redactie van Edward N. Zalta, Fall 2020 (Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2020), <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/autonomy-moral/>.

Deel twee

2. Zorgethiek

2.1 Inleiding

De zorgethiek is een stroming binnen de ethiek die relatief nieuw is. De stroming is ontstaan in de jaren 80 van de vorige eeuw. De kern van de zorgethiek is dat ze zich bezighoudt met het *goede* van *goede zorg* in de brede zin van het woord. Een van de grondleggers van de zorgethiek is Joan Tronto met haar boek *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Het zorgproces bestaat volgens Tronto uit vier fasen. Al deze vier fasen liggen besloten in de zorghandeling zelf; iemand die zorgt komt alle fasen tegen. Het is dus niet zo dat een arts één van de fasen kan uitbesteden aan bijvoorbeeld een verpleegkundige. De fasen zijn ook geen stappenplan, want elke fase werkt door in de ander en blijft tijdens het zorgproces aanwezig. De vier fasen zijn: *caring about* (oog hebben voor), *taking care of* (ervoor zorgen dat), *care-giving* (zorgen) en *care-receiving* (reageren op zorg).⁹ Verder op in het boek verbindt Tronto aan elke fase een ethisch element.

Voor de protocolfetsijsten bouwt Tronto een disclaimer in: “*The ethic of care is a practice, rather than a set of rules or principles.*”¹⁰ Door de zorgethiek als praktijk te zien in plaats van een reeks regels of principes, verandert de aard van de normativiteit. Als de zorgethiek een lijst regels en principes zou zijn, zou de zorg goed zijn als een zorgverlener die regels opvolgt, maar Tronto stelt dat de zorgethiek een praktijk is. De zorgethiek als praktijk zal later in de tekst uitgebreider aan bod komen.

De zorgethiek van Tronto legt het accent op de zorgverlener. De relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger is echter een intermenselijke relatie. Met intermenselijk bedoelen we dat een relatie tussen arts en patiënt er één is tussen twee mensen. Deze relatie is professioneel van aard, maar niet onpersoonlijk. Persoonlijk en professioneel sluiten elkaar niet uit, want een professionele zorgrelatie is juist ook persoonlijk. Hij is namelijk gericht op die andere persoon. Om het accent meer naar het intermenselijke aspect van zorg te verleggen, zullen we Tronto aanvullen aan de hand van het boek *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning* van Annelies van Heijst. Haar boek gaat over erkenning als proces dat zich tussen mensen afspeelt.

⁹ Joan C. Tronto, *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care* (New York: Routledge, 1993), 106.

¹⁰ Tronto, *Moral Boundaries*, 126–27.

2.2 Tronto

2.2.1 *Oog hebben voor en aandachtigheid*

In de eerste fase (*caring about*) gaat het erom een behoefte van een ander vast te stellen en in te schatten dat deze behoefte vervuld moet worden.¹¹ Hier is aandachtigheid voor nodig. Aandachtigheid is uitdagend omdat het verleidelijk is om anderen te negeren en op jezelf te focussen.¹² Deze aandachtigheid moet er altijd zijn, Tronto beschrijft aandachtigheid dus als een soort houding waarmee iemand in de wereld staat. Later in de tekst zullen we stilstaan bij wat het betekent dat aandachtigheid een houding is.

2.2.2 *Ervoor zorgen dat en verantwoordelijkheid*

De volgende stap is om de vastgestelde behoefte van de ander te zien als iets waar de zorgverlener op kan reageren. Als de vastgestelde behoefte onmogelijk te vervullen is, is het niet nodig om *ervoor te zorgen dat* dit gebeurt. Als ze wel te vervullen is, is het noodzakelijk om verantwoordelijkheid te nemen om de behoefte te vervullen of het probleem op te lossen.¹³ Deze verantwoordelijkheid moet constant geëvalueerd worden. Het is niet iets dat kan worden afgevinkt en dan achterwege gelaten kan worden. Vaak wordt verantwoordelijkheid formeel vastgelegd als het opvolgen van de regels. Dat is niet de verantwoordelijkheid die Tronto bedoelt. Zij suggereert een flexibele vorm van verantwoordelijkheid die niet vast zit aan formele verplichtingen en die in iedere situatie opnieuw ingevuld moet worden.¹⁴

Er zijn verschillende vormen van verantwoordelijkheid, die actief of passief van aard zijn. Iemand kan bijvoorbeeld aangesproken worden op een handeling die hij in het verleden heeft verricht. Omdat iemand nadat de handeling heeft plaatsgevonden wordt aangesproken is dit een vorm van passieve verantwoordelijkheid. Iemand kan ook actief verantwoordelijk zijn, door op een verantwoordelijke wijze vorm te geven aan een taak. Actieve verantwoordelijkheid staat aan de basis van het uitvoeren van de taak.¹⁵ Bij Tronto staat de actieve verantwoordelijkheid centraal, omdat het vervullen van de behoefte van de ander op een verantwoordelijke manier moet plaatsvinden. Ze lijkt verantwoordelijkheid wederom te beschrijven als een houding waar vanuit deze fase van zorgen plaats kan vinden.

¹¹ Tronto, *Moral Boundaries*, 106.

¹² Tronto, *Moral Boundaries*, 127.

¹³ Tronto, *Moral Boundaries*, 106.

¹⁴ Tronto, *Moral Boundaries*, 132–33.

¹⁵ Matthew Talbert, 'Moral Responsibility', in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, onder redactie van Edward N. Zalta, Winter 2019 (Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2019), <https://plato.stanford.edu/archives/win2019/entries/moral-responsibility/>.

2.2.3 Zorgen en deskundigheid

In de volgende fase staat het vervullen van zorgbehoeften van de ander centraal. Dit vereist fysieke activiteit. Een voorbeeld is een verpleegkundige die pijnstilling toedient. Zij heeft eerst gezien dat de ander pijn had en voelt zich verantwoordelijk daar iets aan te doen. Het toedienen van de medicijnen is dan de volgende stap. Tronto verduidelijkt dat zorgen een daad is door het te contrasteren met het geven van geld. Het geven van geld aan een dakloze vervult namelijk geen honger. Het geven van geld is in die zin meer *ervoor zorgen dat* dan echt *zorgen*. Je *zorgt ervoor dat* de dakloze brood kan kopen, maar bij *zorgen* wordt de behoefte van de dakloze direct vervuld. Iemand die honger heeft een boterham geven stilt de honger. Het verschil hiertussen is belangrijk, want *zorgen* voor iemand kan niet met geld alleen.¹⁶

Een belangrijk deel van *zorgen* is deskundigheid. Het is noodzakelijk om deskundig te zijn om de behoefte te vervullen. Tronto vindt deskundigheid belangrijk omdat sommigen zeggen *ervoor te zorgen dat* een probleem wordt opgelost, zonder dat ze zelf enige vorm van *zorg* willen of kunnen leveren. Vooral in grote bureaucratieën komt het voor dat *er wordt gezorgd voor* een schijnoplossing.¹⁷ Het is dus voor de verpleegkundige noodzakelijk dat zij deskundig is, zodat zij kan beslissen welk medicijn ze de patiënt gaat toedienen om diens pijn te verzachten. Als de verpleegkundige niet deskundig zou zijn, zou ze *er* wel voor *kunnen zorgen dat* de patiënt geholpen zou worden, door bijvoorbeeld om hulp te vragen. Maar *zorgen voor* de patiënt door pijnstilling toe te dienen is anders, het is een activiteit die de behoefte van de patiënt direct vervult. Deskundige zorgverleners zijn eigen aan de zorg.

2.2.4 Reageren op zorg en responsiviteit

De laatste fase van zorgen betreft het waarnemen van de reactie van degene voor wie wordt gezorgd. De patiënt heeft bijvoorbeeld minder pijn na de pijnstilling van de verpleegkundige. Het is belangrijk om deze fase te betrekken bij het zorgproces, omdat dat de enige manier is om te achterhalen of de zorgbehoefte is vervuld. De perceptie van zorgbehoeften door de zorgverlener kan namelijk verkeerd zijn, waardoor de behoeften niet vervuld worden.¹⁸ De dakloze die een boterham ontving is bijvoorbeeld gluten-intolerant of de patiënt die pijnstilling kreeg kan geen pillen doorslikken. Het is belangrijk dat de zorgverlener zichzelf niet te snel op de schouders klopt, maar eerst afwacht of de behoefte vervuld is. Het is essentieel om te controleren of de behoefte wel vervuld is, want anders waren alle voorgaande stappen voor niks. Als de verpleegkundige verder gaat met haar rondje en de patiënt met zijn pillen die hij niet kan slikken achterlaat, heeft ze niet goed gezorgd voor de patiënt, want zijn pijn is niet verlicht.

