

IDDG

IN DIENST DER GENEZING
DECEMBER 2023

**Verskil
moet er zijn?**

IN DIENST DER GENEZING | NUMMER 4 -2023

Tijdschrift van Christian Medical Fellowship Nederland

Jaargang 51

Kwartaaluitgave in oplage van 650 exemplaren

ISSN 1382-0656

Redactie

Willemien Smelt-Westerhuis (hoofdredacteur),
Caroline van Lith-Hildering (eindredacteur),
Annet Bos, Edward Groenenboom, Marije de Jong,
Maria Kloosterman, Debora van Urk

Overige medewerkers

Antje Oosterkamp – columnist

Piet Verhagen – rubriek meditatief

Bettina Geertsema – columnist

Sluitingdata kopij

Maartnummer: 15 januari | Juninummer: 15 april |

Septemnummer: 15 juli | Decemnummer: 15 oktober

Kopij en opgave advertenties

Willemien Smelt-Westerhuis | E-mail: willemiensmelt@gmail.com

Fotocredits

Susanne Jutzeler – Pexels (cover), Corgarashu – Adobe (pag. 3),
Hubert Van den Borre – Unsplash (pag. 4), foto Maria, Ben
Loonen (pag. 5), Gerd Altmann – Pixabay (pag. 6), Tobias
Arhelger – Adobe (pag. 8), Maël Balland – Pexels (pag. 11), The
KonG – Adobe (pag. 12), Kajetan Sumila – Unsplash (pag. 14),
Daniel Reche – Pexels (pag. 17), pixel_dreams – Adobe (pag. 20),
Marco Bianchetti – Unsplash (pag. 21 boven), karolina Grabowska
– Pexels (pag. 21 midden), Timur Weber – Pexels (pag. 21 onder),
Konrad – Adobe (pag. 22), Kangwans – Adobe (pag. 26)

Richtlijnen voor het inzenden van kopij

Aantal woorden per artikel in overleg met de redactie.
Aanleveren bij voorkeur als Word-bestand per e-mail. De
redactie behoudt zich te allen tijde het recht om ingezonden
artikelen te redigeren c.q. in te korten.

Vormgeving & druk

First Concept Communications | www.firstconcept.info

Grondslag, visie en missie van CMF Nederland

De grondslag van de vereniging is Gods openbaring in
Christus, zoals deze in de Bijbel tot ons komt. De visie van de
vereniging is, dat het geloof in Jezus Christus inspiratiebron
is voor de persoon en het werk van de arts. De missie van
de vereniging is haar leden door middel van onderlinge
ontmoeting, bezinning en verdieping toe te rusten om zowel
in hun beroep als daarbuiten aan haar visie inhoud te geven.
De vereniging ziet het ook als haar missie om te participeren
in de internationale christelijke medische gemeenschap.

CMF is naast een vereniging ook een netwerk. Mocht je door
persoonlijke omstandigheden behoefte hebben aan steun
van een medelid, kijk dan op <http://cmf-nederland.nl/artsen/>
steun. We zullen binnen het netwerk iemand proberen te
vinden die je tot steun kan en wil zijn.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/
of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke
toestemming van de redactie.

Contact CMF Nederland

E-mail: info@cmf-nederland.nl | Internet: www.cmf-nederland.nl

Postadres: CMF Nederland / De Molen 24 / 3994 DB Houten

CMF Nederland financieel

Informatie over lidmaatschap via het secretariaat.

Bankgegevens: NL42 INGB 0000 0166 27

t.n.v. CMF Nederland te Houten.

Opzeggingen voor het volgende jaar dienen uiterlijk 30
november van het lopende kalenderjaar bij het secretariaat
binnen te zijn. Losse nummers In Dienst Der Genezing € 7,50



*Luister, geliefde broeders en zusters:
heeft God niet juist hen die naar wereldse
maatstaven arm zijn, uitgekozen om rijk te
zijn door het geloof en deel te krijgen aan
het koninkrijk dat Hij heeft beloofd aan wie
Hem liefhebben? - Jacobus 2:5 NBV21*

WILLEMEN SMELT-WESTERHUIS

Op het moment van schrijven moeten de Tweede
Kamerverkiezingen nog plaatsvinden. Er staat
in de verschillende verkiezingsprogramma's het een en
ander over belangrijke thema's als bestaanszekerheid:
armoede, minimumloon en het toeslagensysteem.
Laten we bidden voor de leiders van ons land, er is veel
wijsheid nodig!

In ons werk zien we dagelijks ongelijkheid: mensen
met minder koopkracht hebben dikwijls ook minder
gezondheidsvaardigheden. Dat is dubbel lastig. Ik denk
dat het belangrijk is om als zorgverlener goed te kijken
naar de context van een patiënt, om de hulpvraag goed
te kunnen beantwoorden. Daarvoor is het soms nodig
om *out of the box* te denken. Wellicht kent u Michelle
van Tongerlo uit de sociale media, zij is straatarts in
Rotterdam en goed in staat de nood van haar patiënten
te verwoorden. Zij richtte ook een stichting op: Hoe kan
ik je helpen. Kijk eens op lekkerleven.nl voor inspiratie!

In dit nummer vindt u naast de thema-artikelen een
interview met Stef Groenewoud, hoogleraar bij het Lin-
deboom Instituut. Verder verwelkomen we dit nummer
Bettina, die u in de columns meeneemt naar voor haar
belangrijke patiëntencontacten. Ook zijn we met het
bestuur blij met Heleen als nieuw bestuurslid! Zij stelt
zich aan u voor. ✓

Thema:

4



ELK MENS TELT...

*Maria van den
Muijsenberg*

8 SOCIALE KAART

Van de redactie

14



INTERVIEW MET LINDEBOOM- HOOGLERAAR STEF GROENEWOUD

Nico Wolswinkel

22 CIJFERS OVER KWETSBARE GROEPEN

Van de redactie

Rubrieken:

- 7 Arts-assistentencolumn – Onmogelijk balanceren
Bettina Geertsema
- 10 Meditatief - Geven jullie hun te eten. Dat is rechtvaardig!
Piet Verhagen
- 13 Van de Bestuurstafel
Cobie Soldaat - van Bruchem
- 20 Drijfveren - Geneeskundestudent in de UK
Van de redactie
- 24 Buitenlandcolumn - Seizoenswerk en Gods timing
Antje Oosterkamp

Overig:

- 19 Advertentie - Ethiek in de zorg
- 19 Oproep – Schrijvers verhalenbundel euthanasie
- 25 Even voorstellen - Heleen Versteeg
- 26 Boekbespreking - Geloof en wetenschap, het dienen van twee meesters?
Edward Groenenboom
- 29 Advertentie - De christelijke zorgverzekeraar
- 30 Boekrecensies
 - Tijd tekort, tijd genoeg
Rianne Slingerland-Boot
 - Leren van bomen
Antonette Smelt
 - Frictie
Dianne van Dam-Nolen
 - Leven toevoegen aan de dagen
Marjella Oosterom-Eijmael
- 32 Agenda

Na het verschijnen van IDDG september 2023 zijn nog een viertal correcties doorgevoerd in het artikel *Interview met Ed Heule*. Deze zijn op te vragen bij de redactie en het gecorrigeerde artikel is te vinden op de website van CMF Nederland.





Elk mens telt...

MARIA VAN DEN MUIJSENBERGH

In juni jongstleden ging ik met pensioen na veertig jaar met enorm veel plezier gewerkt te hebben als huisarts. Aanvankelijk wilde ik arts in een ontwikkelingsland worden. Als kind was ik erg geïnspireerd door het voorbeeld van mijn tante die als non de allerarmste mensen in Algerije en later in Latijns-Amerika ondersteunde en verpleegde. Zoiets wilde ik ook! Tijdens mijn geneeskundestudie in Leiden ontdekte ik echter dat ook in Nederland veel mensen zorg en aandacht nodig hebben en koos ik voor huisartsgeneeskunde, omdat je als huisarts dicht bij de mensen kunt zijn.

In de praktijk zag ik dat wat we op college hadden geleerd, vaak niet aansloot bij wat mensen nodig hadden. Ik ging mij afvragen wat patiënten zelf eigenlijk belangrijk vinden en welke zorg zij nodig hebben. Mijn promotieonderzoek richtte zich op de huisartsenzorg voor ongeneeslijk zieke mensen. Uit interviews met hen en hun naasten, leerde ik wat zij van een huisarts nodig hebben: persoonlijke aandacht, beschikbaarheid ('er voor hen zijn') en zorg op geleide van de behoeften en mogelijkheden van de patiënt: persoonsgerichte zorg.

TOEGANG TOT ZORG

Mijn ouders leefden vanuit hun Katholieke overtuiging ons voor dat je moet omzien naar de ander, zeker wanneer je, zoals ons gezin, het geluk hebt om gezond en rijk te zijn. Ik vond het dan ook vanzelfsprekend om in mijn baan, maar ook in mijn vrije tijd, me in te zetten voor mensen die het minder goed getroffen hadden dan ik. In mijn praktijk zag ik steeds meer mensen die op één of andere manier het maatschappelijk gezien moeilijk hadden: dakloze mensen, vluchtelingen en migranten zonder verblijfsvergunning. Allemaal mensen met weinig geld en veel zorgen. Het viel mij op dat veel van hen er al zo vroeg oud uitzagen en dat zij veel lichamelijke en psychische problemen hadden. Ik merkte ook dat veel van de voorzieningen in onze maatschappij, zowel in de gezondheidszorg als elders, moeilijk toegankelijk voor hen waren. Hierdoor kreeg ik belangstelling voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen en werd ik hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte

Maria van den Muijsenbergh

zet zich al ruim 40 jaar met veel passie in om goede zorg toegankelijk te maken voor kwetsbare mensen in Nederland, onder meer als huisarts, docent, onderzoeker en hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte



integrale eerstelijnszorg in het Radboudumc te Nijmegen. Maria ontving op 29 juni 2023 een koninklijke onderscheiding waarbij zij werd benoemd tot Officier van Oranje-Nassau. Inmiddels is Maria met pensioen, maar blijft zij zich inzetten voor toegankelijke zorg, onder andere als voorzitter van het *European Forum for Primary Care*.

integrale eerstelijnszorg. Ook nu ik met pensioen ben, houd ik me nog steeds hiermee bezig: hoe we ervoor kunnen zorgen dat alle mensen even goede toegang hebben tot kwalitatief goede zorg. Dit doe ik onder andere als voorzitter van het Europese *Forum for Primary Care* en als voorzitter van de *Nederlandse Straatdokter Groep*.

KATHOLIEK SOCIAAL DENKEN

De vier basisbeginselen van het Katholiek sociaal denken vormen mijn inspiratie en motivatie. Ten eerste: de menselijke waardigheid, oftewel elk mens telt evenveel hoe zwak of onvolmaakt hij ook is. Ten tweede: solidariteit, omzien naar de ander. Omdat we immers allen onvolmaakt zijn, moeten we elkaar steunen op momenten dat de ander dat nodig heeft. Ten derde: subsidiariteit. Waar mogelijk moeten we zelf, dicht bij huis, doen wat kan en dit niet overlaten aan andere instanties zoals de overheid. En ten slotte, het *bonum commune*: met ons allen werken aan een goede gemeenschap. Deze vier beginselen vertaal ik naar: we moeten elke vorm van menselijk leven beschermen, we moeten 'zorg op maat' leveren en daarbij ieders eigen vermogen en inbreng versterken, maar altijd bereid zijn te ondersteunen waar en wanneer iemand dat nodig heeft. We hebben een verantwoordelijkheid voor elkaar en voor de maatschappij – het gaat om >>

“Veel van de voorzieningen waren moeilijk toegankelijk voor hen



de ander en om 'samen'. Onze hedendaagse individualistische meritocratie sluit veel mensen buiten en creëert een illusie van maakbaarheid, waarvan juist de zwaksten de dupe zijn. Dit zien we terug in de sociaaleconomische gezondheidsverschillen: de 20% armste mensen in Nederland leven 20 jaar korter in goede gezondheid en sterven 5-6 jaar eerder dan de rijkste mensen¹.

