

1.3.2 Beslissen vanuit prudentie

W.J. Eijk

In Hoofdstuk 1.3.1 is het belang van deugden bij de uitoefening van werk in de gezondheidszorg uiteengezet. De belangrijkste deugd is de *prudentie*. Jezus beveelt zijn volgelingen met nadruk aan prudent te zijn: 'Weest dus omzichtig als slangen ...' (Mt. 10,16; vgl. Luk. 14,28-32). Binnen de vier menselijke deugden neemt de prudentie (praktische wijsheid of verstandigheid) de centrale plaats in. Zonder prudentie is er geen sterkte, matigheid en rechtvaardigheid (omgekeerd trouwens ook niet). Een mens kan pas moedig zijn als hij het midden ziet tussen lafheid en overmoed en het is de prudentie die dit laat zien. De prudentie valt daarom te kwalificeren als de *wagenmenner van de deugden* ('auriga virtutum') [1: Aquinas. Scriptum super Sententiis. liber 2, distinctio 41, quaestio. 1, articulus. 1, argumentum. 3; liber 4, distinctio. 17, quaestio. 2, articulus. 2, quaestiuncula 4 corpus.].

Zij is ook voor de medewerker in de gezondheidszorg de centrale deugd. Prudentie is nodig om onder de gegeven omstandigheden spontaan te kunnen inzien welke behandeling en welke diagnostiek geproportioneerd is aan het doel, levensbehoud of herstel van de gezondheid, gelet op de kans op bijwerkingen, complicaties, kosten en inzet van personeel. Prudentie helpt ook om in te zien wanneer medisch-technisch ingrijpen (cure) geen zin meer heeft en moet worden overgegaan op palliatieve zorg. Door prudentie kan een arts zich hoeden voor te grote terughoudendheid en voor overbehandeling, met andere woorden kan hij maathouden. Prudente medewerkers weten de nodige discretie (onderdeel van de deugd van de rechtvaardigheid die betrekking heeft op het respect voor het recht op de waarheid) aan de dag te leggen om zorgvuldig met de gegevens om te gaan van patiënten die aan hun zorgen zijn toevertrouwd. Ook stelt prudentie in staat om de patiënt zowel rekening houdend met zijn recht om te weten wat er met hem aan de hand, als met zijn incasseringsvermogen, wanneer hij die met slecht nieuws moet confronteren.

Prudentie maakt het mogelijk de norm dat het leven en de gezondheid met geproportioneerde middelen in stand dienen te worden gehouden, principes betreffende discretie en het verstrekken van adequate informatie en andere ethische richtlijnen toe te passen in overstemming met de gegeven reële omstandigheden, die heel gevarieerd en ingewikkeld kunnen zijn [2: J. Pieper. The four cardinal virtues. Notre Dame: Notre Dame Press; 1966.].

Het is belangrijk zich te realiseren dat de prudentie een deugd is die zich bevindt op het grensvlak tussen intellectuele en morele deugden. Prudentie ontwikkelt zich alleen als de mens zich willens en wetens erop toelegt om de gezondheidszorg gewetensvol te beoefenen. Het is geen wetenschappelijke kennis van geneeskunde, verpleegkunde, biomedische disciplines of statistieken. Het is ook geen besliskunde. Deze wetenschappen geven aan hoe iets wetenschappelijk-technisch goed, efficiënt en adequaat kan worden gedaan, kort gezegd: *hoe produceer ik een effect?* Deze kennis kan echter ook efficiënt worden gebruikt om ethisch verwerpelijke doeleinden te realiseren. Ongetwijfeld heeft medisch-technische kennis een bijdrage te leveren aan de vorming van de prudentie. Het gaat bij de prudentie echter om iets wezenlijks anders, namelijk om de vraag: *hoe handel ik moreel goed?* De prudentie betreft niet alleen de efficiëntie van een handeling, maar ook de essentie van de handeling: is de handeling, ook al is die nog zo efficiënt, op zichzelf genomen goed of verkeerd? Naast de consequenties gaat het ook om de essentie van de handeling. Een handeling waarbij de menselijke biologische natuur wordt geïnstrumentaliseerd, bijvoorbeeld door genmodificatie met als doel overigens gezonde mensen te perfectioneren, kan vanuit *wetenschappelijk-technisch* gezichtspunt goed zijn uitgevoerd, maar is daarmee nog niet *moreel* goed. Vanuit wetenschappelijk-technisch oogpunt staat niet de