¹⁶ Tronto, *Moral Boundaries*, 107.

¹⁷ Tronto, *Moral Boundaries*, 133–34.

¹⁸ Tronto, *Moral Boundaries*, 107–8.

Er is een bepaalde houding nodig om dat voor elkaar te krijgen, namelijk een responsieve houding. Responsiviteit omschrijft Tronto als een gevoeligheid voor de ander waar je op kunt reageren, waarbij je niet jezelf in hun plaats voorstelt, maar de behoeften van de ander begrijpt zoals die ander ze uitdrukt. Deze responsiviteit legt de afhankelijkheid die aanwezig is in de zorgrelatie bloot. De patiënt die pijn heeft is afhankelijk van de verpleegkundige om de pijn te verlichten.¹⁹

Responsiviteit is belangrijk, omdat ze helpt beseffen dat de patiënt afhankelijk is van de zorgverlener. Door responsief te zijn is iemand ook alert op de mogelijkheden om misbruik te maken van de afhankelijkheidspositie. Tronto stelt dat afhankelijkheid en kwetsbaarheid de mythe weerleggen dat we altijd autonome en potentieel gelijke burgers zijn.²⁰

2.2.5 Integriteit van zorg

Om van goede zorg te spreken moeten de vier fases een geheel vormen. Het is geen stappenplan, waarbij de afgevinkte stap voltooid is en je er niet meer naar omkijkt. In elke zorghandeling liggen alle fasen besloten; alle fasen zijn de hele tijd belangrijk. Ook de vier ethische elementen van zorg; aandachtigheid, verantwoordelijkheid, deskundigheid en responsiviteit moeten samen aanwezig zijn om te zorgen.²¹

¹⁹ Tronto, *Moral Boundaries*, 134–35.

²⁰ Tronto, *Moral Boundaries*, 135–36.

²¹ Tronto, *Moral Boundaries*, 136.

2.3 Van Heijst

2.3.1 Inleiding

Bij zorg zijn zowel de zorgverlener als de zorgontvanger van belang, maar Tronto heeft alleen aandacht voor de zorgontvanger in de laatste fase van zorg. We willen nu graag meer stilstaan bij de dynamiek tussen zorgverlener en zorgontvanger. Annelies van Heijst staat stil bij de relatie tussen zorgverleners en zorgontvangers in haar boek *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Van Heijst behandelt de zorgethiek vanuit erkenning, een andere benadering dan Tronto.

Van Heijst bedoelt met erkenning “iemand zien staan”. Van Heijst schrijft dat zij hier uiteraard niet alleen lopende mensen mee bedoelt. Van Heijst bedoelt met “iemand zien staan” het tegenovergestelde van “iemand als lucht behandelen”. Erkenning is echter een wisselwerking, die op een aantal manieren vorm krijgt. Van Heijst beschrijft het als een “in elkaars ogen bestaan”.²²

2.3.2 Erkenning

Aan de hand van verschillende auteurs behandelt Van Heijst de precieze definitie van erkenning. Zij begint met Charles Taylor. Taylor betoogt dat erkenning samenhangt met identiteit. Hij introduceerde de term *dialogische identiteit*, waarmee Taylor bedoelt dat een mens iemand wordt vanuit en door banden met anderen. Het ontwikkelen van een identiteit hangt dus samen met erkenning krijgen van anderen en erkenning geven aan anderen. Deze wisselwerking van erkenning geven en krijgen is nooit voltooid. Het *zelf* heeft diverse bronnen en kan zichzelf niet vullen. Wie je bent bepaal je dus niet zelf, maar komt in contact met anderen tot stand.²³ Later staan we verder stil bij de manier waarop de betekenis van erkenning van Taylor doorwerkt bij Van Heijst.

Vervolgens gaat Van Heijst in op Axel Honneth, die ze als sparringpartner zal gebruiken om dichterbij de betekenis van erkenning te komen. Honneth deelt erkenning op in drie vormen; liefde, respect en solidariteit. Liefde is volgens Honneth de eerste vorm van erkenning; zelfvertrouwen is hieraan gekoppeld. Liefde is volgens Honneth de erkenning van de noden en van de emotionele afhankelijkheid van een concrete ander. Bij aanwezigheid van liefde kan zelfvertrouwen zich ontwikkelen en dat zelfvertrouwen is nodig voor wederzijdse erkenning.²⁴

Respect is de tweede erkenningsvorm bij Honneth. De betekenis van respect bij Honneth is de rechtserkenning van gelijke rechten. Die erkenning is formeel en

²² Annelies Van Heijst, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*, Derde druk (Kampen: Uitgeverij Klement, 2008), 8–10.

²³ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 29–30.

²⁴ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 32–33.

omvangt dus veel andere mensen die je niet eens kent. Maar je respecteert ze omdat ze net als jou moreel toerekeningsvatbaar zijn.²⁵

De derde vorm van erkenning is sociale waardering, Honneth beschrijft dit zelf met het woord *Solidarität*. Hier wordt de waardering van sociale gelijken voor wat iemand individueel kan bedoeld. Honneth bedoelt dit met name in de sfeer van de beroepsarbeid, niet als een lotsverbondenheid. Vroeger viel sociale waardering samen met iemand zijn status. De pastoor genoot bijvoorbeeld van sociale waardering puur vanuit de status van zijn beroep. In de moderne samenleving bestaat dit niet meer, want iemand moet zijn sociale waardering verdienen door prestaties of door bepaalde eigenschappen te bezitten. In de moderne samenleving moet de pastoor zijn sociale waardering verdienen door een goede pastoor te zijn.²⁶ Het verdienen van sociale erkenning gaat dus gepaard met strijd.

Honneth beschrijft dat er bij elk van de drie zojuist genoemde vormen van erkenning ook een mogelijkheid tot miskennen is. Miskennen verstoort iemand zijn identiteit, want diegene wordt over het hoofd gezien. Miskennen van de liefde is de keerzijde van de liefde, namelijk minachting voor lichamelijke integriteit door fysiek geweld. De keerzijde van respect is het uitsluiten van rechten, bijvoorbeeld op basis van iemand zijn afkomst. Miskennen van sociale waardering uit zich met name in het niet voor vol worden aangezien. Wat Van Heijst interessant vindt aan al deze vormen van miskennen is dat iemand volgens Honneth kan strijden voor erkenning. Het is mogelijk om de nare ervaringen die gepaard gaan met miskennen om te zetten en te strijden voor erkenning, omdat erkenning iets is dat te veroveren is.²⁷ De strijd voor erkenning ontstaat als mensen die laag in aanzien staan nare ervaringen opdoen die kunnen uitmonden in protest. Dit protest informeert dan over het onrecht dat diegene is aangedaan. In de strijd voor erkenning worden de rollen omgedraaid. Degene op wie werd neergekeken zorgt ervoor dat de anderen zich gaan schamen over hoe ze deze persoon hebben behandeld.²⁸

2.3.4 Erkenning bij Van Heijst

Van Heijst vult de betekenis van erkenning bij Honneth aan, want ze meent dat deze op een paar punten te kort schiet. Bij Honneth is erkenning ofwel vanzelfsprekend vanuit liefde ofwel gaat ze gepaard met strijd. Alleen bij een relatie tussen moeder en kind ontstaat erkenning vanuit liefde en is er geen strijd voor nodig. In alle andere gevallen gaat het verkrijgen van erkenning gepaard met strijd. Van Heijst stelt dat erkenning niet altijd strijd hoeft te zijn, maar dat erkenning soms ook vrijelijk wordt gegeven vanuit verbondenheid tussen mensen.

²⁵ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 34.

²⁶ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 35–36.

²⁷ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 36–37.

²⁸ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 38.

Ook vindt ze dat Honneth een te idealistische beeld heeft van het moederschap, dat volgens Van Heijst ook gepaard kan gaan met strijd.²⁹

Een middenweg tussen strijd en liefde in erkenning, is erkenning op basis van identiteit die Taylor beschreef. Bij Honneth volgt erkenning uit moederlijke liefde of uit strijd; wie je bent is hier minder van belang. Ook status doet er niet meer toe, want sociale erkenning moet ook verworven worden door het leveren van prestaties of het bezitten van bepaalde eigenschappen. Identiteit als bron van erkenning is dus een soort middenweg, omdat erkenning ontstaat op basis van wie iemand is. Een moeder erkent haar kind, omdat het haar kind is. Dat gaat vaak gepaard met liefde, maar kan ook gepaard gaan met strijd.