DE INVLOED VAN STRESS

Een migratieachtergrond versterkt de kans op een slechte gezondheid. Aan deze verschillen liggen meerdere, elkaar versterkende, oorzaken ten grondslag. Chronische stress, waar veel mensen met weinig geld, weinig opleiding,

met een migratieachtergrond of met sociale problemen mee te maken hebben, speelt een cruciale rol. Chronische stress leidt tot hoge spiegels van hormonen zoals cortisol, die een rechtstreeks negatief effect hebben op de bloedvatwand en op de suikerhuishouding, waardoor de kans op hart- en vaatziekten en diabetes stijgt. Daarnaast hebben hormonen invloed op verschillende hersenfuncties, zodat de kans op psychische aandoeningen zoals depressie stijgt. Bovendien hindert chronische stress het functioneren van onze prefrontale cortex, het hersendeel dat ons helpt om verstandige langetermijnbesluiten te nemen, en weerstand te bieden aan impulsen en verslavingen. Als dit gedeelte niet goed werkt, is het heel erg moeilijk om een gezonde leefstijl na te leven. Veel mensen uit de armste groepen hebben bovendien weinig opleiding gehad en beschikken over weinig informatie over gezondheid. Ook zijn allerlei

maatschappelijke regelingen vaak veel te ingewikkeld voor hen. Niet alleen geeft dit ook weer stress, het leidt er ook toe dat toegang tot zorg en ondersteuning lastiger voor hen is.

ELK MENS TELT

Hoe kunnen we deze verschillen verkleinen? Wat kunnen wij vanuit de gezondheidszorg daaraan doen? Het belangrijkste is dat elk mens in Nederland bestaanszekerheid heeft, een plek om te wonen en dat informatie over wetten en regelingen begrijpelijk is. Hier ligt een taak voor de politiek. Als artsen en andere hulpverleners kunnen we echter gelukkig ook veel doen om de gezondheid van mensen in ongunstige levenssituaties te verbeteren en hen de zorg te geven die zij nodig hebben. Dit kunnen we doen door écht te luisteren naar wat de patiënt ons te vertellen heeft en door te vragen naar zijn leefomstandigheden en mogelijke bronnen van stress. Veel lichamelijke klachten worden veroorzaakt door stress, waarvoor de oplossing niet in het medische domein ligt. Tegelijk schamen mensen zich vaak als zij schulden hebben, of niet kunnen lezen. Daarom moeten we ernaar vragen, want mensen vinden het meestal wel fijn als de dokter inzicht heeft in hun omstandigheden. Om te weten of onze patiënt ons goed begrepen heeft, kunnen we aan het eind van elk consult vragen of de patiënt in eigen woorden wil navertellen wat besproken is. Heel belangrijk is het om het zelfvertrouwen van patiënten te versterken door altijd iets positiefs te zeggen over de patiënt. Te laten voelen dat zij tellen, ook al is er veel misgegaan in hun leven. Want echt elk mens telt... ✓

Noot:

¹ CBS; Bovenaan welvaarts ladder bijna 25 jaar langer in goede gezondheid. 2022. Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/51/bovenaan-welvaarts-ladder-bijna-25-jaar-langer-in-goede-gezondheid> [pagina bezocht op 8-11-2023]

“*Veel lichamelijke klachten worden veroorzaakt door stress, waarvoor de oplossing niet in het medische domein ligt*”



BETTINA GEERTSEMA

Het was een drukke week op zaal aan het eind van de zomer. Er lagen flink wat zorgzware patiënten op de afdeling, maar niet dhr. A; naar hem had ik bijna geen omkijken. Hij was opgenomen met een hersenmetastasebloeding en kon niet terug naar huis, maar er was ook nog geen plek in het revalidatiecentrum. Hij deed zelfstandig de hele dag zijn eigen ding, wachtend totdat er een plekje voor hem vrijkwam.

Bettina Geertsema

(30) is arts-assistent interne geneeskunde en promoveert momenteel op het onderwerp SLE in het UMC Utrecht. Ze schrijft over de dagelijkse beslommeringen in het ziekenhuis, maar is het gelukkigst in de bergen met wandelschoenen aan, samen met haar man en baby'tje.



Onmogelijk **balanceren**

Ik liep elke ochtend bij hem langs, ging bij hem op de kruk zitten, en dan kletsten we even. Hij was breedspakig en leuk gezelschap en vertelde me over zijn leven.

Totdat ik op een ochtend gebeld werd door de verpleegkundige. Hij had een saturatie van 84%. Of ik kon komen kijken? Ik haastte me naar zijn kamer, waar hij rustig met een zuurstofbril in zijn rolstoel zat. Het viel allemaal wel mee, verzekerde hij mij.

Toch besloten we een scan van zijn longen te maken. De uitslag was duidelijk op beeld te zien: grote longembolieën. We kwamen voor een immens dilemma te staan. Voor zijn longen wilden we hem graag antistolling geven, alleen dat leverde risico op voor de bloeding in zijn hoofd. Ik belde iedereen op die hier iets over kon vinden, in de hoop een goed advies te krijgen. Het antwoord bleef echter overal hetzelfde: je kan geen inschatting maken welke kant dit kwartje op valt.

Met lood in m'n schoenen heb ik het uitgelegd aan patiënt en partner. *Shared decision making* is een groot goed, maar bar ingewikkeld als je als dokter zelf geen goed advies

kan geven. Uiteindelijk besloten we te balanceren: een halve dosering antistolling, in de hoop dat het voldoende zou doen voor zijn longen, maar geen effecten in zijn brein zou geven. We bespraken de consequenties van deze beslissing en, voor zover mogelijk, begreep hij dit. Hij nodigde de mensen uit die hij nog eens wilde spreken en legde zijn vrouw uit hoe ze de administratie van zijn bedrijf moest verwerken, voor als hij er niet meer zou zijn.

Ik ging naar huis met geknepen billen. Het eerste wat ik de volgende ochtend aan de dienstdoende vroeg, was hoe het met hem was. Niks van gehoord. Hij was de nacht goed doorgekomen. En de volgende dagen ook. Ondanks dat het goed afgelopen was, zat hij er wat verloren bij. Ik sprak hem een paar dagen later, weer op mijn bekende kruk. Hij stelde me de vraag die ik nooit meer zal vergeten: hoe moet ik verder? Hoe moet ik verder leven als ik al afscheid genomen heb? Hij kon daar niet mee omgaan. Ik had er geen goed antwoord op. Voor sommige patiënten is afscheid nemen een onmogelijk zware taak, maar daar besepte ik dat doorleven ook niet altijd een zegen is. ✓



VAN DE REDACTIE

Als arts kan het in een complex zorglandschap soms lastig zijn om mensen naar de juiste organisatie te verwijzen, vooral als het gaat om problemen waar we niet elke dag mee te maken hebben. Voor een aantal kwetsbare groepen worden in deze sociale kaart organisaties genoemd die zorgprofessionals en patiënten verder kunnen helpen.

ONGEDOCUMENTEERDEN & DAKLOZEN

- **Stichting ROS.** Het Rotterdams Ongedocumenteerden Steunpunt helpt mensen zonder geldige verblijfspapieren om door te procederen voor een verblijfsvergunning, te overleven in illegaliteit of terug te keren naar het land van herkomst.
- **Dokters van de wereld.** Vrijwillige artsen verlenen medische hulp in mobiele Zorgbussen. Ook helpen ze diverse groepen nieuwkomers de juiste zorg te krijgen via Zorgcafés in Amsterdam en Nijmegen.
- **CAK.** Via het CAK vindt een zorgprofessional de regeling waardoor hij zorgkosten kan declareren voor iemand zonder zorgverzekering. Bijvoorbeeld de *Regeling Onverzekerbare Vreemdelingen, Medische Zorg aan Ontheemden* en *Medische Zorg Asielzoekers*.
- **Daklozen Zorgkaart - Doctors for Homeless.** Deze kaart toont een overzicht van de aanwezige hulporganisaties in de 44 Nederlandse Kerngemeenten. De hulporganisaties helpen daklozen. Het gaat hierbij om Leger des Heils, GGD, straatdokters, sociale hulporganisaties en opvang.

GEZONDHEIDSVERSCHILLEN

- **Pharos.** Het doel van Pharos is het terugdringen van gezondheidsverschillen en streven naar gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen, bijvoorbeeld voor migranten en laaggeletterden. Pharos helpt zorgverleners hoe je op een begrijpelijke manier gezondheidsinformatie kunt delen, zoals op websites/apps, maar ook hoe je als arts of verpleegkundige beter in gesprek kan gaan met patiënten door middel van trainingen. Ze trainen sleutelpersonen (zoals vluchtelingen die andere vluchtelingen in Nederland helpen).

ARBEIDSMIGRANTEN

- **Stichting Barka, 'de reddingsboei voor dakloze EU-arbeidsmigranten'.** Stichting Barka is een van origine Poolse organisatie die dakloze arbeidsmigranten uit EU-landen helpt, voornamelijk uit Midden- en Oost-Europa. Oorspronkelijk was het doel om arbeidsmigranten te helpen weer te reintegreren in hun thuisland. Inmiddels is het doel alle Midden- en Oost-Europese arbeidsmigranten te ondersteunen, in teams van een ervaringsdeskundige en sociale assistent.

KINDEREN VAN OUDERS MET PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN / VERSLAVING (KOPP/KOV)

- **Landelijk Platform KOPP/KOV (Trimbos instituut).** Het platform biedt professionals die met de KOPP/KOV-doelgroep werken een plek om kennis, ervaringen, knelpunten en succesverhalen met elkaar uit te wisselen. Binnen het platform wordt er gezamenlijk gekeken naar wat er nodig is om de signalering en ondersteuning van de KOPP/KOV-doelgroep te verbeteren. Er worden bijeenkomsten georganiseerd en leden worden op de hoogte gehouden van nieuwe kennis en ontwikkelingen.
- **Website www.kopstoring.nl.** Website voor KOPP-jongeren (vanaf 12 jaar) met een online KOPP-groep (16-25 jaar), e-mailservice, informatiepagina's en chatten met een deskundige.

MENSENHANDEL

- **CoMensha.** CoMensha is het landelijk coördinatiecentrum dat zich inzet voor de belangen en rechten van slachtoffers van mensenhandel in Nederland. De organisatie heeft een helpdesk voor registratie van vermoedelijke slachtoffers, coördinatie van eerste opvang, zorg en hulp van slachtoffers, en advies over juridische zaken, opvang, specialistische zorg en hulpverlening.

(EX-)GEDETINEERDEN

- **Gevangenzorg Nederland.** Hulp voor (ex-)gedetineerden en hun familie. Vrijwilligers leggen bezoeken af in heel Nederland. Maatschappelijk werkers, in dienst bij Gevangenzorg Nederland, sturen hen aan.
- **Stichting Exodus.** Opvang en begeleiding van (ex-)gedetineerden en hun familie.
- **Vereniging Humanitas.** Dit is een landelijke vrijwilligersorganisatie met 78 afdelingen. Door praktische hulp te bieden, helpen zij (ex-)gedetineerden hun leven weer zelf op te pakken.