handeling op zich centraal, maar is van belang of het beoogde effect tot stand komt: leidt genmodificatie tot de beoogde excellente eigenschappen op het vlak van de intelligentie, musculatuur en muzikale talenten? Vanuit moreel oogpunt staat centraal dat de handeling op zich goed is: is het perfectioneren van de mens door genmodificatie op zich aanvaardbaar? De prudentie betreft de 'recta ratio agibilium,' wetenschappelijk-technische kennis ('ars' in het Latijn) daarentegen de 'recto ratio factibilium,' aldus Thomas van Aquino in navolging van Aristoteles [3: Aquinas. Summa Theologica, II-II, 47, 5 en 8.] [4: Aristoteles. Ethica Nicomachea, liber VI, caput 4, nt. 3 (1140b).]. Kortom: de prudentie staat open voor nieuwe wetenschappelijk-technologische ontwikkelingen, maar voorkomt dat de techniek de mens beheerst.

I.3.1 Deugden

W.J. Eijk

Deugden op zich geven niet aan wat ethisch goed of kwaad is. Daarvoor zijn waarden en normen nodig. Maar deugden stellen ons in staat om te leven volgens waarden en normen. Dit kan in het begin moeilijk zijn. Na verloop van tijd echter zal het leven volgens waarden en normen tot gevolg hebben dat het respect ervoor mensen steeds beter afgaat. Het constant handelen volgens waarden en normen heeft een vormend karakter, doordat het leidt tot het ontstaan van deugden. Een deugd stelt de mens in staat om een goede handeling spontaan, gemakkelijker en met innerlijke instemming en overgave te verrichten. Het herhaald verrichten van handelingen die moed vergen, kan in het begin met de nodige vrees en onzekerheid gepaard gaan, maar na verloop van tijd betrokkene doen uitgroeien tot een moedig mens, die beschikt over het nodige zelfvertrouwen zonder vermetel te worden. Er groeit een innerlijke instemming met de desbetreffende waarden en normen en men gaat als het ware spontaan ernaar leven. Het omgekeerde kan ook gebeuren: ondeugden maken dat iemand geneigd is om gemakkelijk en spontaan een moreel verkeerde handeling te verrichten. Zo kan indiscreet optreden bij herhaling leiden tot indiscreet gedrag in het algemeen.

De deugdenethiek heeft lang in een kwade reuk gestaan, omdat zij door verlichtingsfilosofen in de 18^e en 19^e eeuw is misbruikt voor het promoten van burgermansdeugden. De deugdenethiek onderging een opleving in de 1^e helft van de 20^e eeuw, toen thomistische moraaltheologen haar weer gingen toepassen in hun handboeken, en in de laatste decennia door het boek *After Virtue* van de Engelse filosoof Alasdair MacIntyre. Bij deugden wordt hier gedacht aan de deugden zoals die zijn beschreven door de filosofen uit de Antieke Oudheid, met name Plato (± 428/427-347 v. Chr.) en Aristoteles (384-322 v. Chr.): prudentie, sterkte, matigheid en rechtvaardigheid. Deze worden ook aanbevolen in de Heilige Schrift (Wijsheid 8,7; 2 Petr. 1,5-7).

Prudentie, een deugd van de rede, stelt ons in staat om te zien welk middel (medische behandeling) geproportioneerd is aan het doel (genezing). Zij is een innerlijke gesteldheid waardoor men als het ware spontaan het antwoord ziet op de vraag of de neveneffecten, de kans op complicaties, de kosten en de inzet van personeel opwegen tegen de kans op herstel?

Sterkte en matigheid zijn deugden van lichamelijke streefvermogens. *Sterkte* helpt om vrees en agressieve gevoelens te proportioneren aan de feitelijke omstandigheden: een arts kan overmoedig en roekeloos zijn bij de toepassing van medische technieken of juist te terughoudend. *Matigheid*, gericht op de matiging van gevoelens van bevrediging en het streven naar genoegen, stelt ons in staat om gebruik te maken van voedsel en ook van de gezondheidszorg in een mate die is geproportioneerd aan het in stand houden van het leven en de

gezondheid en aan de voortplanting. Zij stelt de mens tevens in staat zijn seksualiteit te integreren in zijn levensstaat. De matigheid lijkt in eerste instantie primair een deugd die de patiënt nodig heeft. Er bestaat echter in het contact tussen de medewerker in de gezondheidszorg een wisselwerking die maakt dat beide elkaar bewust of onbewust beïnvloeden. De innerlijke attitude van de medewerkers in de gezondheidszorg ten aanzien van het zorgaanbod heeft zijn afstraling op het patroon van verlangens en verwachtingen dat leeft bij de patiënt (en trouwens ook omgekeerd).