Wanneer we kijken naar erkenning in de zorg komt er een element bij, namelijk de ongelijkheid in de zorgrelatie. Honneths theorie gaat uit van gelijkheid en zelfredzaamheid om tegen miskennen op te staan. Deze zelfredzaamheid lijkt moeilijk samen te gaan met de afhankelijkheid waarvan in de zorgrelatie sprake is. Van Heijst ziet het ook als een probleem dat Honneth te zwaar op respect leunt. Honneth ziet respect als rechtserkenning van gelijke rechten. Van Heijst stelt echter dat gelijke rechten op papier weinig opleveren als die rechten niet verzilverd kunnen worden.³⁰ Hier bedoelt Van Heijst mee dat zwakken in onze maatschappij recht hebben op zorg, maar de weg hiernaartoe vaak niet kunnen vinden. Zo zijn er bijvoorbeeld verschillende soorten hulp voor laaggeletterdheid, maar hoe kom je als laaggeletterde bij die hulp? Een laaggeletterd persoon kan geen websites lezen en interpreteren en schaamt zich hiervoor, dat maakt de drempel om hulp te zoeken hoger.

Van Heijst is het op meer punten oneens met Honneth. Honneths theorie gaat uit van gelijke rechten, maar dit voldoet volgens Van Heijst niet om de zorg goed te kunnen organiseren. Gelijke rechten kunnen tot bepaalde hoogte wel gelijke toegang tot de zorg garanderen, maar rechten beschrijven niet in detail hoe de zorg moet worden ingericht op institutioneel niveau. Ook al gingen er stromen geld naar de zorg, dat betekent niet dat er ineens goede zorg geleverd wordt. Verder stelt Van Heijst dat zorgafhankelijke volwassenen meer nodig hebben dan respect alleen. Vooral zorgafhankelijke bewoners van een instelling, die het grootste deel van de dag te maken hebben met professionals, zoeken een vorm van erkenning om wie ze zijn. Ook hopen ze op erkenning in de vorm van warmte, bijvoorbeeld door een kussen in de rug of een praatje. Van Heijst schrijft dat veel professionals beweren hier geen tijd voor te hebben, maar Van Heijst vindt dat de zorgverlener hier zelf tijd voor kan vrijmaken. Medemenselijkheid tonen hoort bij

²⁹ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 50–51.

³⁰ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 51–53.

werken in de zorg, en de ruimte om hier iets mee te doen hangt af van hoe belangrijk de zorgverlener dit zelf vindt.³¹

2.3.5 Erkennen van patiënten

Erkenning is een wisselwerking tussen groepen of personen. Erkenning kan plaatsvinden tussen patiënt en zorgverlener, maar ook tussen zorgverlener en werkgever. Om deze verschillende relaties waar erkenning plaatsvindt te behandelen, behandelt Van Heijst erkenning van verschillende groepen door elkaar. Eerst zal ze ingaan op de erkenning van patiënten en vervolgens de erkenning van zorgverleners. Dit doet ze tegen de achtergrond van een bepaalde ontwikkeling in de zorg.

De kwaliteitsnormen zijn volgens Van Heijst steeds bedrijfsmatiger en technischer geworden. Zij vreest voor zinsverlies in de zorg door deze bedrijfsmatige aanpak. Van Heijst stelt dat om zinsverlies in de zorg tegen te gaan het geven en krijgen van erkenning mogelijk moet worden. Dat kan alleen door een verandering op organisatieniveau. Van Heijst pleit ervoor om op organisatieniveau zorgprocessen logistiek te plannen zodat “mensen niet volstrekt inwisselbaar zijn, maar er contacten zijn waar men elkaar een beetje kan leren kennen.”³² Ze bedoelt hier niet mee dat artsen gezellige praatjes moeten houden met al hun patiënten. De erkenning kan ook in de medische handeling zelf liggen, zo lang deze met aandacht voor de patiënt in het bijzonder wordt uitgevoerd. Van Heijst beschrijft drie kanten van erkenning geven aan de patiënt die zij belangrijk acht. Als eerste stelt ze dat het belangrijk is om helpend en verhelpend in te gaan op de nood. Hierdoor voelt de patiënt zich erkend als iemand die de moeite van zorg verlenen waard is. Ten tweede is erkennen van de zorglast die aan de ziekte vast zit belangrijk. Op deze manier voelt een patiënt zich gehoord. Als laatste is het erkennen van het unieke van de zorgbehoevende plaats op lichamelijk en organisch vlak en als uniek menselijk wezen.³³

2.3.6 Erkenning van zorgverleners

Erkenning vindt plaats tussen meerdere groepen of personen, vandaar dat Van Heijst ook stilstaat bij de erkenning van zorgverleners. Ze behandelt de erkenning van zorgverleners vanuit de samenleving, vanuit zorgorganisaties en vanuit collega's. Een voorbeeld van miskennis vanuit de samenleving is dat taakstraffen soms worden uitgevoerd in zorginstellingen. De onderliggende boodschap is volgens Van Heijst dat vervelende taken die niemand anders wil opknappen voor mensen met een taakstraf zijn.³⁴ Dit doet volgens Van Heijst afbreuk aan de status van bewoners van de zorginstellingen en aan de werknemers. Er vindt volgens Van Heijst ook miskennis plaats vanuit

³¹ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 53–57.

³² Van Heijst, *Iemand zien staan*, 63.

³³ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 65.

³⁴ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 78.

zorgorganisaties. Zij stelt dat dit gebrek aan erkenning naar voren komt in de grote aantal tijdelijke contracten. De organisatie geeft hier mee een signaal af dat ze zich niet aan de professional willen binden. Dit wekt geen vertrouwen bij de professional. Zij kunnen zich niet binden aan hun werkplek, omdat zij vaak van werkplek moeten wisselen.³⁵

Van Heijst schrijft tot slot over erkenning tussen collega's. Zij stelt dat er op veel werkplekken te weinig waardering is voor collega's die een andere functie hebben. Dit is volgens Van Heijst het gevolg van de rangorde die voortkomt uit salarisschalen en hiërarchie. Door deze rangorde is het niet vanzelfsprekend dat verschillende professionals elkaar erkennen als collega's. Voor een goede samenwerking is het echter belangrijk dat verschillende zorgverleners elkaar waarderen als collega's.³⁶

2.3.7 Tronto en Van Heijst

De erkenning die Van Heijst beschrijft lijkt erg op de eerste fase van zorgen van Tronto, waar het vaststellen van een behoefte bij een ander het belangrijkste is. Wanneer Van Heijst beschrijft dat het belangrijk is helpend in te gaan op de nood van de ander lijkt dit heel sterk op de aandachtigheid bij Tronto. Ook de uitleg die Van Heijst geeft van liefde als vorm van erkenning bij Honneth lijkt heel erg op de eerste zorgfase bij Tronto. De auteurs denken in dezelfde richting, maar er zit een onderscheid in hun denken dat maakt dat Van Heijst een goede aanvulling is op Tronto.

De erkenning die Van Heijst beschrijft geeft handvatten hoe een behoefte kan worden vastgesteld. Namelijk door de zorglast te erkennen en in te gaan op het unieke van de ander. Het is belangrijk om niet alleen pijn bij een patiënt vast te stellen, maar ook om die patiënt te zien als een uniek persoon die in het ziekenhuis ligt en pijn heeft. Van Heijst haar beschrijving van erkenning is interpersoonlijker dan de zorgethiek van Tronto. Het nadeel is dat de zorgethiek van Van Heijst beperkt praktisch toepasbaar is. Van Heijst geeft in haar boek niet aan hoe je het beste kunt zorgen. Ze beschrijft het belang van erkenning voor de zorgrelatie, maar geeft niet aan op welke manier dit vorm kan krijgen in de praktijk. Tronto is daarentegen heel praktisch. Door het indelen van zorg in vier fasen beschrijft ze hoe een zorgverlener het beste kan zorgen. Van Heijst zoomt vooral in op de vierde fase van zorg en focust zich op het intermenselijke zorgcontact.

³⁵ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 83.

³⁶ Van Heijst, *Iemand zien staan*, 84–87.

2.4 Deugdethiek

2.4.1 Inleiding

In de zorgethiek van Tronto en Van Heijst spelen een aantal begrippen die ook voorkomen in de deugdethiek van Aristoteles. Om de achtergrond van die begrippen beter te begrijpen heeft het meerwaarde om ons te verdiepen in deze ethiek. Na het behandelen van enkele grondslagen van de deugdethiek zullen we dieper ingaan op het gebruik van enkele deugdeethische begrippen door Tronto en Van Heijst. De begrippen waar het hier om draait zijn; *houding* en *praktijk*.