ZWANGERSCHAP & MOEDERSCHAP

- **Babyhuis.** Stichting Babyhuis biedt in Dordrecht, regio Rotterdam Rijnmond en Leiden sinds 2013 opvang aan baby's, voor wie moeders tijdelijk extra ondersteuning nodig hebben bij de zorg. Babyhuis biedt woonruimte, behandeling en begeleiding aan hoogzwangere en pas bevallen vrouwen.
- **Siriz.** Siriz (eerder VBOK) is specialist bij onbedoelde zwangerschap. Zij biedt preventie, ondersteuning en zorg. Bijvoorbeeld psychosociale hulp aan vrouwen en mannen die te maken krijgen met onbedoelde zwangerschap, maar ook opvang aan zwangere vrouwen zonder woonplek die intensieve begeleiding nodig hebben als voorbereiding op het moederschap op jonge leeftijd.

LAAGGELETTERDHEID

- **Stichting Lezen en Schrijven.** Deze stichting helpt mensen om signalen van laaggeletterdheid te leren herkennen en koppelt mensen die bijvoorbeeld willen leren solliciteren, geldzaken regelen, lezen of gesprekken voeren aan de organisatie die ze hierbij kan helpen, zoals een school, taalhuis of bibliotheek.

OVERTREDINGEN, HUISELIJK & SEKSUEEL GEWELD

- **Slachtofferhulp Nederland.** Slachtofferhulp Nederland heeft voor professionals een signalenwijzer en doorverwijstool, om slachtoffers van overtredingen, misdrijven of verkeersongevallen goed te kunnen helpen.
- **De Vluchtheuvel.** De Vluchtheuvel biedt professionele, psychosociale hulp voor alle leeftijden, vanuit een christelijke identiteit, onder andere bij huiselijk geweld.
- **Fier.** Fier biedt behandeling, bescherming en werkt aan een betere toekomst voor mensen die te maken hebben gehad met geweld door iemand die dicht bij ze staat en daar last van ervaren. De organisatie biedt ambulante hulp zoals traumatherapie, residentiële hulp en helpt op eigen benen te leren staan.
- **Hulplijn Verbreek de Stilte.** De hulplijn biedt mensen, die te maken hebben gehad met seksuele intimidatie, misbruik, geweld, aanranding en verkrachting, ondersteuning op emotioneel, juridisch en praktisch vlak. Zij kunnen doorverwijzen naar lokale hulpverleners en professionals.



PIET VERHAGEN

Het is niet rechtvaardig verdeeld in de wereld.

Dat geldt op heel veel terreinen, ook op het gebied van welzijn en gezondheid én toegang tot gezondheidszorg. Patiënten die lijden aan een ernstige psychiatrische stoornis hebben vergeleken met de algemene bevolking een aanzienlijk lagere levensverwachting, 10-25 jaar lager. Natuurlijk heet dat dan een complex fenomeen, waarin tal van factoren een rol spelen. Maar onrechtvaardige verdeling van hulpmiddelen is er onmiskenbaar een van. Overigens, dan moeten die patiënten maar minder roken en meer bewegen toch zeker! Ja, ja. Dat het dagelijks brood onrechtvaardig wordt verdeeld in de wereld is wellicht prototypisch. Daarover gaat deze meditatie.



Piet Verhagen
is psychiater, werkzaam
bij GGz Centraal
en proponent in de
Protestantse Kerk in
Nederland (PKN)

Geven jullie hun te eten. Dat is rechtvaardig!

Mattheus 14:15-21

AMUDAT IN OEGANDA

In 2013 bezochten we Amudat, in de noordoostelijke uithoek van Oeganda. We bezochten onze zoon die er een jaar verbleef voor ZOA ten dienste van de lokale bevolking. Een van alles en iedereen vergeten oord, voor de Oegandese overheid niet interessant en daarom verwaarloosd, slechts bereikbaar via een 200 km lange weg van het type dat in een tv-programma zo grappig heette *deadliest roads*. Op onze safaritocht, we waren per slot van rekening gewoon toerist, vroegen Oegandezen ons: 'Amudat, wat moeten jullie daar, daar is niks. Mensen lopen er half naakt, stelen elkaars vee, schieten met pijl en boog'. We werden er allerhartelijkst ontvangen, een groepje vrouwen zong en danste ons toe!

'Dit is een afgelegen plaats', zeiden de discipelen. Dat is een plek waar rampen of conflicten spelen, of waar het gewoon wildernis is. Je wilt er niet zijn als het donker invalt. Ik leerde van de Oegandese theoloog Emmanuel Katongole¹ dat Amudat, dat heel Afrika, zo'n afgelegen

plaats is: verlaten, gemarginaliseerd, uitgebuit, niet interessant voor Washington, London of Parijs, maar wel voor Peking. Galilea was niet interessant voor Jeruzalem of Rome. Een verlaten plaats met achtergestelden, onheus bejegenden, honderigen, die bezig zijn met overleven en het beste ervan maken. Toen in Galilea, en ja toen in Amudat. De oogst was mislukt, dus er was honger. We zagen dus vrouwen met zakken meel op het hoofd en wagens van het *World Food Program*; 'geven jullie hun maar te eten', zegt Jezus. Het is nu eenmaal onrechtvaardig verdeeld in de wereld.

LAAT ZE HET ZELF UITZOEKEN

Dan is er de even logische als begrijpelijke reactie van de discipelen: stuur ze weg. Met vijf broden en twee vissen komen we nergens. Maar als je even nadenkt en het evangelie een beetje kent, dan denk je meteen: dat zal niet >>

“*Dat 'geven
jullie hun maar
te eten' is ineens
een aanklacht*

¹ Katongole, K. The sacrifice of Africa. A political theology for Africa. Eerdmans Publishing Co, 2011.



waar zijn. Wie heeft ooit gehoord, wie heeft in het evangelie ergens gelezen dat Jezus iemand wegstuurt omdat er niet te helpen viel, omdat het boven Zijn macht ging? Of gebeurt dat dan hier? Moet Jezus hier ook zijn meerdere erkennen in de leegte van deze van God en mensen verlaten plaats? Stuur ze weg, dan kan het evangelie in de prullenbak. Het is hier woest en leeg, bijna als voor de schepping.

In dat wegsturen schuilen, zegt Katongole, twee grote gevaren. Het eerste gevaar is dat de discipelen er kennelijk van uitgaan dat het dagelijks brood voor Jezus niet belangrijk genoeg is en dat daarom mensen wel weggestuurd kunnen worden. Jezus' woorden en daden betreffen niet het dagelijks, maar het geestelijke leven.

Het gaat Jezus om geestelijk brood. Ze zijn niet gekomen om te eten maar om te luisteren. Het dagelijks brood uit het gebed dat Jezus leerde kwam 'even' niet bij hen op.

“
Rechtvaardige verdeling in deze wereld is kennelijk een wonder

Het tweede gevaar is dat in dat willen wegsturen van de mensen het niet alleen lijkt alsof je aan het evangelie in je dagelijkse besommeringen niet zoveel hebt, maar eigenlijk gebeurt er dan precies wat de

wereld doet volgens het economisch bestel: je moet zelf voor je brood zorgen, je moet het maar zien te kopen van het geld dat je ergens mee verdiend hebt, en wie niet werkt en dus niet genoeg geld heeft, die heeft een probleem.

MOOI NIET!

Zo is Jezus, Goddank, niet! Hij die naar deze verlaten plaats, die wereld heet, is gekomen. Hij stuurt geen mensen weg. Hij is immers met mensen bewogen. Hij doet wonderen en tekenen. Hij drijft demonen uit, geneest zieken, legt stormen het zwijgen op, loopt over water en veegt de religieuze elite de mantel uit. Zijn hemelse Vader heeft veertig jaar lang heel Israël in de verlaten plaats die woestijn heet dagelijks van brood en vlees voorzien, zodat het ze aan niets ontbrak. Zou Hij geen raad weten? De Oegandese theoloog, en ik sluit me erbij aan, zegt dat Jezus hier, bewogen als Hij is en in staat tot vele wonderen en tekenen, *protest* aantekent.

‘Geven jullie hun maar te eten!’ Maar dat kunnen we niet! Nee, dat klopt, dat jullie dat niet kunnen. Maar vragen jullie je ook wel eens af hoe dat komt en of dat wel juist, of dat wel rechtvaardig is? Dat ‘geven jullie hun maar te eten’ is ineens een *aanklacht*. Omdat we uit het Evangelie beter hadden kunnen, hadden moeten weten!

WAT HEBBEN JULLIE WEL?

Er gebeurt een wonder! Rechtvaardige verdeling in deze wereld is kennelijk een wonder! Ach, we hebben naar vijf broden en twee vissen. Dat is niet genoeg, daarmee kun je de problemen in de wereld, het leed van honger niet oplossen. Natuurlijk dat wat wij te bieden hebben is altijd te weinig, altijd maar een fractie van wat nodig is. Het wonder is dat Jezus vraagt om het bij Hem te brengen, zodat hij het kan zegenen, en onder Zijn zegenende handen wordt het meer, alsmar meer, en wordt het meer dan genoeg. Hij zegent het en er is overvloed. In plaats van dat ze weggestuurd worden en ieder voor zich het proberen te redden, vormen ze een gemeenschap rondom Jezus Christus. Deze woeste en verlaten plaats wordt à la Psalm 23 zomaar een grasveld, waar het onder leiding van de goede herder goed toeven wordt.

Zo vertelt Emmanuel Katongole inderdaad verhalen van mensen, die door Jezus geroepen werden om bij Hem te brengen wat ze hadden aan talenten en gaven. O zo weinig, veel te weinig. Maar dan blijkt het onder de zegen van de Heer veel meer te zijn, veel meer te worden, boven verwachting, mensen die boven zichzelf uitgroeien onder de zegenende handen van Jezus Christus. Zozeer zelfs, dat sommige van hen ook veel erkenning kregen van de kant van de wereld. Dat is mooi, maar hun geheim is de zegen van hun Heer. Zo staat Katongole uitgebreid stil bij het werk van Maggy Barankitse en *Maison Shalom*. Hij vertelt over haar roeping en haar bijzondere, mystieke ervaring van de realiteit van de liefde van God te midden van het geweld in Burundi, haar roeping voor liefde en een toekomst voorbij haat. Wie naar de website van *Maison Shalom* gaat, ziet getallen, maar dan niet in de sfeer van vijf en twee maar in de lijn van ‘ongeveer vijfduizend’ (en dat zijn ze dan nog niet eens allemaal): meer dan 5000 kinderen naar school, meer dan 2100 economisch gesteund, meer dan 2000 psychisch ondersteund².

En ons geheim, wat is ons geheim? Te geloven in het wonder van de vijf broden en twee vissen. In zijn zegenende handen. Dus ons zeker niet neer te leggen bij het gegeven dat het nu eenmaal is zoals het is. De *Wereldraad van Kerken* (WCC) heeft haar programma genaamd *Health Promoting Churches* met vier speerpunten: voorlichting op het terrein van (mentale) gezondheid, concrete activiteit zoals leefstijlgericht werken, en in verband hiermee behartiging van zorg voor de schepping en versterking van het publieke getuigenis. Dat lijken me evenzovele aanknopingspunten voor een theologie van gelijkheid en van gezondheid en zorg. ✓

² Shalom House, <https://maisonshalom.org>

COBIE SOLDAAT -
VAN BRUCHEM

Het vorige nummer van
IDDG heb ik met plezier
gelezen en doorgegeven
om op die manier

meer bekendheid te geven aan CMF. Als
dit nummer uitkomt, zal een nieuw logo
gemaakt zijn en verwacht ik dat we een
heel eind zijn met de nieuwe website. Een groot
deel van het PR-plan, dat begin van dit jaar is gepresenteerd, is hiermee afgerond. Zo aan het
einde van het eerste jaar van mijn voorzitterschap kijk ik terug op een mooi verenigingsjaar.

Sinds de zomervakantie hebben we Heleen Versteeg
als nieuw bestuurslid verwelkomd. We hebben
samen met het studentenbestuur een mooie ochtend
gehad waarin we hebben nagedacht over de visie en
missie van CMF Nederland. Een concept meerjarenplan
is opgesteld en bij het verschijnen van dit nummer
hopelijk ook besproken met de Raad van Advies. Op
de ALV van volgend jaar zal het meerjarenplan ter
goedkeuring worden voorgelegd.