De *rechtvaardigheid* is een deugd van de wil, die ons in staat stelt aan iedereen te geven wat hem toekomt.

Dit zijn deugden die een mens zich op eigen kracht kan verwerven. Daarnaast zijn er deugden die een mens als een genadegave van God ontvangt: geloof, hoop en liefde (Rom. 5,5; 1 Kor. 13,13) en de zeven gaven van de Heilige Geest (wijsheid en verstand, inzicht en sterkte, kennis, ontzag voor God en liefde; vgl. Jes. 11,1-3; Catechismus van de Katholieke Kerk nr.1831). Het geloof als deugd van de rede stelt ons in staat God te kennen als eerste waarheid. De hoop en de liefde zijn beide deugden van de wil. De hoop laat ons naar God verlangen als ons Hoogste Goed en de goddelijke deugd van de liefde verenigt ons met God.

De katholieke theologie brengt van oudsher de gaven van de H. Geest als volgt met de menselijke vermogens en de andere deugden in verband: verstand en kennis vervolmaken de deugd van het geloof tot volmaaktheid, terwijl de gave van raad dat doet met de prudentie. Deze drie gaven vullen de menselijke rede aan. De goddelijke deugd van de hoop wordt vervolmaakt door de vreze des Heren, de liefde door de gave van de wijsheid. Deze drie gaven hebben in dat opzicht hun focus in de wil. Daarnaast hebben enkele gaven van de Heilige Geest ook hun impact op het lichamelijk streefvermogen: de deugd van de moed wordt aangevuld door de gave van de kracht en de matigheid door de vreze des Heren. Het verschil tussen de goddelijke deugden en de gaven van de Heilige Geest is dat bij de eerste de mens met zijn vermogens, de rede en de wil, uiteindelijk het initiatief heeft. Hij zet deze deugden met zijn menselijke vermogens in werking, met alle menselijke beperkingen van dien. Bij de gaven van de Heilige Geest is het de Heilige Geest zelf die het initiatief heeft. Vandaar dat deze gaven menselijke vermogens en deugden vervolmaken. De gaven worden om die reden niet zomaar deugden genoemd. Wel hebben zij met de deugden gemeenschappelijk dat ze kunnen worden gekwalificeerd als een *habitus*, dat wil zeggen een blijvende eigenschap van menselijke vermogens. De gaven van de Heilige Geest, ook al heeft Hij hierin het initiatief, hebben geen dwingend karakter. Wie ze ontvangt, heeft de vrijheid om de gaven in zichzelf hun werking te laten doen of dat te weigeren. Het gaat hier niet om een vorm van dwang die de wil van de mens uitschakelt.

De deugdenleer laat ook duidelijk zien hoe christelijk geloof en geneeskunde zich tot elkaar verhouden. Zoals boven gezegd, vermijdt het christendom een vermenging van geneeskunde en religieuze riten, met andere woorden gaat het uit van een gedesacraliseerde geneeskunde. Wel is het christelijk geloof een inspiratiebron voor de wijze waarop de geneeskunde wordt uitgeoefend. Het is echter niet een louter externe inspiratiebron, maar vormt ook de mens van binnenuit als hij dat toelaat. De kracht van de (thomistische) deugdenethiek is dat ze laat zien hoe ethiek, moraaltheologie en spiritualiteit met elkaar samenhangen. Het innerlijke geestelijke leven, met name het innerlijke leven geleid door de Heilige Geest, is niet een of andere vrome saus uitgegoten over het leven, maar is verankerd in de menselijke vermogens, dus in de menselijke wezensstructuur.

Deze deugden die in principe elke sector van het menselijke leven betreffen, hebben binnen het kader van de gezondheidszorg eigen accenten. Een zorgconcept, gebaseerd op een deugdenethiek, richt zich niet in eerste instantie op wat een medewerker in de gezondheidszorg *doet*, maar wie hij als mens *is*. Overigens is een aantal aspecten die hier zijn genoemd met betrekking tot de houding van de medewerker in de gezondheidszorg ook van toepassing op de patiënt, want deze is – voor zover zijn conditie het toelaat – geen passieve maar een

actieve participant in de gezondheidszorg.