2.4.2 Aristotelische deugdethiek

De deugdethiek is voor het eerst beschreven door Aristoteles in zijn werk *Ethica Nicomachea*. Alvorens hij begint met de uitleg van *deugd*, beschrijft hij eerst *geluk*. Geluk is “datgene wat op zichzelf genomen het leven begerenswaardig maakt en het aan niets doet ontbreken.”³⁷ Aristoteles omschrijft geluk als volgt: “Het geluk is dus als doel van ons handelen iets uiteindelijk en in zichzelf voldoende.”³⁸ Het geluk waar Aristoteles op doelt is een persoonlijk geluk in de zin dat het door de persoon zelf wordt beleefd. Dit geluk is niet volledig zelf te creëren, maar hangt ook samen met levensomstandigheden. Geluk hangt bijvoorbeeld samen met het hebben van vrienden of kinderen. Daar is een zekere mate van toeval bij nodig, want niet iedereen met een kinderwens is in staat kinderen te krijgen. Ook kunnen vrienden of kinderen overlijden en dat doet het eigen geluk geen goed.³⁹

Toch is het geluk niet alleen op toeval gebaseerd. Aristoteles beschrijft dat geluk: “een zekere activiteit is van de ziel overeenkomstig de deugd.”⁴⁰ De deugd is een houding in het midden tussen twee uitersten in emoties. Er zal later in de tekst dieper op de deugd worden ingegaan.

Het hoogste doel, stelt Aristoteles, is het object van de staatkunde. Deze staatkunde maakt burgers deugdzaam en stelt ze in staat tot goede dingen. Het onderdeel zijn van een gemeenschap is dus een belangrijk onderdeel van geluk in de deugdethiek. Geluk is juist sociaal, want het komt alleen tot stand in een gemeenschap.

Om gelukkig te worden is het noodzakelijk om deugdzaam te leven. Deugd is hierbij niet het middel om geluk als doel te bereiken, maar geluk krijgt vorm in een deugdzaam leven. Geluk ontwikkelt zich in het deugdzaam leven; het zit in de deugdzaam handeling.

³⁷ Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, vertaald door Reginald Willem Thuijs (Amsterdam: Wereldbibliotheek, 1954), 1097b15.

³⁸ Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1097b20.

³⁹ Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1099a30-1099b10.

⁴⁰ Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1099b25-27.

De deugdethiek is een vorm van ethiek die het goede stimuleert. Ze bestraft verkeerde handelingen niet, maar stimuleert de beste keuze te maken. Het is de bedoeling een zo goed mogelijk mens te worden.⁴¹ Dit gebeurt binnen een gemeenschap waar de staatkunde de vorming tot deugdzaamheid stimuleert.

2.4.3 Deugd als houding

De deugd is een houding die zich in het midden tussen twee uiterste emoties bevindt. De ziel bestaat uit drie delen: passies, vermogens en gesteldheden. Voorbeelden van passies zijn onder andere: woede, begeerte, vrees, afgunst en blijdschap. Vermogens zijn dingen waardoor wij de passies kunnen ondergaan, bijvoorbeeld waardoor wij woede kunnen voelen. Gesteldheden zijn de manier waarop wij ons verhouden tegenover de passies. Zo verhouden we ons slecht tegenover woede als deze te heftig of te zwak is. Maar we verhouden ons goed tegenover woede als deze met mate plaatsvindt.⁴² Een deugd is volgens Aristoteles een gesteldheid, omdat ze een houding is die zich op een bepaalde manier verhoudt tot emoties.

Aristoteles beschrijft *deugd* als “een gesteldheid die weet te kiezen en het op ons afgestemde midden houdt, hetwelk bepaald wordt door de rede, en wel zo, als de verstandige mens dat zou bepalen. Zij is een midden tussen twee ondeugden, waarvan de ene door een teveel, de ander door een te weinig wordt bepaald.”⁴³ Handelingen kunnen deugdzaam zijn als ze worden verricht op het juiste moment, in de juiste tijdsduur, ten aanzien van de juiste objecten en de juiste personen.⁴⁴ Verstandigheid is het vermogen dat bepaalt wanneer welke handeling de juiste is in specifieke situaties, dit zal later in de tekst uitgebreider worden behandeld.

Een deugd als houding is het midden tussen twee uitersten in emoties. Een voorbeeld van een deugd is dapperheid. Deze is het midden tussen vrees en moed, want wie bovenmatig bang is, is een lafaard en wie bovenmatig moedig is, is overmoedig.⁴⁵ Een ander voorbeeld is vrijgevigheid, dat het midden is tussen verkwisting en gierigheid. Als iemand te ver doorschiet in het ene, schiet men in het andere tekort. Een verkwister gaat in het uitgeven te ver en in het sparen tekort. Een gierigaard spaart te veel en schiet in het uitgeven tekort.⁴⁶

Dat de deugd het midden is tussen twee uiterste emoties moet niet worden gezien als middelmatigheid. Een handeling die deugdzaam is, onderscheidt zich juist van het middelmatige. Het gaat daarbij niet om een precies midden tussen de twee uitersten, daarom lijkt de deugd soms meer op de ene en minder op de andere

⁴¹ Paul Van Tongeren, ‘De deugdethiek’, in *Deugdethiek en integriteit* (Assen: Van Gorcum, 2010), 21.

⁴² Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1105b20-30.

⁴³ Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1107a1-5.

⁴⁴ Marcel Becker e.a., red., ‘Deugd’, in *Lexicon van de ethiek* (Assen: Van Gorcum, 2007), 71.

⁴⁵ Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1107b1-5.

⁴⁶ Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1107b10-15.

ondeugd. Dapperheid is bijvoorbeeld meer tegengesteld aan lafheid dan aan overmoed. We laten ons makkelijker verleiden om laf te zijn, daarom is het meer tegengesteld aan dapperheid.⁴⁷ Om deugdzaam te zijn moet iemand streven naar het andere uiterste dan waar hij van nature naar geneigd is, net als bij het recht buigen van krom hout.⁴⁸ Ieder mens is anders en van nature tot een ander extreem geneigd. Iemand die van nature gierig is, moet meer naar het verkwistende extreem neigen om op die manier het midden te vinden.

2.4.4 Vorming van een deugdzame houding

De vorming van een deugdzame houding gaat niet van de een op de andere dag. Houdingen bepalen de handeling, maar worden op hun beurt ook bepaald door handelingen. Door handelingen uit te voeren wordt er een spoor getrokken. Het is gemakkelijker om de volgende keer datzelfde spoor te volgen, dan om een andere handeling te verrichten. Hoe vaker een bepaald spoor gevolgd is, hoe makkelijker het is om dat spoor te blijven volgen. Er ontstaat een patroon dat naar een bepaalde handeling leidt. Dit spoor ligt niet definitief vast, er is altijd de mogelijkheid om een andere keuze te maken. De vorming van een houding is zo een project dat het hele leven aanwezig blijft, het is nooit voltooid. We kunnen onszelf namelijk altijd verbeteren.⁴⁹

Andere mensen hebben ook invloed op ons handelen en daarmee ook op ons handelen in de toekomst. Voor we zijn geboren hebben anderen al invloed op ons leven gehad en daarmee al de eerste sporen getrokken. Ook ons hele leven door blijven anderen van invloed op onze handelingen. Andersom heeft ons handelen ook effect op het handelen van anderen. Onze handelingen vormen onze houding en dit heeft effect op de vorming van de houding van anderen. We worden in ons leven constant gevormd en geven anderen vorm doordat men niet geïsoleerd, maar in een gemeenschap leeft.⁵⁰ Het leven in een gemeenschap is dus heel belangrijk in de deugdedethiek. We lazten eerder dat het persoonlijk geluk alleen tot stand kan komen in een gemeenschap, maar we worden ook gevormd door deze gemeenschap en geven de gemeenschap op onze beurt vorm.

2.4.5 Verstandigheid

Het is noodzakelijk om in elke specifieke situatie te bepalen wat de juiste handeling is vanuit een deugdzame houding. Wat de juiste handeling is hangt af van verschillende factoren, bijvoorbeeld de personen, de omgeving, het tijdstip, enzovoort. Om dit per situatie allemaal te bepalen is verstandigheid nodig. Immers, dapperheid in een oorlog is anders dan dapper zijn op straat.⁵¹

⁴⁷ Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1109a1-20.

⁴⁸ Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1109a20-b10.

⁴⁹ Van Tongeren, 'De deugdedethiek', 23.

⁵⁰ Van Tongeren, 'De deugdedethiek', 23-24.

⁵¹ Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1140b20.