TERUGBLIK ICMDA WORLD CONGRESS

Een groot deel van degenen die bij het congres
in Tanzania waren, kwam begin oktober bij elkaar
om terug te kijken. Een gedeelde ervaring was de
gastvrijheid en de ontmoeting met oude bekenden.
De sfeer bij het congres was warm en uitnodigend,
waardoor het makkelijk was om met iedereen te
praten. Deze ontmoetingen leerden ons dat we niet de
enige Christelijke dokters zijn. We zijn onderdeel van
Gods wereldwijde kerk en één in het geloof.

Vanuit ICMDA zijn voor de komende jaren een aantal
key target area's benoemd. Een van die gebieden
zijn de Caraïben. Vanuit CMF Nederland zijn er
wellicht mogelijkheden om connecties te leggen. Als
Nederlanders hebben we de neiging om voorzichtig te
zijn met het delen van het geloof. We mogen echter

Cobie Soldaat – van Bruchem

is specialist ouderen-
geneeskunde en
voorzitter van CMF
Nederland. Zij woont
met haar man en twee
zonen in Rotterdam.



een voorbeeld nemen aan ICMDA-leden uit landen
waar vervolging is en meer strijdbaar zijn. *Saline* kan
helpend zijn om getuigend te leren werken.

SALINE PROCESS

Wat betreft *Saline* is er de mogelijkheid om via ICMDA
deel te nemen aan de training¹. Als bestuur zijn we
samen met HCF-Nederland aan het kijken of er op
een zaterdag een Nederlandstalige *Saline*-training
aangeboden kan worden. We willen deze eerste training
zo inrichten dat daaruit weer nieuwe Nederlandse
trainers kunnen worden opgeleid om zo in een paar jaar
tijd door het hele land een training te hebben.

Door de samenwerking met HCF-Nederland worden
de deelnemers ook multidisciplinair getraind in het zijn
van getuige op de werkvloer. Als individuele dokter
kunnen we nu al oog hebben voor de existentiële en
spirituele dimensie tijdens de anamnese. U kunt een
zaadje planten bij een patiënt en onderdeel zijn van
Gods wereldwijde plan. Denkt u alvast na of u een van
de deelnemers wil zijn bij de *Saline*-training?

Ik wil jullie allemaal gezegende kerstdagen en een
mooi 2024 wensen. ✓

¹ Zie de website <https://icmda.net/resources/saline/>



Interview met Lindeboomhoogleraar **Stef Groenewoud**



NICO WOLSWINKEL

In het juninummer van IDDG stond een

interview met Henk Jochemsen, kort daarvoor teruggetreden als hoogleraar *Ethiek van de zorg* (de Lindeboomleerstoel) aan de Theologische Universiteit Utrecht/Kampen. Zijn opvolger is Stef Groenewoud, die in juni van dit jaar zijn oratie hield

over *Waar je woont, is hoe je sterft – Ethische reflecties op recht(v)(w)aardige zorg rond het levenseinde*. Door zijn publicaties, artikelen in IDDG en zijn bijdragen op conferenties is hij bij velen al wel bekend. In de pers is op verschillende manieren aandacht gegeven aan de wisseling van de wacht. Er is alle reden om ook als CMF, de organisatie van christelijke artsen en medische studenten in Nederland, met Stef in gesprek te gaan over ontwikkelingen in de zorg en over wat hij en de CMF-leden voor elkaar kunnen betekenen.

HOE BEN JE ALS GEZONDHEIDSWETENSCHAPPER IN DE MEDISCHE ETHIEK TERECHT GEKOMEN?

Ik heb tijdens mijn studie altijd wel het idee gehad dat ik het mooi zou vinden als ik met mijn opleiding, en het werk dat daarop zou volgen, wat voor christelijk Nederland zou kunnen betekenen door het denken op het deelterrein van de medische ethiek vooruit te helpen en door mensen te helpen hun gedachten te vormen. Op een aantal sleutelmomenten tijdens mijn studie en tijdens het promotietraject is Gert v.d. Berg, de toenmalig directeur van de NPV, daarbij een grote stimulator geweest. Na mijn promotie ging ik werken in de *consultancy*, ik merkt daarbij een soort onvrede om dat werk lang te blijven doen. Dat ging samen op met interesse in de filosofie. Van het één kwam het ander. Uiteindelijk kwam ik uit bij het Radboudumc. Ook daar kon ik verdergaan met de medische ethiek en kreeg ik gelegenheid een master filosofie te volgen, in de toegepaste ethiek. Ik vond het belangrijk dat je, wanneer je je als gezondheidswetenschapper op het vlak van de medische ethiek begeeft, daar ook serieus studie van moest maken. Ik heb daar veel geleerd over klinische ethiek en heb veel meegedaan aan moreel beraad in het ziekenhuis. Veel van mijn onderzoek is nog steeds sterk empirisch geladen, mijn achtergrond als gezondheidswetenschapper komt daarin duidelijk terug. Het zijn vooral toegepaste medisch-ethische thema's, waarmee ik me bezighoud.

INMIDDELS DOE JE EEN JAAR OF VIJFTIEN MEE IN HET MEDISCH-ETHISCH DEBAT. WAT WAS DE BELANGRIJKSTE TREND IN DIE PERIODE?

Nico Wolswinkel
is huisarts in Veenendaal
en coördinator van
de CMF-kring in de
Gelderse Vallei



Zonder twijfel is dat de sterk toegenomen autonomie van de patiënt. Bij een moreel beraad in het ziekenhuis is de betekenis van de autonomie van de patiënt, of van de ouders wanneer het een (ongeboren) kind betreft, steeds meer doorslaggevend. Dezelfde autonomie zien we in de stijgende aantallen euthanasiegevallen. De inbreng van de artsen, het behandelteam en het perspectief van het ongeboren leven verdwijnt meer en meer op de achtergrond. Hoewel soms de wal het schip lijkt te keren, wanneer er toenemend signalen komen over dokters die moeite hebben met ontwikkelingen binnen de euthanasiepraktijk.

WAT ZIJN DE PUNTEN DIE DE KOMENDE JAREN VOORAL DE AANDACHT ZULLEN VRAGEN?

Natuurlijk gaat het debat over de rol van autonomie door. Daarnaast is het een belangrijk thema om te kijken naar de betekenis van *Artificial Intelligence* (AI). De vragen die daar ontstaan, over tot hoever algoritmes beslissend mogen zijn bij diagnostiek en behandeling, zullen sterk de aandacht vragen. Dat gaat zeker de komende jaren belangrijk worden, omdat het zo aantrekkelijk is, gezien het gebrek aan menskracht. Gaat AI zorgrelaties in de weg staan of vervangen? Vergeten we niet dat het eigenlijk surrogaat is? >>

“De belangrijkste trend in de medische ethiek van de laatste decennia is de sterk toegenomen autonomie van de patiënt



Ik zie het nadrukkelijk als de plicht van de christen-ethicus om in gesprek te blijven met de ander

En dan is er de sterke wens om onderzoek te doen met menselijke embryo's, die ook voor dat doeleinde worden gecreëerd. Er komt meer druk om enerzijds dat soort materialen te mogen gebruiken en anderzijds ook de termijn te verlengen waarbinnen je die onderzoeken mag doen.

Als volgend kernthema zou ik willen noemen de vragen die te maken hebben met een rechtvaardige inrichting van ons zorgstelsel, ook dat wordt de komende jaren spannend. Wat kunnen we nog betalen en waartoe zijn we nog solidair en bereid om het collectief op te brengen? En wat is de rol van eigen verantwoordelijkheid? Of zelfs van het 'eigen schuld, dikke bult'-principe in de zorg?

En tot slot ook levenseindevragen. In mijn geval gaat dat met name over geografische verschillen in de zorg in de laatste levensfase, waar mijn oratie over ging. Zoals vragen over betaalbaarheid en zorgvernieuwing op het gebied van *end of life care*.

JE WERK OMVAT ONDERZOEK EN ONDERWIJS. WELKE ACCENTEN ZULLEN DE KOMENDE JAREN GELEGD WORDEN OP HET GEBIED VAN ONDERWIJS?

Het onderwijs richt zich deels op doelgroepen en is deels thematisch. Allereerst is er een los keuzevak *Inleiding in de medische ethiek*, dat in Utrecht gegeven wordt, zes weken lang één avond per week. Deze serie is te vergelijken met de vroegere colleges van Jochem Douma en Henk Jochemsen. Uit verschillende universiteitssteden komen er studenten op af. Qua doelgroepen richten we ons op studenten geneeskunde, biomedische wetenschappen, gezondheidswetenschappen, maar ook studenten economie, rechtsgeleerdheid of andere disciplines. Zeker voor CMF-studenten is dit een mooie manier zich te verdiepen in een aantal thema's uit de medische ethiek. Daarnaast is er een uitgebreidere keuzemodule, in de vorm van een vak medische ethiek, in de master theologie, die vooral door theologiestudenten wordt gevolgd. Heel interessant voor (CMF-)artsen is een leergang *Ethiek van de zorg vanuit christelijk perspectief*. Deze omvat acht hele collegedagen. Deze is wat meer toegepast, met minder lees- en voorbereidingswerk.

De thema's zijn voor de drie doelgroepen ongeveer gelijk, alleen de invulling en de mate van diepgang varieert. Wat is bio-ethiek en wat is het eigene van een christelijke benadering? Keuzes in de zorg, moet alles wat kan? Rechtvaardigheidstheorieën, en hoe vertaalt het zich in pakketkeuzes? Natuurlijk ook aandacht voor menselijke waardigheid en waardig sterven. Wat is moreel beraad, en daarbij aandacht voor moreel pluralisme. Het steeds meer op de voorgrond tredende thema van genderdysforie

en gendervraagstukken komt ook aan de orde. Bij ieder thema is er nadrukkelijk aandacht voor het christelijk levensbeschouwelijk perspectief, in het bijzonder het aspect van de zorg als normatieve praktijk. Het tot je bestemming komen als mens, als patiënt en als zorgverlener, daar is de hele leergang van doordrenkt.

JE HEBT VOORGANGERS VAN NAAM, HENK JOCHEMSEN EN THEO BOER. BESTAAN ER VERSCHILLEN IN ACCENT?

Om te beginnen, ik ben door Theo Boer gevormd als ethicus. Met hem heb ik wel klik in het denken. Tegelijkertijd sta ik bijvoorbeeld in de euthanasiediscussie dichter bij Henk, die er geen ruimte voor ziet. Theo zal *in the end* zeggen: goed dat het er is, als laatste redmiddel. Zelf zeg ik: ik snap dat mensen het vragen en dat er dokters zijn die er behulpzaam in willen zijn, maar voor mij is het als handeling een brug te ver.

Het verschil met Henk is vooral de benadering van de thematiek. Theo en ik zien het nadrukkelijk als de plicht van de christen-ethicus om in gesprek te blijven met de ander, zonder van de ander geloof te verwachten en zonder je eigen geloof buiten beschouwing te laten. Dat vergt wel een soort atletische inspanning in conceptueel denken, waarbij je je eigen moreel commitment wel benoemt, maar op een smal ethisch geformuleerde manier, in denkbeelden, begrippen en taal waar de ander in mee kan komen. Volop met je benen in de modder, maar toch van een ander Koninkrijk. Hierbij ben ik een leerling van de ethicus Gerrit de Kruijf.

WAT VIND JE VAN DE STELLING DAT HET TOT DE PROFESSIONALITEIT VAN EEN ARTS BEHOORT OM, BINNEN DE GELDENDE ZORG-VULDIGHEIDSCRITERIA, MEE TE WERKEN AAN EUTHANASIE, OOK AL ZOU JE ER ZELF NOOIT VOOR KIEZEN?