Tenslotte is het goed zich te realiseren dat de deugdenethiek medewerkers in de gezondheidszorg onder alle omstandigheden een weg wijst om hun roeping te volgen. Veel medewerkers in de gezondheidszorg zien nog steeds in hun werk een vorm van roeping. In de hedendaagse gezondheidszorg, geleid door het principe van het vrije marktdenken, bureaucratie en protocollering van zorgtaken, waarbij de eigen persoonlijkheid, idealen en opvattingen achter een masker van uniform professioneel optreden verborgen dienen te blijven, zien zij echter weinig mogelijkheden om hun roeping te ontplooien. In het concrete handelen kan dit inderdaad heel lastig zijn, maar al deze ontwikkelingen staan de vorming van deugden en een innerlijk spiritueel leven niet in de weg. En het gaat, zoals geschetst, niet om een innerlijke houding als een 'saus', maar een innerlijke houding die verankerd is in de menselijke wezensstructuur en vermogens en daardoor, in welke situatie ook, het uiterlijke optreden en de relaties met medemensen beïnvloedt.

I.3 Van principes naar de handeling

W.J. Eijk

Inleiding

In het vorige gedeelte van dit hoofdstuk zijn de waarden, principes en normen besproken die richtinggevend zijn voor het handelen van medewerkers in de gezondheidszorg. Voor het vruchtbaar werkzaam zijn in de zorg is het respecteren van genoemde waarden en normen noodzakelijk, maar daarmee is het beeld van de medische ethiek nog niet compleet. Het zou ondoenlijk om zich bij elke handeling en elke beslissing afzonderlijk te moeten afvragen hoe waarden en normen toepassing vinden. Deze moeten een mens eigen worden, zodat hij een innerlijke houding heeft, waardoor hij ze spontaan kan toepassen op zijn werkzaamheden. In de praktijk gebeurt dit wanneer medewerkers in de gezondheidszorg waarden en normen trouw toepassen. Dit constant doen leidt tot het ontstaan van deugden, innerlijke houdingen die hen als ware predisponeren tot het handelen in overeenstemming met waarden en normen. Het trouw in praktijk brengen hiervan draagt bij aan de vorming van het morele karakter.

In het nu volgende gedeelte gaat het om de persoon en de innerlijke houding waarmee de medewerker in de gezondheidszorg de besproken principes zich eigen maken en bij herhaling toepassen in hun handelen.

I.4.1 Geschiedenis van de visie op ziekte, geneeskunde en ziekenzorg

F.J. van Ittersum

De ontwikkeling van de zorg voor zieken tot de in hoge mate geïnstitutionaliseerde vorm van gezondheidszorg, instellingszorg en thuiszorg, die we in de Westerse landen kennen, heeft een lange geschiedenis. Er zal altijd enige vorm van zorg voor zieken zijn geweest, maar zorg voor zieken was niet zonder meer vanzelfsprekend en evenmin in hoge mate georganiseerd.

De Grieken hadden Asklepios-tempels waar zieken genezingsrituelen konden ondergaan en mogelijk ook tijdelijk konden verblijven. Er waren ook iatreia, kleine klinieken bij genezers aan huis, waar mensen – waarschijnlijk poliklinisch – werden behandeld. De Griek Hippocrates (460-377 voor Christus) probeerde de geneeskunde los te maken van mystiek en bijgeloof en er een meer wetenschappelijke basis aan te geven. In zijn visie was ziekte een verstoring van de balans tussen de lichaamssappen bloed, slijm, gele en zwarte gal. Hij ontdekte samenhang tussen somatische en psychische toestanden. Verder formuleerde hij een eed die in onze tijd, weliswaar in gemodificeerde vorm, nog door artsen wordt afgelegd (zie Appendix). In een zestigtal boeken, het Corpus Hippocraticum, zette hij, al dan niet met anderen, de Griekse ideeën over gezondheid uiteen: veel is gericht op preventie en hygiëne.