Verstandigheid is het vermogen om algemene principes op individuele situaties toe te passen. Zij is onderdeel van een deugdzaam leven en geluk is deugdzaam leven. De keuze over hoe gehandeld moet worden in een specifieke situatie moet gericht zijn op het juiste midden in die situatie, maar ze moet ook het geluk in het algemeen in acht nemen.⁵²

2.4.6 Praxis

Een belangrijk onderscheid in de deugdeethiek is het onderscheid tussen *handelen* (*praxis*) en *maken* (*poiésis*). Dit onderscheid is noodzakelijk om activiteiten moreel te kunnen beoordelen. Als we willen beoordelen hoe goed iemand een activiteit uitvoert, is het noodzakelijk om te weten welk doel de activiteit heeft. Bij *handelen* ligt het doel van de activiteit in de activiteit zelf. Zo is de schoonheid van dapper zijn het doel van een dappere handeling. In het geval van *maken* ligt het doel van de activiteit buiten de activiteit zelf. Als een timmerman een tafel maakt, is het doel van zijn timmerwerk de tafel.⁵³

Alle deugdzame handelingen zijn te zien als *praxis*, omdat bij alle deugdzame handelingen het doel in de deugdzame handeling zelf ligt. Deugdzame handelingen zijn immers de verwerkelijking van geluk. We hebben eerder beschreven dat verstandigheid belangrijk is om te bepalen wat in elke situatie de juiste handeling is. Uiteindelijk kan beoordeeld worden of er een goede daad is verricht in die situatie. Dit is een andere beoordeling dan de beoordeling van activiteiten die gericht zijn op het *maken*. Om te beoordelen of de timmerman goed werk heeft geleverd, kijkt men naar de tafel. Het verschil is dat *maken* indirect moreel geladen is. De timmerman wordt aan de hand van zijn tafel beoordeeld op zijn werk. Het timmeren zelf kan niet als goed of slecht worden beoordeeld zonder de tafel gezien te hebben. *Handelen* daarentegen heeft direct een moreel karakter.⁵⁴ Om te beoordelen of iemand in een situatie dapper was, moet men zich eerst verdiepen in die specifieke situatie en persoon. Pas dan kan beoordeeld worden of diegene goed gehandeld heeft. *Praxis*-activiteiten zijn niet te beoordelen aan de hand van vastliggende criteria, omdat elke situatie en elk persoon verschillend is, en de juistheid van de handeling afhankelijk is van de context.⁵⁵

⁵² Marcel Becker e.a., red., 'Prudentia / Verstandigheid', in *Lexicon van de ethiek* (Assen: Van Gorcum, 2007), 274–75.

⁵³ Marcel Becker e.a., red., 'Praxis-Poiésis', in *Lexicon van de ethiek* (Assen: Van Gorcum, 2007), 266.

⁵⁴ Becker e.a., 'Praxis-Poiésis', 266–67.

⁵⁵ Van Tongeren, 'De deugdeethiek', 26.

2.5 Deugdeethiek bij Tronto en Van Heijst

2.5.1 Inleiding

De zorgethiek die Tronto en Van Heijst beschrijven is beter te begrijpen tegen de achtergrond van de deugdeethiek. Eerst zal er worden ingegaan op het gebruik van het woord *practice* bij Tronto en hoe zich dit verhoudt tot de *praxis* bij Aristoteles. Vervolgens zal de juiste houding door Tronto en Van Heijst besproken worden. Ten slotte zullen we stilstaan bij het gebruik van morele verstandigheid door Tronto en Van Heijst.

2.5.2 *Practice* en *praxis*

Tronto stelt aan het begin van haar werk dat de zorgethiek een *practice* is; een praktijk. Tronto gebruikt het woord *practice* in de inleiding om duidelijk te maken dat de zorgethiek geen lijst met regels is. Zij suggereert daarmee dat een lijst met regels niet samengaat met een *praktijk*, maar ze legt dit niet verder uit. We zullen de kennis die we hebben opgedaan over *praxis* in de deugdeethiek gebruiken om de zorgethiek op dit punt meer diepgang te geven.

We hebben eerder gelezen dat Aristoteles onderscheid maakt tussen *praxis* (*handelen*) en *poiësis* (*maken*). Bij het maken staat het doel van de activiteit buiten de activiteit, zoals bij het maken van een tafel. Het is vervolgens relatief eenvoudig om de activiteit te beoordelen, omdat het doel aan de hand van vastliggende criteria getoetst kan worden. Wanneer Tronto stelt dat de zorgethiek geen lijst met regels is, suggereert ze dat goede zorg niet op een soortgelijke manier getoetst kan worden. Er is in de zorg geen sprake van *maken*, maar van *handelen*. Tronto haar suggestie dat er in de zorg sprake is van handelingen met een intrinsiek doel heeft gevolgen voor de morele beoordeling van zorghandelingen.

Dat de zorgethiek een *praxis* is, betekent dat de handelingen zelf centraal staan. Deze handelingen hebben een eigen doel, en zijn daardoor moeilijker aan de hand van vastliggende criteria te beoordelen. Bij een handeling is namelijk de context van belang voor het maken van een keuze. De algemene criteria zijn te algemeen en niet van toepassing op specifieke situaties. De zorgethiek wil niet te werk gaan als een accreditatiecommissie die de zorg beoordeelt op het aantal complicaties en patiënttevredenheid. Zij gaat over de zorghandelingen die contextafhankelijk zijn en daarom niet te beoordelen met behulp van vastliggende criteria. De morele beoordeling van zorghandelingen is daardoor complex.

2.5.3 Deugd als houding

Ook Tronto haar behandeling van de vier fasen van zorg en de bijbehorende ethische elementen bevestigt dat zij de zorgethiek als *praxis* ziet. Zij behandelt de ethische elementen als deugden. Zo stelt ze dat aandachtigheid er altijd moet zijn en dat het moeite kost om aandachtig te zijn. Het kost moeite om deugzaam te

zijn, net als aandachtigheid moeite kost. Een mens kan hierin oefenen. Als men vaak aandachtig is zal aandachtigheid een onderdeel worden van hun karakter.

Verantwoordelijkheid beschrijft ze als een flexibele vorm van verantwoordelijkheid die niet draait om het opvolgen van regels. Ze beschrijft deze verantwoordelijkheid indirect als een houding die er altijd is en die oefening vereist. Responsiviteit beschrijft Tronto ook als een houding van de zorgverlener, waarin de zorgverlener openstaat voor de ander en hierop reageert. Deze reactie op de ander is situationeel bepaald. We hebben eerder gelezen dat verstandigheid een rol speelt bij het vinden van de juiste handeling in een specifieke situatie. Verstandigheid is dus nodig bij responsiviteit. Verderop in de tekst zal het belang van verstandigheid voor het werk van Tronto uitgebreider aan bod komen

Tronto beschrijft deugden, maar wijst ons niet op de ondeugden die gepaard gaan met de beschreven deugden; ze beschrijft niet tussen welke twee extremen aandachtigheid het juiste midden is. Verder beschrijft Tronto niet hoe deze deugdzame houdingen ontwikkeld kunnen worden. Aristoteles kan hier verdieping bieden. In zijn deugdethiek wordt beschreven hoe een deugdzame houding gevormd wordt. Om deze houding te vormen is het noodzakelijk deze te trainen. Door keer op keer de juiste beslissing te maken, wordt de deugdzame houding als het ware gevormd. Deugden zijn als spieren; training is noodzakelijk om ze sterk te maken en te houden. Net als bij een spier blijft oefening nodig om de deugdzam te zijn en de blijven. Door steeds aandachtig te zijn, wordt de deugdzame houding van aandachtigheid steeds meer onderdeel van iemand zijn karakter.

Ook de omschrijving van erkenning bij Van Heijst is te verduidelijken vanuit de deugdethiek. Van Heijst ziet de zorg, net als Tronto, als een praxis. Zij stelt namelijk dat de erkenning die zij terug wil brengen in de zorg niet gebaseerd is op regels.

We hebben gelezen dat Van Heijst drie kenmerken omschreef die bijdragen aan het erkennen van patiënten. Deze kenmerken zijn: helpend en verhelpend ingaan op de nood van de patiënt, erkennen van de ziektelast en het erkennen van het unieke van de zorgbehoevende plaats op lichamelijk en organisch vlak en als uniek menselijk wezen. Van Heijst beschrijft hier geen stappenplan naar erkenning, ze omschrijft vanuit welke houding erkenning kan plaatsvinden. Haar erkenningsbegrip is dus als deugd te zien. Erkenning moet bij Van Heijst altijd aanwezig zijn, net als een deugd. Erkenning moet namelijk niet alleen plaatsvinden in de spreekkamer tussen arts en patiënt, maar de hele dag door. Erkenning moet ook plaatsvinden in interacties tussen collega's op de werkvloer en collega's van een ander specialisme. Hierdoor is erkenning niet iets dat afgevinkt kan worden, maar moet het onderdeel worden van iemand zijn karakter, net als een deugd.

Van Heijst beschrijft hoe erkenning tot stand kan komen zonder hiervoor deugdethische taal van het midden te gebruiken. De kenmerken van erkenning die zij beschrijft kunnen we zien als aanwijzingen voor het vormen van een deugdzame houding waar erkenning kan plaatsvinden.