Nou, dat is voor mij wel echt een grens over. Het is feitelijk ook onjuist. Je kunt niet zeggen 'ik word arts, dus ik zal wel moeten'. Er is maar één iemand die over het eigen geweten gaat en dat ben je zelf. Levensbeëindigend handelen is eerst en vooral een gewetenskwestie, een zaak tussen God en jou. Dat geef ik alle CMF'ers graag mee.

CMF IS EEN VERENIGING VAN ARTSEN EN STUDENTEN, DIE ZICH DOOR HUN CHRISTELIJK GELOOF GEÏNSPIREERD WETEN. WAT KUN JIJ VOOR CMF BETEKENEN, EN WAT CMF VOOR JOU?

Ik zou het mooi vinden als we kunnen nadenken hoe het onderwijs er kan zijn voor CMF-leden, en hoe het nog meer onder de aandacht kan worden gebracht. We willen



CURRICULUM VITAE STEF GROENEWOUD:

Stef Groenewoud studeerde gezondheidswetenschappen en toegepaste ethiek en promoveerde in 2008 op een proefschrift over factoren die het keuzeprocess van patiënten in de gezondheidszorg beïnvloeden. Sinds 2013 is hij als onderzoeker en klinisch-ethicus verbonden aan het Radboudumc. Hij is al lange tijd betrokken bij het Lindeboom Instituut: zo was hij van 2010-2011 directeur van de stichting en hij maakt sinds 2011 deel uit van de redactie van de Lindenboomreeks. Naast zijn werk als hoogleraar voor het Lindeboom Instituut, blijft hij ook verbonden aan het Radboudumc. Als praktijkmanager in de huisartsenpraktijk van zijn echtgenote houdt hij feeling met het grondvlak van de gezondheidszorg in Nederland.



de cursus ook meer onder de aandacht brengen van studentenverenigingen. Ook als onderzoeksteam staan we open voor suggesties over thema's om mee aan de slag te gaan en kunnen bijvoorbeeld samenwerken met studenten in het kader van een wetenschappelijke stage.

Wanneer artsen in hun dagelijkse praktijk tegen dingen aanlopen en signaleren, dan hoor ik dat graag. Ik zou zeggen: bel mij of mail mij. Ik zou het mooi vinden met CMF'ers te werken aan uitgaven in de Lindeboomreeks. Ook zouden leden deel kunnen uitmaken van een klankbordgroep. Kortom: het zou mooi zijn wanneer we elkaar nog beter weten te vinden.

IN DIT NUMMER VAN IDDG GAAT HET OOK OVER ONGELIJKHEID IN DE ZORG. WAT IS JOUW KIJK DAAROP?

Ik zit daar egalitaristisch in, dat wil zeggen dat je bij het toedelen van schaarse middelen diegenen helpt, die het minste hebben. En ook communitaristisch, dat wil zeggen dat je in de manier waarop je middelen verdeelt bepaalde waarden wilt uitdragen, zoals solidariteit. Ik ben erg geïnspireerd door de Belgische gezondheidsethicus Yvonne Denier, die schrijft over een ethiek van

eindigheid. Het gaat dan zowel om het besef van de eindigheid van het leven als om het besef van eindigheid van de portemonnee. Dan moet je beseffen dat aan het einde van het leven niet alles meer moet dat kan.

Je komt dan uit bij een verschuiving van *cure* naar *care* naar preventie. Uiteindelijk zul je dan moeten kiezen voor grote groepen chronisch zieken, die je een boost in kwaliteit van leven kunt geven met beperkte middelen. En dat in plaats van hele dure geneesmiddelen voor een beperkte groep patiënten. We ontkomen er niet aan om nee te gaan zeggen, vooral op het gebied van nieuwe behandelingen en geneesmiddelen. Bestaande behandelingen stoppen, gaat niemand voor zijn rekening nemen.

EN WAT KAN DE INDIVIDUELE (HUIS)ARTS DOEN TEGEN ONGELIJKHEID IN DE ZORG?

Dat kan in hele concrete dingen. Bijvoorbeeld gratis maandverband ter beschikking stellen voor wie het niet kan betalen. Of door net een extra stap te zetten voor een kwetsbare patiënt, zodat die net wat beter mee kan doen, ook al kost het wat. In allerlei moreel beraad heb ik gemerkt dat veel artsen het perspectief van de samenleving en de individuele patiënt zeker laten meewegen. ✓



Volop met je benen in de modder, maar van een ander Koninkrijk



OPROEP

Verhalenbundel Ervaringen (huis)artsen met euthanasie

Gevraagd: (huis)artsen die hun ervaringen willen delen met euthanasie(verzoeken)

Eerder publiceerden wij (Boer, Groenewoud en De Jonge) de verhalenbundel *Leven met euthanasie*¹ met daarin 45 verhalen van nabestaanden. De impact van de bundel was groot en leerde ons ook dat er behoefte bestaat aan ervaringsverhalen van betrokken artsen. In dit nieuwe bundelproject kiezen we daarom het artsenperspectief: wat zijn uw ervaringen met euthanasie(verzoeken) in uw zorgpraktijk? De verhalen beschrijven bij voorkeur zowel positieve als negatieve ervaringen en gaan over de omstandigheden voor, tijdens en na de euthanasie. Het doel van het bundelen van ervaringsverhalen is meerledig;

- Begripvolle steun en herkenning bieden aan (huis)artsen die in hun praktijk met euthanasie te maken hebben
- Ervaringen en gevoelens van betrokken artsen bij euthanasie voor het voetlicht brengen voor een breed publiek
 - Het maatschappelijk debat rondom levenseindezorg voeden
 - Het bevorderen van goede zorg rond levenseinde

Wilt u meedoen? Beschrijf dan - in max. 1250 woorden - verhalenderwijs uw éigen ervaring(en) met een exemplarische casus, waarbij de nadruk mag liggen op het 'door u beleefde goede' en het 'door u beleefde slechte'. U kunt uw verhaal opsturen naar: wieke.ligtenberg@tuu.nl. Hartelijk dank!

¹ Leven met euthanasie | T Boer ea. | Geliefden vertellen over hun ervaringen | KokBoekencentrum | 2021

LEERGANG ETHIEK VAN DE ZORG VANUIT CHRISTELIJK PERSPECTIEF

Het Lindeboom Instituut, de Theologische Universiteit Utrecht en de CHE organiseren komend voorjaar de 3^e editie van de leergang *Ethiek van de zorg vanuit christelijk perspectief*, een leergang voor professionals in de zorg.

In de leergang worden de deelnemers, met een diverse achtergrond in vakgebied en kerkelijke stroming, toegerust om ethische dilemma's in de zorg te identificeren en methodisch te analyseren en ze met vertrouwen in hun eigen organisatie aan de orde te stellen. Daarbij wordt gebruikgemaakt van casuïstiek uit de eigen beroepspraktijk, zodat de nieuw opgedane kennis en vorming relevant en direct toepasbaar is. In acht lesdagen wordt een rondgang gemaakt langs de belangrijkste onderwerpen in de ethiek van de zorg. De deelnemers maken kennis met methoden en argumenten vanuit zowel de filosofie als de theologie. En steeds staat de vraag centraal: 'hoe vorm ik me hier als gelovig christen een standpunt in?' En ook: 'hoe wissel ik hierover van gedachten met niet- of andersgelovigen?' Naast de inhoud staan persoonlijke groei en vitaliteit op de agenda.

In januari start de 3^e editie op landgoed Zonneoord in Ede, onder leiding van prof. dr. Stef Groenewoud.

Meer informatie en aanmelden: wwjg.nl/zorgethiek

LEERGANG VOOR PROFESSIONALS

3^e EDITIE

Ethiek van de Zorg
vanuit christelijk perspectief

meer informatie
WWJG.NL/ZORGETHIEK

CHE
Theologische Universiteit Utrecht
Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut

Drijfveren



VAN DE REDACTIE

In dit themanummer vertelt **Ellie Taylor** over haar

ervaringen als geneeskundestudente in de United Kingdom (UK).

Openhartig vertelt ze over haar keuze voor het beroep van arts alsook de moeilijkheden om daarin soms de verbinding te vinden met het geloof en Christus. Hij is echter ook een voorbeeld voor ons in onze houding naar patiënten die ongelijkheid in zorg ervaren.

Geneeskundestudent in de UK

WIE BEN JE EN WAAROM BEN JE ARTS GEWORDEN?

Mijn naam is Eleanor, ik ben een vijfdejaars geneeskundestudente aan de *Cambridge University* in Engeland. Al vanaf jonge leeftijd ben ik geïnteresseerd in wetenschap, maar ik wilde in mijn beroep graag met mensen werken en hulp kunnen bieden. Arts zie ik als een beroep dat beide combineert.

WAT VOOR ARTS WIL JE GRAAG ZIJN?

Ik ben nog niet in de fase waarin ik een specialisme moet kiezen, maar ik ben zeer geïnteresseerd in kindergeneeskunde of chirurgie – of de combinatie!

HOE PAS JIJ EEN CHRISTELIJKE VISIE TOE IN JE STUDIE EN CARRIÈRE?

Kathryn Butler, een voormalig traumachirurg, beschrijft geneeskunde als een 'wildernis' in haar boek *Glimmers of Grace*. Hiermee verwijst ze naar het feit dat je als arts frequent geconfronteerd wordt met sterfelijkheid, alsook wonderlijke wendingen, waarbij de ziekenhuissetting meestal geen ruimte biedt voor de verbinding met God. Ik vind het ontbreken van deze verbinding tussen geloof en het ziekenhuis moeilijk en iets om nog aan te werken; het contrast van het zingen van hymnes op zondag in de kerk, gevolgd door het zien van veel lijden de volgende dag in het ziekenhuis.

Om nog eens te refereren aan het boek *Glimmers of Grace*: Kathryn Butler heeft enkele behulpzame hoofdstukken toegevoegd waarbij zij de dagelijkse ervaringen in het ziekenhuis verbindt met geestelijke reminders. Als voorbeeld, bloed is een veel gezien beeld in het ziekenhuis, van bloedafname tot het afzuigen tijdens een operatie. Bloed is vol leven en heeft een belangrijke functie, het draagt vele duizenden cellen die samenwerken om ons vitaal te houden. Butler vraagt haar lezers om zich te herinneren aan het bloed van onze Verlosser dat voor ons vloeiende op Golgotha. En hoe wij het eeuwige leven verkrijgen door zijn levensreddende bloed. Een andere manier waarmee wij onze Verlosser kunnen gedenken is water, opnieuw een veelvoorkomend beeld in het ziekenhuis. Als we een infuus klaarmaken, patiënten water geven of de mond bevochtigen, dan kunnen we onszelf hiermee herinneren aan Christus' woorden, dat Hij het levende water is en we alleen door Hem voldoening en vreugde vinden en nooit meer dorsten. Deze tekenen in gedachten houden, helpt



mij om mij op Christus te richten en geeft aanmoediging in het midden van de bedrijvigheid van het ziekenhuis.

Een andere manier die mij helpt is het lezen van de evangeliën, daarin de vriendelijkheid te ontdekken die Christus toont aan degenen die op Zijn weg komen, ongeacht hun achtergrond of status. Geneeskunde beoefenen is in vele opzichten een voorrecht, omdat het zoveel mogelijkheden biedt om het voorbeeld van onze Verlosser te volgen, die zelf de Grote Geneesheer is. Een van mijn favoriete taken als geneeskundestudent is het halen van een glas koud water voor patiënten die daarom vragen, het is de eenvoudigste taak en meestal zeer gewaardeerd. Ook herinnert het mij aan Jezus' woorden in Mattheus 10:42: *“En wie een van deze geringe mensen een beker koel water te drinken geeft alleen omdat het een leerling van Mij is, Ik verzeker jullie: die zal zeker beloond worden.”*

KUN JE ONS IETS MEER VERTELLEN OVER HET WERK VAN CMF IN ENGELAND?