De Romeinen namen over wat door de Grieken was begonnen, nadat ze de geneeskunde van de Etrusken, gebaseerd op magie en tovenarij terzijde hadden geschoven. De Asklepiostempels werden Aesculapiustempels en er kwamen valetudinaria, een soort militaire ziekenhuizen. Ook zij besteedden veel aandacht aan hygiëne, zoals blijkt uit de aanwezigheid van vele badhuizen, termen genaamd. De Romeinse arts Galenus van Pergamon (129-199 na Chr) bouwde voort op de visie van Hippocrates. In zijn apotheek waren meer dan vierhonderd “galenische preparaten” van plantaardige en dierlijke oorsprong te vinden. Ook al werd liefde voor de mens (philantropia) al in de Hippocratische geschriften en ook door Galenus van Pergamon en Scribonius Largus (een Romeins arts uit de 1e eeuw) aanbevolen als een kenmerk van de goede arts, toch ging in het denken en de waardering van de mensen uit de Oudheid de aandacht en waardering met name uit naar sterke, bijzondere en moedige mensen: zieken, zwakken en armen konden niet vanzelfsprekend op aandacht en waardering rekenen (zie voor verschillen en overeenkomsten tussen het christelijk begrip van philantropia, dat in de Hippocratische geschriften en die van Romeinse artsen Amundsen en Ferngren).

Bij de Joden in het Oude Testament was er een duidelijke relatie tussen ziekte en straf van God. Voorbeelden hiervan zijn de plagen in Egypte (Exodus 7-12), waar de Egyptenaren plagen moeten verduren als straf voor de beslissing dat ze de Joden niet willen laten gaan. Later bij de uittocht door de woestijn wordt Mirjam, die zich tegen Mozes keert, gestraft met melaatsheid en pas genezen als ze tot inkeer is gekomen (Numeri 12). In Deuteronomium wordt een hele lijst met ziekten opgesomd die God als straf mensen kan doen overkomen (Deuteronomium 28, 15). Toch is er ook twijfel aan dit verband tussen ziekte en straf: in het boek Job gaat het over een rechtvaardige die ziekte overkomt en God zich laat kennen als een God die het met iedereen goed voor heeft. Genezing was in deze tijd alleen te verwachten van God.

Deze visie op ziekte heeft ongetwijfeld ook invloed gehad op de uitvoering van de ziekenzorg. De Bijbel vermeldt niets over georganiseerde ziekenzorg bij de Joden: het zullen huisgenoten en slaven geweest zijn aan wie werd opgedragen voor zieken te zorgen. Er was grote waardering voor naastenliefde en deze moest ook aan zieken worden betoond. Artsen stonden ook in aanzien: zij waren goed op de hoogte hoe geneeskrachtige kruiden konden worden toegepast in bepaalde situaties. Als het erop aankwam, was het echter God de Heer die voor genezing zorgde.

De komst van Christus en de opkomst van het Christendom veranderde deze manier van denken drastisch. Liefde is de kern van de christelijke ethiek zoals blijkt uit het Evangelische dubbelgebod van de liefde jegens God en de medemens (Mt. 22, 37-39; Mc. 12, 29-31; Lc. 10, 27). Dit vindt zijn wortels in het wezen van God zelf: ‘God is liefde’ (1 Joh. 4,8). De liefde van God wordt geopenbaard in Christus’ menswording als een onbegrensde, vrijelijk gegeven en opofferende liefde. Jezus geneest vele zieken, vaak in combinatie met de vergeving van zonden (Uw zonden zijn u vergeven, Mt 9,2). Jezus ziet de mens als eenheid die in al zijn dimensies genezing en heling nodig heeft. Bij de genezing van de blindgeborene geeft hij op de vraag wie er nu gezondigd heeft, de persoon in kwestie of zijn ouders als antwoord “Niet aan zijn eigen zonde en evenmin aan

die van zijn ouders" (Joh. 9, 3). Jezus breekt met het idee dat ziekte een gevolg is van zonde.

De apostelen gingen na de dood van Jezus door met genezingen. In de Handelingen van de apostelen worden vier genezingen beschreven waarbij de apostel Petrus betrokken is. (Hand. 3, 6-8; Hand. 5, 15-16; Hand. 9, 3-35; Hand. 9, 36-41). Ook de apostel Paulus, Filippus en Ananias deelden in deze genezingskracht. Opvallend is dat in de gebruikte gebeden het steeds Jezus is die geneest. Dit zou het uiteindelijke idee bepalen dat genezing alleen door goddelijke tussenkomst kan plaatsvinden. In de vroegchristelijk cultuur was er dan ook geen interesse in de oudere Grieks-Romeinse geneeskunde, waar de zoektocht naar genezing wel een plaats had. In de Byzantijnse wereld bleef dit erfgoed wel langer behouden. Het zou pas via de Arabieren rond 1000 na Christus weer in West-Europa terugkeren.