2.5.4 Morele verstandigheid

We hebben eerder in deze scriptie behandeld dat verstandigheid nodig is om in specifieke situaties te beslissen welke handeling de juiste is. Dit is ook in de zogethiek van toepassing; Tronto en Van Heijst benadrukken meermaals het belang van besluiten welke handeling de juiste is in specifieke situaties. Maar zij spreken slechts in termen van vakbekwaamheid. Tronto behandelt verstandigheid impliciet bij het behandelen van het ethische element deskundigheid. Wat Tronto echter bedoelt met deskundigheid is vakinhoudelijke kennis samen met wat Aristoteles zou benoemen als verstandigheid. Het is belangrijk onderscheid te maken tussen verstandigheid en vakinhoudelijke kennis. We zullen aan de hand van het onderscheid tussen *praxis* en *poièsis* uitleggen waarom.

We hebben behandeld dat er bij *poièsis* sprake is van een extern doel dat kan worden beoordeeld aan de hand van vastliggende criteria. Een timmerman heeft vaktechnische kennis nodig om een tafel te kunnen bouwen. Diezelfde timmerman kan echter ook besluiten om een guillotine te bouwen. Als die guillotine op basis van vastliggende criteria goed in elkaar zit, beoordeelt men de vakinhoudelijke kennis van de timmerman nog steeds als goed. Goede vakinhoudelijke kennis leidt dus niet automatisch tot een goed doel. Goede vakinhoudelijke kennis kan gebruikt worden om een slecht doel te bereiken.

Dat is echter niet het geval bij verstandigheid; verstandige keuzes zijn altijd goede keuzes. Voor de zorg betekent dit het volgende. Zorgverleners bezitten natuurlijk vakinhoudelijke kennis. Het feit dat zij die kennis bezitten, betekent echt niet per se dat die kennis alleen voor goede doeleinden gebruikt kan worden. Om de vakinhoudelijke kennis goed te gebruiken, is meer nodig dan kennis alleen; namelijk wat Aristoteles beschrijft als verstandigheid. Het goed kunnen toepassen van die kennis op specifieke situaties maakt iemand een goede zorgverlener. Dat is ook logisch, aangezien zorgen een *praxis* activiteit is. Goed zorgen is het doel van de zorghandeling zelf. Zorghandelingen hebben direct impact op patiënten, wij verwachten daarom meer van een zorgverlener dan vakinhoudelijke kennis alleen.

Tronto impliceert hetzelfde in haar beschrijving van deskundigheid. Zij stelt dat actief zorgen alleen mogelijk is met deskundigheid, en dat zonder deskundigheid het alleen mogelijk is *ervoor te zorgen dat* iets gebeurt. Zou Tronto met deskundigheid alleen vakinhoudelijke kennis bedoelen, dan klopt deze bewering niet. Vakinhoudelijke kennis alleen is niet voldoende om goed te kunnen zorgen, want zorgen is een *praxis* activiteit en hier is verstandigheid voor nodig. De

betekenis van deskundigheid die Tronto gebruikt is; het op een goede manier toepassen van vaktechnische kennis in specifieke situaties.

2.5.5 Deugdethiek biedt verdieping in de zorgethiek

We hebben behandeld dat Tronto en Van Heijst begrippen gebruiken die ook voorkomen in de deugdethiek. De zorgethiek gebruikt de deugdeethische begrippen op een impliciete manier. Zij geeft geen context aan het ontstaan van een deugdzame houding, terwijl ze wel deugden omschrijft. De deugdethiek geeft diepgang, omdat ze duidelijk beschrijft hoe een deugdzame houding tot stand komt. Verder is het onderscheid tussen *praxis* en *poiësis* belangrijk, omdat de zorgethiek uit gaat van een *praxis*. Tronto en Van Heijst nemen aan dat de zorgethiek een *praxis* is zonder expliciet te beschrijven wat dat behelst. De deugdethiek geeft ook op dit vlak diepgang. Het is met de deugdethiek in het achterhoofd duidelijker te begrijpen dat het beoordelen van zorg niet alleen kan plaatsvinden op basis van vastliggende criteria, zoals complicatiecijfers. De zorg is namelijk niet alleen gericht op een extern doel, maar juist op een ‘intern doel’: goed zorgen op zichzelf is het doel van zorgen. De deugdethiek geeft achtergrondinformatie en verdieping over de zorgethiek die belangrijk zijn voor een compleet begrip van de zorgethiek.

Deel drie

3. Behandelen van ethische uitdagingen

In het eerste deel van deze scriptie zijn een aantal ethische uitdagingen beschreven. De ethische uitdagingen zullen nu behandeld worden aan de hand van de behandelde literatuur.

3.1 Segmentering

Een van de gevolgen van digitalisering in de huisartsenpraktijk is segmentering. Dit komt onder andere door het bij voorbaat categoriseren van klachten. Een patiënt moet voordat het consult plaatsvindt de keuze maken hoe hij het consult wil laten plaatsvinden. Stelt hij een vraag door middel van een e-consult? Dan moet hij eerst controleren of hij aan de eisen van een e-consult voldoet. Alleen korte vragen waar een kort antwoord op gegeven kan worden zijn geschikt voor een e-consult. Is de vraag iets uitgebreider, dan kan de patiënt kiezen voor een videoconsult. Aan het aanvragen van een videoconsult worden echter ook eisen gesteld door huisartsenpraktijken. Zo zijn alleen vragen geschikt waar geen lichamelijk onderzoek noodzakelijk is. De patiënt kan zijn klachten ook opzoeken op *thuisarts.nl*.

Het gevolg van bovengenoemde toepassingen van digitalisering in de huisartsenpraktijk, is dat klachten van een persoon versnipperd zijn over verschillende soorten consulten. Er is een e-consult over klacht A, een videoconsult over klacht B en de patiënt kijkt op *thuisarts.nl* voor klacht C. Het gevaar is dat er geen overzicht is over de algehele gezondheid van de patiënt. De overkoepelende blik van de huisarts dreigt te verdwijnen.

Deze overkoepelende blik is heel belangrijk in de huisartsenzorg omdat ze, zoals we in deel één hebben behandeld, een generalistisch specialisme is. We hebben in deel twee de vier fasen van zorgen uit het werk van Tronto behandeld. Deze vier fasen moeten allemaal aanwezig zijn om goed te kunnen zorgen.

Een van de uitdagingen van digitalisering in de huisartsenpraktijk, bekeken vanuit de zorgethiek van Tronto, is de manier waarop de afspraak gemaakt wordt. De patiënt moet zelf kiezen op welke manier hij de huisarts wil spreken. Hierdoor wordt de eerste fase *oog hebben voor* naar de patiënt gedelegeerd. De patiënt moet zelf al inschatten op welke manier zijn zorgvraag vervuld kan worden. Daarbij moet hij zich bijvoorbeeld afvragen of er lichamelijk onderzoek zal moeten plaatsvinden. Door de patiënt deze verantwoordelijkheid te geven, wordt de eerste fase van zorgen uitbesteed. Het is echter niet de bedoeling dat fasen worden uitbesteed, want juist samen vormen zij het zorgproces.

Een ander vlak waar digitalisering een uitdaging vormt voor de zorgethiek is de inhoud van het digitale consult. Door de aard van de verschillende digitale consulten is het minder makkelijk om van de klacht af te wijken. Het gevaar is dat patiënten voor losse klachten worden behandeld, zonder dat er rekening wordt gehouden met de hele persoon. Binnen de zorgethiek van Tronto is wederom de eerste fase in het geding. Het gaat hier niet over aandachtigheid voor de hulpvraag van de patiënt, maar om aandachtigheid voor de patiënt in zijn geheel. De aandachtigheid die Tronto beschrijft gaat primair over het aandachtig zijn voor de hulpvraag van de ander. Aandachtigheid is echter ook nodig bij het zien van de ander in zijn geheel, iets dat met name voor de huisartsenzorg belangrijk is. Voor deze vorm van aandachtigheid is minder ruimte in een digitaal consult. Aandachtigheid moet echter altijd aanwezig zijn, ze is een houding vanuit waar iemand kan zorgen. Het is gemakkelijk om niet aandachtig te zijn en er vanuit te gaan dat patiënten eventuele andere klachten zelf benoemen. Passief omgaan met digitalisering is dus net als toegeven aan een verleiding. We hebben van de deugdethiek geleerd dat aandachtigheid moeite kost. Het is een houding die, net als alle houdingen, training behoeft om sterk te blijven.