Medische studenten kunnen elkaar bij CMF om de week op zaterdag ontmoeten in het onderwijsgebouw voor een Bijbeloverdenking en ontmoeting. Soms zijn er activiteiten waarbij christelijke artsen worden uitgenodigd voor een presentatie of om vragen te beantwoorden. Het is een zegen om andere christenen te ontmoeten in de universiteit.

HOE IS HET MET DE GEZONDHEIDSZORG IN DE UK GESTELD?

Het zorgsysteem in de UK is primair geregeld via de *National Health Service* (NHS). De NHS is een door de overheid gefinancierd systeem dat gezondheidszorg levert aan inwoners van de UK. Het biedt vrij gebruik van uitgebreide voorzieningen waaronder eerstelijnszorg, ziekenhuis- en specialistische zorg voor individuen die daarvoor in aanmerking komen.

WAT ZIJN UITDAGINGEN VOOR DE UK TEN AANZIEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG?

De coronapandemie heeft veel gevraagd van het zorgsysteem, met als gevolg lange wachttijden voor zowel eerstelijns als tweedelijnszorg. De wachttijden zijn ook beïnvloed door financiële factoren, tekorten aan personeel en acties van de zorgindustrie. De kosten van de zorg blijven stijgen en er zijn zorgen over de toekomstbestendigheid van het huidige financiële model, zeker met het oog op de toenemende zorgvraag. Verder heeft de UK, net als in vele andere landen, een verouderende populatie waarmee er een toegenomen vraag is naar gezondheidszorgvoorzieningen.

Momenteel zijn jonge artsen en consulenten in de UK betrokken bij een loongeschil wat de afgelopen maanden geleid heeft tot een serie van stakingen. Tot op heden is er weinig vooruitgang geboekt in het vinden van een oplossing of overeenkomst, daarom is de verwachting dat de stakingen door zullen gaan.

Als een gevolg van alles wat gaande is in de NHS, daalt het moreel van de medewerkers, waardoor veel zorgmedewerkers de NHS verlaten en ervoor kiezen om in de privésector, het buitenland of een ander vakgebied te gaan werken. Veel van mijn medestudenten kijken naar mogelijkheden voor een carrière in het buitenland waar de lonen en werkomstandigheden aantrekkelijker lijken.

IS 'ONGELIJKHEID VAN ZORG' EEN RELEVANT ONDERWERP OOK IN DE UK?

Ongelijkheid in de gezondheidszorg is zeker een issue in de UK. Ondanks de zorg die de NHS kosteloos voor iedereen aanbiedt zijn er significante ongelijkheden waarbij mensen uit bepaalde gebieden of van mindere afkomst slechtere gezondheidswinst ervaren. ✓

“*Deze tekenen in gedachten houden, helpt mij om mij op Christus te richten*”



Cijfers over kwetsbare groepen

VAN DE REDACTIE

✓ DAKLOOSHEID

- Kosten van dakloosheid liggen tussen **30.000 en 85.000 euro per jaar per persoon**. Mensen van straat halen, kost tussen 33.000 en 70.000 euro. Bron: DULBEA
- Geschat aantal daklozen is **32.000, 81% daarvan is man** (in 2022). Bron: CBS
- Het Leger des Heils schat in 2022 dat het aantal daklozen met **bijna 25% is gestegen t.o.v. 2021**, en onder jongeren tussen 18 en 22 jaar gaat het om een stijging van 50%.
- De bedden capaciteit van het Leger des Heils is **6.200**. Bron: Leger des Heils.
- De **levensverwachting** van daklozen is op 30-jarige leeftijd 11 jaar lager bij mannen, en 16 jaar lager bij vrouwen. Bron: Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7654

✓ HUISELIJK EN SEKSUEEL GEWELD

- Veilig Thuis heeft in de eerste helft van 2022 **59.985 meldingen van kindermishandeling en huiselijk geweld** ontvangen. 38% van de meldingen betrof een 'hermelding'.
- In 2022 gaf 25% van de 16- tot 18-jarigen in de afgelopen 12 maanden aan slachtoffer te zijn geweest van één of meer vormen van huiselijk geweld. Jonge vrouwen waren vaker slachtoffer dan jonge mannen.
- Van alle vormen van huiselijk geweld komt **verbale agressie in huiselijke kring** het meeste voor: 50,6 procent van de 16- tot 18-jarigen zegt hier in de afgelopen 12 maanden slachtoffer van geweest te zijn. Van fysiek geweld is 15,2% van de 16- tot 18-jarigen slachtoffer geweest.
- 10% van de 16- tot 18-jarigen zegt **fysiek seksueel geweld** te hebben meegemaakt (bijv. zoenen tegen de wil, ongewenst op een seksuele manier aangeraakt worden of verkrachting). Van alle vormen van seksueel overschrijdend gedrag zijn vrouwen veel vaker slachtoffer dan mannen.
- Bij 28% van de kinderen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik is ook sprake van een vorm van **huiselijk geweld** in het gezin.

Bron: Veilig Thuis en Prevalentiemonitor Huiselijk Geweld en Seksueel Overschrijdend Gedrag

✓ LAAGGELETTERDHEID

- Ongeveer **2,5 miljoen Nederlanders** van 16 jaar en ouder hebben moeite met lezen, rekenen en het gebruik van een computer of smartphone. 65% van deze groep heeft Nederlands als moedertaal.
- Bijna 100.000 mensen leven in **armoede** door laaggeletterdheid. Dat kost onze samenleving 95 miljoen euro per jaar. Vergeleken met niet-laaggeletterden geldt dat laaggeletterden: vaker minder zelfredzaam zijn, vaker financiële problemen hebben, vaker lang in armoede leven, vaker schuldhulpverlening nodig hebben, en vaak niet de juiste weg naar hulp kunnen vinden.
- Laaggeletterdheid kost de samenleving 257 miljoen per jaar aan **extra gezondheidszorg**. Vergeleken met niet-laaggeletterden geldt dat laaggeletterden: vaker minder gezond zijn en zich minder gezond voelen, meer kans hebben om eerder te sterven, meer gebruikmaken van de huisarts en ziekenhuis, minder gebruikmaken van zorg vooraf en van nazorg.

Bron: Rijksoverheid en Stichting Lezen en Schrijven

✓ GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN

- In 2021 was **5,0% van de bevolking van 18 jaar en ouder** onvoldoende gezondheidsvaardig, 19,5% heeft beperkte gezondheidsvaardigheden en 75,5% is voldoende gezondheidsvaardig. Mensen met een slechtere ervaren gezondheid, minder financiële middelen, lagere sociale klasse of een lager opleidingsniveau hadden vaak minder gezondheidsvaardigheden.

Bron: Nivel

✓ SLACHTOFFERS MENSENHANDEL

- In 2020 zijn er **984 mogelijke slachtoffers van mensenhandel** gemeld bij het Coördinatiecentrum tegen Mensenhandel (CoMensha). Ongeveer 34% van de gemelde slachtoffers was jonger dan 23 jaar. Seksuele uitbuiting is in Nederland de meest voorkomende vorm van mensenhandel.
- De Nationaal Rapporteur meldt dat slechts **gemiddeld een op de vijf slachtoffers in beeld** is bij CoMensha.

Bron: Nationaal Rapporteur

✓ ARBEIDSMIGRANTEN

- In Nederland wonen en werken naar schatting ruim **375.000 arbeidsmigranten** uit Midden- en Oost-Europese landen. Bron: NIDI & CBS
- Naar schatting zijn er in Nederland bijna **250.000 onterecht niet-geregistreerde arbeidsmigranten**. Bron: Pointer, 2021
- Zij lopen **meer gezondheidsrisico's**. Ze durven, kunnen of willen zich niet altijd ziekmelden, door het niet kunnen missen van inkomen, druk van de werkgever of bang zijn voor ontslag. Bron: Pharos
- Arbeidsmigranten die laaggeschoold werk doen, werken vaak onder omstandigheden die worden omschreven als 3D: **'dirty, dangerous en degrading'**. Bron: Pharos
- Wanneer arbeidsmigranten in Nederland aankomen, verkeert 75% van hen in goede gezondheid. **49% ervaart een slechtere gezondheid** sinds hun komst naar Nederland, door de negatieve impact van woon- en werkomstandigheden. Bron: Pharos
- Geschat wordt dat 2500-3000 arbeidsmigranten door hun afhankelijke positie een verhoogd **risico lopen om dakloos en/of verslaafd te raken**. Bron: Pharos

✓ ONGEDOCUMENTEERDEN/ILLEGALEN

- Naar schatting zijn er **23.000 tot 58.000 ongedocumenteerde migranten** in Nederland.
- De volgende **infectieziekten** komen bij de groep ongedocumenteerden vaker voor: tuberculose, hepatitis B en seksueel overdraagbare aandoeningen.
- Er zijn meer **risico's op problemen met de gezondheid van moeder en kind**: ongewenste zwangerschap, infecties, tienerzwangerschappen, miskramen, gebrekkige zwangerschapscontroles, complicaties bij zwangerschappen en abortus.
- Ongedocumenteerden zijn in het algemeen kwetsbaar voor het ontwikkelen van sommige **chronische ziekten** (diabetes, hart- en vaatziekten).

Bron: Pharos en Rode Kruis



ANTJE OOSTERKAMP

Daarom zeg ik jullie: maak je geen zorgen over jezelf en over wat je zult eten of drinken, noch over je lichaam en over wat je zult aantrekken. Is het leven niet meer dan voedsel en het lichaam niet meer dan kleding? Kijk naar de vogels in de lucht: ze zaaien niet en oogsten niet en vullen geen voorraadschuren, het is jullie hemelse Vader die ze voedt. Zijn jullie niet meer waard dan zij? Zoek liever eerst het koninkrijk van God en zijn gerechtigheid, dan zullen al die andere dingen je erbij gegeven worden. Mattheus 6:25-26, 33 (NBV)



Antje Oosterkamp
werkt als chirurg
in Bangladesh

Seizoenswerk en Gods timing

“Mijn werk in ons ziekenhuis met onze staf lijkt soms op seizoenswerk: komen en gaan”

RIJSTOOGST

In april hadden we het privilege om te helpen met de rijst oogst. Er was rijst geplant op een stuk land binnen de muren van het ziekenhuisterrein en als buitenlanders werden we uitgedaagd om mee te helpen met het oogsten. Het was een avontuur! Na ongeveer een uur waren de buitenlanders (bijna letterlijk!) kapot. Ik kon na een uurtje rijst snijden een hele week niet rechtop staan. De ploeg werkers die voor de dag waren ingehuurd, ging de hele dag door. Ik kan na deze ervaring veel meer sympathie opbrengen voor patiënten die met rugpijn bij ons komen. En de cyclus gaat door, ondertussen is de volgende oogst alweer geplant.

SEIZOENSWERK

Mijn werk in ons ziekenhuis met onze staf lijkt ook soms op seizoenen met komen en gaan.

De junior dokter die de afgelopen drie jaar met mij samenwerkte, is vertrokken. Hij gaat de komende maand naar Engeland in de hoop om daar het artsen-toelatingsexamen te halen en dan daar een vervolgopleiding te doen. We hebben in de afgelopen jaren samengewerkt in een soort 'meester-gezel'-situatie. Hij heeft veel geleerd en begon net steeds zelfstandiger te worden. Voor hem is het een grote kans en ik wens hem dan ook alle goeds. We bidden dat hij na een vervolgopleiding weer terug naar Bangladesh zal willen komen om hier zijn eigen mensen te dienen, maar dat is natuurlijk afwachten.