De apostelen hadden – naast de genezingen – ook oog voor zorg aan specifieke groepen mensen. Zij stelden diakens aan om voor deze groepen mensen te zorgen, waarschijnlijk ook t.b.v. armen en zieken (Handelingen, hoofdstuk 6). Dit betekende voor de latere gezondheidszorg dat niet alleen het genezen van zieken (in het Engels cure genoemd) aandacht kreeg, maar ook en vooral in het verzorgen van zieken (care in het Engels). Het waren dan ook christenen die vanuit kloosters in Egypte in het laatste kwart van de 4e eeuw als eersten ziekenhuizen hebben gesticht. Vandaar hebben hospitalen, vaak gastenverblijven van kloosters, zich razendsnel over de hele toenmalige christelijke wereld verbreid.

Het christendom bracht op deze manier een radicale verandering teweeg in de sociale positie van zieken en de organisatie van de gezondheidszorg. Allereerst namen de bestaande kloosterorden de zorg voor zieken op zich, zoals de Benedictijnen die in hun klooster een infirmarium, een ziekenboeg, opnamen. Volgens de regel van Benedictus moest men de zieken en gasten beschouwen als quasi Dominus, alsof het de Heer zelf was. In sommige abdijen werden deze infirmaria groot en ontstonden specifieke gasthuizen. Zoals uit de voorschriften blijkt, betrof de inhoud van de geleverde zorg met name verzorging en geen geneeskundige behandelingen ter genezing. Geneeskunde werd door de Kerk niet gestimuleerd: op het concilie van Lateranen in 1123 werd het priesters en monniken uiteindelijk zelfs verboden medische scholen te bezoeken. Paus Innocentius III bevestigde dit verbod door in 1125 een banvloek uit te spreken over de uitoefening van de geneeskunde door geestelijken. Tegen het eerste millennium, raakte gaandeweg echter ook de verzorging van zieken in kloosters in verval. Bij het herstel van de kloosterleven, bijvoorbeeld door Bernardus van Clairvaux ging men terug naar de oorsprong van het kloosterleven met gebed, eenzaamheid en handenarbeid. Het verzorgen van zieken hoorde daar niet primair bij.

Toch waren er andere christelijke groepen die de zorg voor zieken op zich namen. De Ridderorden bouwden vanaf de 11e eeuw hospitalen om mensen die op kruistocht ziek of gewond waren geraakt te kunnen verzorgen. In dezelfde tijd ontstonden in de opkomende steden andere orden, zoals de bedelorden Franciscanen, Dominicanen en Karmelieten. Met name via hun derde orden richtten zij zich op ziekenzorg. Door het lidmaatschap van de derde orde kregen de leken die hiervoor werden ingezet ook een kerkelijke erkenning. Verder werden er in de Middeleeuwen meerdere specifieke hospitaalorden opgericht. In de steden boden zij vaak zorg aan in specifieke godshuizen, zoals leprozenhuizen, pesthuizen en dolhuizen.

Vanaf de verlichting werd de scheiding tussen Kerk en Staat bewerkstelligd en daarmee ook gepoogd de ziekenzorg uit de handen van de Kerk te halen. Aanvankelijk met weinig succes, omdat men de religieuzen als werkkrachten niet kon missen. Uiteindelijk kwam de gezondheidszorg in de 20e eeuw geheel, mede door de secularisering en het sterk afnemend aantal religieuzen, in handen van leken en de Staat. De 19e en 20e eeuw kenmerkte zich daarbij door vertechnisering en professionalisering. De toenemende technische mogelijkheden maakten niet alleen dat genezen veel vaker mogelijk werd, maar ook dat verplegen en verzorgen werd



geprofessionaliseerd, d.w.z. artsen en verpleegkundigen werden veel beter opgeleid om concrete observaties en handelingen te doen bij verschillende soorten van ziektes, aandoeningen en verwondingen. Deze professionalisering en het zich hieraan houden stond en staat meer op de voorgrond dan het verzorgen van zieken zelf.

I. De fundamentele uitgangspunten van de katholieke medische ethiek

1. De mens geschapen naar Gods beeld en gelijkenis – *W.J. Eijk*
2. Van mensbeeld naar waarden en normen: de principes van de medische ethiek – *W.J. Eijk*
3. Van principes naar de handeling – *W.J. Eijk*
4. Katholieke zorgvisie – *W.J. Eijk en F.J. van Ittersum*

Van de hoofdstukken die beschikbaar zijn op deze website zijn de links zichtbaar in het menu.