Niet alleen de klachten van de patiënt worden gesegmenteerd door digitalisering, de zorg zelf ook. Patiënten die niet de vaardigheden hebben om een digitaal consult juist in te plannen komen later in de tekst aan bod. We nemen nu als voorbeeld een groep die op een juiste manier een digitale afspraak maakt voor een klacht. Het volgt dan vanzelf dat deze klacht niet te ingewikkeld is. Als deze te ingewikkeld was, had de patiënt begrepen dat deze klacht niet geschikt is voor een digitaal consult. Het gevaar is echter dat deze ‘simpele’ consulten automatisch worden uitbesteed aan een lager geschoold iemand, zoals de doktersassistente of de praktijkondersteuner.

Dit zou een door bedrijfsmatige overwegingen ingegeven verandering zijn, want lager geschoolde werknemers kosten minder en de opbrengst voor het consult blijft gelijk. Het levert dus meer op om deze ‘simpele’ consulten door een lager geschoold iemand uit te laten voeren. Dit zou tot nog meer segmentering leiden. Het gevaar is echter dat klachten op het eerste oog ‘simpel’ lijken, maar dat achteraf niet blijken te zijn. Doktersassistenten en praktijkondersteuners zorgen dan voor de patiënt, maar zijn door gebrek aan kennis niet altijd in staat te zien hun zorg niet adequaat is. Om segmentering tegen te gaan, is het belangrijk dat de huisarts het overzicht kan bewaren om te kunnen zorgen voor de hele patiënt. Het overnemen van zorg door doktersassistenten en praktijkondersteuners vindt nu ook al plaats. Dit werk is echter ingebed in onderling overleg met de huisarts. Het gevaar van segmentering ontstaat als er geen overleg meer plaatsvindt en dat er binnen de huisartsenpraktijk twee losse systemen ontstaan. Waarbij de huisarts en de doktersassistenten en praktijkondersteuners langs elkaar werken, in plaats van samen te werken.

3.2 Efficiëntie

Eerder in deze tekst hebben we behandeld hoe digitalisering in de zorg op een efficiënte manier ingericht is. Ze volgt de structuur; klacht-diagnose-oplossing. Omdat de voorlichtende rol van de huisarts geen onderdeel is van de hulpvraag, dreigt deze te verdwijnen in een digitaal consult. Dat is jammer, want een groot deel van de rol van de huisarts is voorlichting geven over gezondheid en ziekte.

We hebben behandeld dat een digitaal consult de klacht-diagnose-oplossing structuur volgt. Het is binnen die structuur minder van belang wie de huisarts is, want elke arts zou in theorie de klacht kunnen oplossen. Het geven van voorlichting is echter een onderdeel van de zorg waarbij het niveau van voorlichting op de patiënt wordt aangepast. Van Heijst stelt voor om de zorg logistiek anders te plannen zodat zorgverleners niet inwisselbaar zijn. Als arts en patiënt elkaar al langer kennen, is het geven van voorlichting op maat ook meer vanzelfsprekend. De arts weet dan immers welke andere ziektes of medicatie de patiënt heeft en kan uitleggen hoe deze effect op elkaar hebben. Dit heeft ook te maken met de segmentering die we hiervoor beschreven. Als de arts geen overzicht heeft van de verschillende ziektes of medicatie van zijn patiënt, kan hij ook niet uitleggen dat ze elkaar kunnen beïnvloeden.

Van Heijst schreef dat ze vreesde voor zinsverlies in de zorg door de bedrijfsmatige aanpak. Nu is een bedrijfsmatige aanpak niet helemaal te vergelijken met digitalisering. Onderdelen van digitalisering kunnen in lijn zijn met een bedrijfsgerichte aanpak, maar winst is niet het enige doel van digitalisering. Digitale consulten hebben zeker bedrijfsmatige voordelen. Zo is er voor een videoconsult minder ruimte nodig, in principe alleen een kamer met internet en een computer. Maar de reden dat digitalisering in de huisartsenpraktijk versneld is toegepast het afgelopen jaar, was om het risico op besmetting van het coronavirus te verkleinen. Ze is niet geïmplementeerd vanuit een bedrijfsmatige motivatie.

Een aantal bedrijfsmatige aspecten van digitalisering in de zorg, zoals tijdswinst door categoriseren van de hulpvraag en kostenbesparing door het delegeren van 'simpele' klachten aan lager geschoold personeel zijn gericht op efficiëntie. Om het probleem hiervan duidelijk te maken kunnen we het onderscheid tussen *praxis* en *poiësis* in de deugdeethiek hierop toepassen. We hebben beschreven dat de zorgethiek zorgen als *praxis* behandelt. Het doel van zorgen is het goed zorgen zelf. Bij bedrijfsmatige aspecten van digitalisering in de huisartsenpraktijk wordt er echter ook een extern doel nagestreefd: ook de tijdsduur en de kosten van een consult zijn relevant geworden. Het gevaar is dat een huisartsenpraktijk op waarde beoordeeld wordt op basis van inkomsten en aantal consulten. Het objectief beoordelen van een extern doel kan alleen bij het *maken*, niet bij handelingen zoals zorgen. Het moreel beoordelen van zorg kan niet alleen plaatsvinden op

basis van vastliggende criteria. Het is belangrijk om waakzaam te zijn bij het nastreven van externe doelen in de zorg, omdat zorgen op zichzelf een *praxis* is.

3.3 Autonomie en toegang tot zorg

Door het initiatief voor het gebruik maken van digitalisering bij de patiënt te leggen, krijgen zij ook de verantwoordelijkheid op zich geladen. Zoals we eerder hebben behandeld, wordt autonomie in de medische wereld gezien als recht. Autonomie wordt beschreven als: “Het maken van keuzes over welke zorg iemand wel en niet wil ontvangen zonder inmenging van anderen.” Digitalisering sluit aan bij de beschrijving van autonomie als recht die binnen de geneeskunde relevant is. Ze zorgt er namelijk voor dat patiënten meer opties krijgen om de zorg in te richten zoals zij dat wensen. Autonomie beschouwen als recht veronderstelt dat iemand de capaciteiten tot zelfbeschikking bezit. Niet iedereen bezit evenveel capaciteiten tot zelfbeschikking. Naast capaciteiten tot zelfbeschikking, bezit ook niet iedereen voldoende digitale en cognitieve capaciteiten.

Voor sommige mensen die niet alle digitale en cognitieve capaciteiten bezitten, is het lastig om gebruik te maken van digitalisering. Dit leidt tot een tweedeling van patiënten, zij die wel en zij die geen gebruik kunnen maken van digitalisering. De toegang tot zorg van de patiënten met slechte digitale en cognitieve capaciteiten is minder dan die van de rest: er is geen gelijke toegang tot zorg.

Op inhoudelijk vlak is het gevaar dat mensen zonder voldoende capaciteiten tot zelfbeschikking worden overvraagd. In het ergste geval worden zij aan hun lot overgelaten, omdat het ze niet lukt om op de juiste manier gebruik te maken van digitalisering. Zij ontvangen dan niet de zorg die zij nodig hebben, omdat zij onvoldoende zelfstandig kunnen optreden in hun zorgtraject.

De groepen mensen met onvoldoende capaciteiten tot zelfbeschikking en de groep mensen met slechte digitale en cognitieve capaciteiten zijn kwetsbaar. In de tekst van Van Heijst hebben we gezien dat kwetsbare mensen op papier toegang hebben tot zorg, maar ze de weg hiernaartoe vaak niet kunnen vinden. Dat is relevant voor digitalisering in de huisartsenpraktijk. Mensen zonder de benodigde digitale en cognitieve capaciteiten weten niet hoe ze gebruik kunnen maken van digitalisering en kunnen dit ook niet leren, omdat niemand het ze uitlegt. Door te doen alsof digitalisering voor iedereen beschikbaar is, wordt deze groep mensen over het hoofd gezien. Zij maken niet de keuze om geen gebruik te maken van digitalisering, maar deze keuze wordt voor hun gemaakt.

Ook deze groep kwetsbare mensen heeft erkenning. Het is belangrijk om te erkennen dat digitalisering niet voor iedereen toegankelijk is, dat er groepen mensen bestaan die minder digitale en cognitieve capaciteiten bezitten dan anderen. Ook is er een groep mensen die niet de capaciteiten tot zelfbeschikking bezit. Als artsen deze kwetsbare groepen negeren zal de toegang tot zorg alleen maar slechter worden. Artsen zullen er dan zelf in gaan geloven dat kwetsbaren de

keuze maken geen gebruik te maken van digitalisering, terwijl die keuze voor hun gemaakt is. Het erkennen van de kwetsbare patiënt is extra belangrijk ten tijde van digitalisering, omdat zij niet zelf aan de bel kunnen trekken.