GODS TIMING

Nu moet er een nieuwe junior dokter worden opgeleid, terug bij af. Deze jonge arts bekende recent dat hij tijdens zijn coassistentchap chirurgie ziek was, maar dat hij toch de handtekening voor het met succes afronden van de stage had gekregen. In ons land kun je al een geneeskundeopleiding openen als je een ziekenhuis van 50-100 bedden hebt en het is een verdienmodel. Het doel lijkt soms niet te zijn om competente artsen af te leveren, maar om er als school beter van te worden. In mijn werk ben ik dan vooral op individueel niveau bezig om te laten zien hoe je met liefde en integriteit goede zorg levert.

Bijzonder is Gods timing hierin: ik heb deze maand versterking gekregen van een jonge chirurg die als zendingarts elders wil gaan werken, maar nog een flinke zet in haar zelfvertrouwen nodig heeft. Nu kan ik haar mooi trainen en zij mijn jonge junior arts.

Ik ben dankbaar hoe God ons van dag tot dag verzorgt! ✓

Antje 



Mijn naam is **Heleen Versteeg**, ik woon in Gouda en ben bijna 25 jaar werkzaam als huisarts in Hendrik-Ido-Ambacht. Tijdens mijn geneeskundestudie in Rotterdam leerde ik CMF (toen nog PCAO) kennen.

Toen ik begon met mijn studie in Rotterdam kreeg ik van mijn ouders een nieuw Bijbeltje, waarin mijn vader de tekst uit Exodus op het voorblad schreef: "Ik ben de Heer uw Heelmeester". Het mooie bij CMF / ICMDA is dat we delen om vanuit die troost en bemoediging te mogen werken, we hoeven het niet alleen te doen en mogen Hem ook volgen in ons werk. Hoe we dat praktisch in ons dagelijkse werk kunnen doen, mogen we ook bij CMF leren en bediscussiëren.

Het laatste wereldcongres in Tanzania was een prachtige beleving en een aanmoediging om meer te investeren in het werk van CMF. De diversiteit van mensen en hun manier van werken en geloven in allerlei omstandigheden was verrijkend. Ik hoop mijn bijdrage te mogen leveren in het bestuur en kijk uit naar de conferenties, kringen en ander ontmoetingen. ✓



Geloof en wetenschap

het dienen van twee meesters?

EDWARD GROENENBOOM

Het thema
geloof en

wetenschap blijft intrigeren. Veel van onze collega's beschouwen ze als tegengesteld. Wetenschap zou gestoeld zijn op harde bewijzen; geloof op blind vertrouwen en overgave waarbij het verstand buiten beschouwing gelaten zou moeten worden.

Arts en theoloog Paul Coulter doet in een nieuwe publicatie van CMF UK een integere poging geloof en medische wetenschap te verenigen. Zijn conclusie: de beste medische zorg wordt geleverd door dokters die *state of the art* hun vak uitoefenen maar zich tegelijkertijd gelovig bewust zijn van de grenzen van wetenschap.

WETENSCHAP

Als goed wetenschapper begint Coulter met definiëren en afbakenen. Hij geeft direct aan dat hij in zijn boek zich bij het woord *science* richt op de natuurwetenschappen omdat vooral zij in de geneeskunde bepalend zijn. De sociale wetenschappen laat hij min of meer buiten beschouwing. De wetenschappelijke methode, het formuleren en testen van een hypothese naar resultaten, interpretatie en delen van de resultaten, wordt beschreven. De laatste decennia is deze methode steeds meer dé graadmeter geworden waaraan de kwaliteit van al het medisch handelen wordt beoordeeld: *evidence based medicine*.

GRENZEN

Het is echter maar de vraag of dit de ultieme maatstaf kan zijn voor de kwaliteit van medische werk. Wetenschap heeft namelijk zijn beperkingen en is niet geschikt als maatstaf van alle aspecten ervan. Deze beperkingen worden uitgewerkt in een aantal punten in het tweede hoofdstuk.

Conclusies van wetenschappelijke onderzoeken zijn lang niet altijd zo hard als in de media wordt beweerd, bijvoorbeeld als het gaat over de werkzaamheid van medicatie. Daarnaast kan wetenschap geen uitspraken doen over de niet-waarneembare werkelijkheid. Ze beschrijft weliswaar hoe zaken *zijn* maar niet hoe ze *zouden moeten zijn*. Wie vragen heeft naar het doel en de betekenis der dingen en over ethiek, klopt bij de wetenschap tevergeefs aan voor antwoorden. Verder staan onderzoeksresultaten nooit op zichzelf. Zij moeten worden geïnterpreteerd en daarbij is subjectiviteit nooit helemaal te vermijden. Ten slotte wordt in een paar pittige pagina's uitgelegd dat sinds de komst van de theorie van de kwantummechanica in de twintigste eeuw de zekerheid van wetenschappelijke uitspraken in een ander licht is komen te staan.



Edward Groenenboom

is huisarts in
Sommelsdijk en
redactielid van IDDG

INTEGRATIE

Voor het begrijpen van de werkelijkheid, dus ook voor medisch handelen, is meer nodig. In de volgende twee hoofdstukken laat Coulter zien hoe het christelijk geloof een *worldview* biedt waarin de wetenschap volop zijn plaats kan hebben maar aan bovengenoemde aspecten toch recht gedaan wordt. Geloof motiveerde en motiveert christenen tot wetenschap omdat zij geloven in een God die orde in de schepping heeft aangebracht. Daarbij voelen zij zich gedrongen de schepping te onderzoeken vanuit hun verantwoordelijkheid om die te bouwen en te bewaren (Genesis 2:15) en Gods grootheid erin te ontdekken. Voor de bekende Amerikaanse geneticus Francis Collins was de schoonheid die hij ontdekte in het DNA-molecuul mede van invloed op zijn weg van atheïsme naar het christendom. Coulter kiest voor een positie die is samen te vatten in de zin: *All truth is God's truth*. God laat zich op meerdere manieren kennen: via de natuur(wetenschappen) maar ook via de Bijbel. Op beide manieren spreekt Hij tot ons. Door beide te bestuderen leren we de waarheid kennen over God, onszelf en de wereld om ons heen.

GENEESKUNDE

Deze benadering zal voor christenen in de geneeskunde/gezondheidszorg leiden tot een visie op mensen, gezondheid en ziekte waarbij ieder mens gezien wordt als een uniek schepsel van God met een intrinsieke waardigheid. Die unieke waardigheid betreft lichaam, ziel en geest en ook de leefomstandigheden spelen in het onderhouden van die waardigheid een rol. Voor christenen functioneert een mens optimaal als lichaam, ziel en geest zich geïntegreerd onderwerpen aan Christus zodat ieder aspect van het leven zijn functie kan hebben zoals God het heeft bedoeld. >>



Voor christelijke dokters is geneeskunde een middel om mensen dat doel te laten bereiken. Zij hanteren daarom een Bijbels gefundeerd holistisch mensbeeld waarbij wetenschappelijke kennis en mensenkennis worden ingezet in een therapeutische relatie van vertrouwen met de patiënt ten behoeve van die patiënt. Zingeving en levensbeschouwelijke vragen horen in die therapeutische relatie hun plaats te hebben. Een dokter zal zijn eigen overtuigingen echter nooit mogen opdringen aan een patiënt. Geloof dient open te kunnen worden besproken met respect voor het geweten van eenieder. Coulter geeft op de laatste bladzijden een aantal suggesties over hoe dat zou kunnen tegenover patiënten, collega's, maar ook breder; in de gezondheidszorg, de kerk en in het publieke domein.

TITEL

Bij al het goede wat hier geboden wordt, ook enkele kritische opmerkingen. In de eerste plaats is de titel wat verwarrend. De genoemde twee meesters refereren naar de uitspraak van Jezus in Mattheus 26:4 'Niemand kan twee heren dienen', waarin Hij doelt op het conflict tussen het dienen van God en het geld. Die twee kunnen in het leven niet tegelijkertijd op de eerste plaats staan. Coulter neemt het beeld van de twee meesters over, gebruikt het voor het dienen van God en de wetenschap en werkt vervolgens naar de conclusie dat de combinatie van het dienen van deze twee meesters wél mogelijk is. Dat vraagt wat gedachtesprongen die de bedoeling van de titel bij eerste lezing niet direct duidelijker maken.

GENESIS

Een tweede punt betreft de uitleg van de eerste hoofdstukken van Genesis als voorbeeld van de botsing van geloof en wetenschap. Christenen zouden elkaar hier de ruimte moeten laten. Coulter kiest ervoor Genesis 1 als poëzie te lezen (pag. 48). Mijn vraag daarbij is of hij de consequenties van het relativeren van een historische lezing van de eerste hoofdstukken van Genesis niet onderschat. Bij een metaforische lezing blijken in de praktijk op den duur nogal eens meer wissels om te gaan dan Coulter aangeeft. Een dergelijke hermeneutische positiekeuze roept tal van nieuwe vragen op en kan op termijn wel degelijk de kern van het christelijk geloof raken. Het gekozen voorbeeld vind ik daarom minder gelukkig.¹

GEBEDSGENEZING

Een derde punt betreft zijn behandeling van het onderwerp gebedsgenezing. Het standpunt dat ingenomen wordt is, naar ik denk, evenwichtig en correct: echte genezingswonderen bestaan maar zijn zeldzaam. Ze kwamen vooral voor in de begintijd van de kerk en dienen primair als ondersteuning van de komst van het Koninkrijk van God. De onderbouwing is echter te beknopt. Wie in gesprek gaat met charismatische medegelovigen heeft meer Schriftgegevens en theologisch gereedschap nodig dan hier geboden wordt. Het luistert nauw op dit punt, heb ik gemerkt in gesprekken met niet-gelovige collega's. Misverstanden en vooroordelen worden snel wakker gemaakt.² Een enkele pagina met meer argumentatie had zijn positie hier veel overtuigender gemaakt.

CONCLUSIE

Dit alles laat onverlet dat hier een heel mooi en waardevol boek op tafel ligt over een onderwerp dat ons als dokters allemaal raakt. Wie al wat langer meeloopt met CMF en ICMDA zal veel herkennen uit eerdere publicaties. Nieuw is echter dat de tekst nu is toegespitst op de seculiere context waarin de meeste dokters op het westelijk halfrond werken en dat er in gesprek gegaan wordt met hedendaagse richtlijnen. Klassieke standpunten over de verhouding geloof en wetenschap worden zo geactualiseerd en krijgen opnieuw hun glans. Het boek verwijst met name naar Britse richtlijnen vanuit de NHS maar de sprong naar bijvoorbeeld de KNMG-gedragscode voor artsen is eenvoudig te maken.³ Ten slotte is het boek goed leesbaar en niet al te dik. Een hartelijke aanbeveling is op zijn plaats. ✓



Serving Two Masters? - Probing the tensions between science and faith in the art of healthcare

Paul Coulter



Christian Medical Fellowship London | 2022
105 pagina's | ISBN 9780906747841 | € 7,50

¹ Zie voor uitvoerige bespreking hiervan: M.J. Paul, Oorspronkelijk, Overwegingen bij schepping en evolutie, 2017, Labarum Academic, en W. Ouweneel, Adam waar ben je? En wat doet het ertoe? Een theologische evaluatie van de nieuwe evolutionistische hermeneutiek, 2018, Buiten en Schipperheijn.

² Een recent voorbeeld is de reactie van columnist Frits Abrahams Genezen door gebed? (NRC 28 april 2023) op het proefschrift Healing after prayer van Dick Kruijthoff, <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/04/28/genezen-door-gebed-a4163226> [pagina bezocht op 4-11-2023]

³ <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragscode-voor-artsen/kernregel04> [pagina bezocht op 4-11-2023]

Wij geloven dat het samen kan



Wij geloven dat God elk leven geeft en liefheeft. Elk leven verdient het om gezien en beschermd te worden. Juist als het leven kwetsbaar is raken geloof, zorg en gezondheid elkaar.

Meer informatie:

dechristelijkezorgverzekeraar.nl/ontdekmeer



De christelijke
zorgverzekeraar

Tijd tekort, tijd genoeg



RIANNE SLINGERLAND-BOOT

DE AUTEUR

Margriet Sitskoorn (1966) is neuropsycholoog en hoogleraar Klinische Neuropsychologie aan de Universiteit van Tilburg. Haar expertise ligt op de raakvlakken van hersenen, omgeving en gedrag.

DE OPBOUW

Tijd tekort, tijd genoeg is opgebouwd uit drie delen. In het eerste wordt beschreven hoe men tijd beleeft, in het tweede deel wordt ons (chronische?) gevoel van 'tijd tekort' inzichtelijk gemaakt middels zes p's. In het boek zijn enkele self-assessments opgenomen, en via QR-codes wordt doorverwezen naar wetenschappelijke vragenlijsten om je beleving van en omgang met tijd verder te analyseren. Het derde deel is bedoeld om weer 'macht' over je tijd te krijgen, aan de hand van de p-analyses in deel twee. Tot slot geeft Sitskoorn nog tien aanvullende tips om het gevoel van 'tijd tekort' te veranderen in 'tijd genoeg'.

CITAAT

"An unhurried sense of time is in itself a form of wealth" (p.87)

WAAROM NIET LEZEN

Minpunten van het boek zijn een selectie van (voor mij althans) willekeurige namen van onderzoekers zonder verdere context en uitleg, het ontbreken van directe referenties naar de beschreven onderzoeken en de repetitieve informatie. Hierdoor verdwijnt de vaart op sommige punten uit het - verder vlot geschreven - boek. Ook het laatste hoofdstuk viel mij tegen. Het is vooral een invuloefening die weinig meerwaarde had boven het lezen van het boek zelf. De aanvullende tips in het slothoofdstuk zijn veel waardevoller.

WAAROM WEL LEZEN

De auteur heeft een heldere en compacte schrijf- en uitlegstijl, wat erg prettig is als je denkt weinig tijd te hebben. Alhoewel het boek inhoudelijk niet veel nieuwe informatie oplevert, geeft het een prachtig inzicht in onze beleving van en omgang met tijd. Sitskoorn nodigt met dit wetenschappelijk onderbouwde boek uit om eens kritisch na te denken over hoe tijdrijk (of tijdarm) we zijn, en, waar mogelijk, een eerste stap te zetten om het gevoel van 'tijd tekort' om te buigen naar 'tijd genoeg'.

Tijd tekort, tijd genoeg

Margriet Sitskoorn



Prometheus | 2022 | 160 pagina's
ISBN 9789044651249 | € 20,99

Leren van bomen



ANTONETTE SMELT

DE AUTEUR

Mirjam van der Vegt is auteur en leidt als stilltetrainer regelmatig retraites en trainingen rondom het onderwerp rust. Ze schreef meerdere dagboeken waaronder *Stiltedagboek* en *Herademen met de psalmen*.

DE THEMATIEK

In de meditatie staat elke dag een andere boom uit de Bijbel centraal. Daarnaast heeft elke week een eigen thema, bijvoorbeeld: 'Kiemkracht van bomen' of 'Bomen onder Gods gezag'. Op deze manier probeert de auteur te laten zien wat bomen ons leren over God en over onszelf.

OPBOUW

De meditatie zijn opgebouwd volgens de methode *lectio divina* en bestaan uit zes stappen: stilstaan bij Gods licht,

stilstaan bij je eigen hart, stilstaan bij Gods Woord, stilstaan en rusten bij God, gedeelde gedachten (met daarbij een vraag, spreuk of opdracht) en ten slotte vanuit de stilte de wereld in. Je kunt de meditatie zelf lezen of ze beluisteren.

WAAROM WEL/NIET LEZEN

Soms geeft de gekozen insteek vanuit de Bijbelse bomen een nieuw en verrassend perspectief op de Bijbeltekst, maar regelmatig vond ik de verbinding gekunsteld en had het voor mij weinig toegevoegde waarde. Het is mooi dat de meditatie ook te beluisteren zijn; dat maakt het makkelijker om echt even tot rust te komen en de tekst te laten spreken. Het is lastig dat de meditatie niet rechtstreeks toegankelijk zijn; na aanmelding krijg je vanaf de volgende ochtend dagelijks een email met een link naar YouTube. Verder is het vervelend dat de meditatie steeds worden onderbroken door advertenties. Het is dus aan te raden om te zoeken naar een manier om deze advertenties te onderdrukken.

Leren van bomen - 50 Bijbelse meditatie

Mirjam van der Vegt



KokBoekencentrum | 2023
127 pagina's | ISBN 9789043537773
€ 24,99

Frictie



DIANNE VAN DAM-NOLEN

DE AUTEUR

Een van de beste boeken die ik het afgelopen jaar las, was van Miriam Rasch, essayist, filosoof en literatuurwetenschapper: *Frictie*, winnaar van de Socratesbeker 2021.

DE THEMATIEK

Dataïsme is het geloof "dat alles wat

bestaat te vertalen is in digitale data en dat daarmee de wereld de goede kant op te duwen is". Hieraan kleven veel gevolgtrekkingen die we maar al te gemakkelijk (en vooral onbewust) naleven in de dagelijkse praktijk. Met een gevaar, want: "ergens in het proces van dataficatie ga ik zelf verloren en niemand lijkt zich daarom te bekommeren." De toon van dit boek is kritisch en tegelijkertijd zoekt het naar uitwegen, een ander perspectief.

OPBOUW

Rasch begint met de uitleg van 'fRICTIE': hetgeen dat we door middel van techniek proberen uit te bannen omdat het de beweging die data oplevert, tegenhoudt. Tegelijkertijd betekent volledige uitbanning van frictie stilstand. Dit levert een paradox op, een bruikbaar instrument in het nadenken over ethiek en dataïsme. Andere belangrijke concepten die ter sprake komen zijn 'dividualisering', 'het echec', 'fauxtomatic', 'het else' en 'het vijfde kwartier'. Een belangrijk inzicht is dat digitaliteit een monopolie op werkelijkheidsproductie geeft. Neem bijvoorbeeld de kaartenapp op je telefoon, die modelleert de hele wereld naar hetzelfde patroon; van bovenaf volgen we het stratenplan. Zo krijgt de digitaliteit een fundamentele, ontologische status. Dit leidt zelfs tot een feedbackloop tussen mens en categorie "die zelfversterkend kan gaan werken, totdat het ten slotte lijkt alsof de hokjes onderdeel zijn van de natuur omdat het iemand zo natuurlijk afdrukt om erin te vallen". Daar komt 'het else' om de hoek kijken: het niet-kwantificeerbare surplus van data dat als kritisch concept kan dienen. Rasch beschrijft vervolgens op verschillende manieren, al reflecterend en vooral knap verbindend aan eerdere denkers, schrijvers, kunstenaars dat we met data niet alles kunnen vangen. Er is ergens een onbenaderbare kern dat ontsnapt aan de dataficatie. Dit kunnen we niet zomaar bevatten of beschrijven. Om het paradigma van het dataïsme te slim af te zijn zullen we "andere vormen van spreken moeten ontwikkelen, vormen die tijdelijk zijn, meerstemmig."

AANSPREKEND CITAAT

Over de rol van frictie: "Het zelf als dubbelzinnigheid, als afgrond, is een zelf dat bestaat uit frictie. Het gladstrijken van die frictie – vanbuiten maar ook vanbinnen, door anderen of door jezelf – is als het afsnijden van de adem."

WAAROM WEL LEZEN

Ik schrijf regelmatig in de kantlijn van boeken en al aan het begin van het boek vind ik terug: 'Zo precies en subtiel beschreven. Poëtisch; waarin als vanzelf overtuigingskracht meekomt.' 'Frictie' is een welkom kritisch geluid zonder beleerend te zijn door de prachtige essayistische stijl die Rasch hanteert. Dat maakt dat je als lezer niet alleen meeleeft, maar ook meedenkt. En het zorgt er bovendien voor dat het gevoel geraakt wordt in een onderwerp dat bij uitstek gaat over kennis en rationalisering. Dat is knap en vooral broodnodig in een tijdperk waarin serieuze, inhoudelijke debatten over dit onderwerp nog niet goed van de grond komen. *Frictie* is niet voor niets bekroond met de Socratesbeker en verdient een plek in ieders boekenkast.

WAAROM NIET LEZEN

Zelf merkt Rasch op dat haar boek zich niet makkelijk laat navertellen. En dat klopt: het is moeilijk samen te vatten wat er allemaal beschreven wordt. Maar tijdens het lezen word je gevormd, word je meegezogen in haar essayistische en poëtische stijl met paragrafen vol cadans die naar een climax toewerken. Soms hoeft je ook niet alles in een paar zinnen te kunnen samenvatten om geïnspireerd te raken en kritisch gevormd te worden.

**Frictie -
Ethiek in tijden van dataïsme**
Miriam Rasch



De Bezige Bij | 2020 | 240 pagina's
ISBN 9789403183602 | € 23,99

Leven toevoegen aan de dagen



MARJELLA OOSTEROM-EIJMAEL

DE AUTEURS

Het recent verschenen boek *Leven toevoegen aan de dagen* heeft twee auteurs. De eerste is Sander de Hosson, longarts in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen. Eerder schreef hij het boek *Slotcouplet*. Daarnaast schreef Els Quaegebeur mee aan het boek, journalist en schrijver van meerdere boeken waaronder *Zoals vogels vliegen*. In het boek zijn ook gesprekken opgenomen met onder andere Manu Keirse als rouwexpert en Mustafa Bulut als geestelijk verzorger over de interculturele zorg.

HET VERHAAL

Het boek belicht met voorbeelden vanuit de praktijk een aantal thema's rondom het stervensproces. Het laat voor een aantal veel voorkomende ziektebeelden, zoals COPD en hartfalen, zien hoe zo'n proces van achteruitgang eruit kan zien, wanneer het belangrijk is om over 'Advance Care Planning' (ACP) na te denken en dat ACP geen standaard protocol is, maar juist heel persoonlijk en intiem. De schrijvers gaan daarnaast in op de rol van familie rondom een ziekbed, en wat daarvan de positieve of negatieve invloeden kunnen zijn.

WAAROM WEL/NIET LEZEN

Er zijn weinig boeken op de markt over het levenseinde en overlijden en daarmee is dit boek echt een aanwinst. Het is indrukwekkend om de verhalen te lezen, geschreven alsof je er zelf bij bent, met erg herkenbare thema's en voorbeelden. Het boek biedt een waardevolle kijk op hoe een 'mooi' het stervensproces kan verlopen en anderzijds ook hoe het soms (onvermijdelijk) juist niet gaat zoals je als zorgverlener zou willen. Daarnaast is het hoofdstuk over interculturele zorg dat 'het recht van het niet weten' en andere culturele verschillen belicht waardevol om weer bij stil te staan. Al met al een aanrader voor iedereen die betrokken is bij het stervensproces en geïnteresseerd is in hoe je dat op een goede manier vorm kan geven.

Leven toevoegen aan de dagen
Sander de Hosson en Els Quaegebeur



De Arbeiderspers | 2023 | 222 pagina's
ISBN 9789029546454 | € 21,99



Agenda

2-4 februari 2024

CMF UK Student Conference

Thema: volgt

Locatie: Staffordshire, Engeland

Informatie: www.cmf.org.uk

15-17 maart 2024

ACM Conference

Thema: volgt

Locatie: Deer/Westerwald, Duitsland

Informatie: <https://acm.smd.org/>

Bovengenoemde data zijn onder voorbehoud, Deo volente.

Voor meer informatie of activiteiten in Nederland, zie: www.cmf-nederland.nl

Voor overige internationale conferenties, zie: www.icmda.net