3.4 Deugdethiek en digitalisering

We hebben behandeld dat de zorgethiek gebruik maakt van de begrippen *houding* en *morele verstandigheid*, die we hebben verdiept aan de hand van de deugdethiek. Van Heijst en Tronto hebben meerdere houdingen beschreven die belangrijk zijn om goed te kunnen zorgen. Ook behandelden we dat de zorgethiek zorg ziet als een *praxis*, waarbij het doel van de handeling in het zorgen zelf ligt. Daarnaast hebben we de deugd als midden tussen twee uiterste emoties behandeld. Een overkoepelende deugd die een goede middenweg is in de zorg is zorgzaamheid. Deze zorgzaamheid is een deugd, een houding tussen de twee extremen van verwaarlozing en bemoeizucht.

Tronto en Van Heijst benoemden *zorgzaamheid* niet als houding, maar ze is een belangrijke deugd voor huisartsen. Digitalisering maakt de zorg afstandelijker. Letterlijk, want ze vindt plaats op afstand. Door deze letterlijke afstand, is er echter ook het gevaar voor een afstandelijkere relatie tussen arts en patiënt. Het is daarom belangrijk om te beseffen dat zorgen een activiteit is. De deugd zorgzaamheid maakt dit duidelijk. Als een huisarts te veel leunt op digitalisering en hierdoor de link tussen verschillende klachten niet ziet of een kwetsbare patiënt vergeet, gaat dit richting verwaarlozing. Sommige artsen zullen door digitalisering vanzelf meer geneigd zijn om een passieve zorghouding in te nemen. Om zorgzaamheid te bereiken is het daarom noodzakelijk soms richting bemoeizucht te bewegen. Net als bij het recht buigen van krom hout, moet de huisarts zijn eigen houding soms rechte trekken door naar het andere extreem te neigen. Dat kost extra moeite, want het is lastig om uit al die losse klachten een ziekte te ontdekken. Het is vaak ook lastig om kwetsbare patiënten te bereiken, maar dat is nodig om een zorgzame houding te creëren die voor huisartsen noodzakelijk is.

4. Conclusie

In deze scriptie hebben we de ethische uitdagingen van digitalisering in de huisartsenpraktijk onderzocht. De implementatie van digitalisering is het afgelopen jaar snel verlopen en digitalisering zal naar verwachting een steeds prominentere rol in de huisartsenzorg krijgen. Het was niet de opzet van deze scriptie om dit te willen stoppen of te stimuleren. We zijn in deze scriptie op zoek gegaan naar de ethische uitdagingen van digitalisering in de huisartsenpraktijk. De zorgethiek van Tronto en Van Heijst en deugdethiek van Aristoteles zijn behandeld en deze hebben we gekoppeld aan deze ethische uitdagingen.

Om goed om te gaan met de ethische uitdagingen van digitalisering in de huisartsenpraktijk, is een betrokken en actieve houding van de huisarts noodzakelijk. Zorgen is een activiteit, zo zagen we ook bij Tronto. Het is daarom belangrijk om niet een passieve houding in te nemen tegenover digitalisering. Het is verleidelijk om achter de computer te wachten tot de aanmeldingen voor digitale consulten binnenstromen. Het feit dat dat een patiënt al tijdens geen afspraak heeft gemaakt, betekent echter niet dat er geen problemen zijn.

Om segmentering tegen te gaan, is het noodzakelijk dat de huisarts overzicht bewaart in alle verschillende consulten. Alle hulpvragen van de patiënt moeten op een plek terug te vinden zijn, zodat klachten makkelijk aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Het werken van de doktersassistenten en de praktijkondersteuner moet in overleg geschieden met de huisarts, om te voorkomen dat er twee losse systemen binnen de praktijk ontstaan.

Digitalisering maakt het efficiënt inrichten van de zorg vanzelfsprekend en we hebben besproken dat de voorlichtende rol van de huisarts hierdoor kan verdwijnen. Vaak wordt er gemakshalve vanuit gegaan dat patiënten snappen hoe hun ziekte is ontstaan en hoe ze daar mee om moeten gaan. Ook het innemen van medicijnen en de mogelijke bijwerkingen worden als bekend beschouwd, terwijl patiënten hier niet altijd van op de hoogte zijn. Digitalisering biedt vaak geen ruimte om voorlichting te geven, omdat voorlichting geen onderdeel is van de hulpvraag. Toch is het belangrijk om ook in digitale omgevingen voorlichting te geven en hierin als huisarts een actieve rol op zich te nemen.

We bespraken dat het nodig is om waakzaam te zijn tegenover het nastreven van externe doelen in de huisartsenzorg, omdat zorgen een *praxis* is. Digitalisering in de huisartsenpraktijk moet niet primair worden ingezet om bijvoorbeeld meer winst te behalen en kosten te besparen. Het zorgen zelf moet het doel zijn.

Digitalisering kan leiden tot een tweedeling in de zorg waarbij kwetsbaren achter worden gesteld. Digitalisering werpt namelijk een drempel op voor contact met de huisarts. Kwetsbaren hebben minder toegang tot zorg en kunnen op inhoudelijk vlak ook moeilijk voor hun eigen zorgtraject opkomen. Een alternatief voor de omgang met kwetsbaren ten tijde van digitalisering, is om als huisarts actief op zoek te gaan naar de kwetsbare patiënten. Door eens in de zoveel tijd te vragen hoe het gaat, erkent de huisarts de patiënt als zijn patiënt. Dat kan ook in tijden van digitalisering, al is het dan de arts die het initiatief neemt in plaats van de patiënt. Digitalisering verleidt tot een passieve houding, maar huisartsen kunnen ook actief gebruik maken van digitalisering. Bijvoorbeeld door op eigen initiatief contact te zoeken met kwetsbare patiënten. Dat hoeft niet een fysieke ontmoeting te zijn, soms kan een telefoontje of een kort bericht al veel betekenen. Het geeft een signaal dat de huisarts er is, luistert en beschikbaar is mocht het nodig zijn. Digitalisering draagt het gevaar in zich om het werk van huisartsen passiever te maken, maar zorgen kan alleen op een actieve manier. Zorgen is een namelijk een werkwoord.

Bibliografie

- Aristoteles. *Ethica Nicomachea*. Vertaald door Reginald Willem Thuijs. Amsterdam: Wereldbibliotheek, 1954.
- Becker, Marcel, Bas Van Stokkom, Paul Van Tongeren, en Jean-Pierre Wils, red. 'Deugd'. In *Lexicon van de ethiek*, 375. Assen: Van Gorcum, 2007.
- , red. 'Praxis-Poiésis'. In *Lexicon van de ethiek*, 375. Assen: Van Gorcum, 2007.
- , red. 'Prudentia / Verstandigheid'. In *Lexicon van de ethiek*, 375. Assen: Van Gorcum, 2007.
- BHH huisartsen. 'E-consult'. Geraadpleegd 13 januari 2021. <https://www.bhh-huisartsen.nl/e-consult/>.
- . 'videoconsult'. Geraadpleegd 18 november 2020. <https://www.bhh-huisartsen.nl/videoconsult/>.
- Christman, John. 'Autonomy in Moral and Political Philosophy'. In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, onder redactie van Edward N. Zalta, Fall 2020. Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2020. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/autonomy-moral/>.
- Huisartsenpraktijk Bertholet. 'Online afspraken en herhaalrecepten'. Huisartsenpraktijk Bertholet. Geraadpleegd 13 januari 2021. <https://huisartsnijmegen.com/online-diensten/>.
- KNMG. 'Respect voor autonomie'. Geraadpleegd 19 januari 2021. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/verdiepen/begrippen-2/respect-voor-autonomie.htm>.
- LHV. 'Kernwaarden en toekomstvisie | LHV'. Geraadpleegd 26 januari 2021. <https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kernwaarden-en-toekomstvisie>.
- Steenhorst, René. 'Een kijkje bij de eerste 'digital first'-dokterspraktijk'. Trouw, 1 september 2020. <https://www.trouw.nl/gs-b59fe0df>.
- Stommel, Wyke J P, Harry van Goor, en Martijn W J Stommel. 'The Impact of Video-Mediated Communication on Closed Wound Assessments in Postoperative Consultations: Conversation Analytical Study'. *Journal of Medical Internet Research* 22, nr. 5 (5 mei 2020): e17791. <https://doi.org/10.2196/17791>.
- Talbert, Matthew. 'Moral Responsibility'. In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, onder redactie van Edward N. Zalta, Winter 2019. Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2019. <https://plato.stanford.edu/archives/win2019/entries/moral-responsibility/>.
- Tronto, Joan C. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge, 1993.
- Van Heijst, Annelies. *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Derde druk. Kampen: Uitgeverij Klement, 2008.
- Van Tongeren, Paul. 'De deugdethiek'. In M. Becker e.a. (red.) *Deugdethiek en integriteit*. Assen: Van Gorcum, 2010.

