

MDG

IN DIENST DER GENEZING
MAART 2025
WWW.CMF-NEDERLAND.NL



Vaak verlichten, altijd troosten

Over palliatieve zorg



CHRISTIAN
MEDICAL
FELLOWSHIP
NEDERLAND

CHRISTUS VOLGEN, MENSEN DIENEN

IN DIENST DER GENEZING | NUMMER 1-2025

Tijdschrift van Christian Medical Fellowship Nederland

Jaargang 52

Kwartaaluitgave in oplage van 610 exemplaren

ISSN 1382-0656

Redactie

Willemien Smelt-Westerhuis (hoofdredacteur)

Maria Copier-Kloosterman

en Debora van Urk (eindredacteurs)

Annet Bos, Edward Groenenboom, Jaap Lustig

Overige medewerkers

Adriaan Logmans – columnist

Piet Verhagen – rubriek meditatie

Rieke-Marie Jansen – columnist

Sluitingdata kopij

Juninummer: 15 april | Septemnummer: 15 juli

Decemnummer: 15 oktober | Maartnummer: 15 januari

Kopij en opgave advertenties

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

Fotocredits

Pexels (cover), Johannes Plenio - Pexels (pag. 3), Patrick Fore - Unsplash (pag. 4), Anastasia Shuraeva - Pexels (pag. 7), Oleksandra - Pexels (pag. 8), Mark_Taylor - Pixabay (pag. 10), House of Commons (pag. 13 & 14), Gitusik - Adobe (pag. 16), The other Kev - Pixabay (pag. 18), Kamonwan - Adobe (pag. 20), Sudarsan Thobias - Adobe (pag. 23), Sky Layer - Adobe (pag. 24), Paul W. Brand - CMC Vellore (pag. 25), Fahad Hussain - Pexels (pag. 26), ICMIDA (pag. 32 & 33), MercyShips (pag. 34 t/m 37), Franz Bachinger - Pixabay (pag. 38)

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 & drukFirst 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 NederlandE-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

**WILLEMIE SMELT-WESTERHUIS**

Wanneer je op LinkedIn zoekt naar het onderwerp ‘palliatieve zorg’ zijn er steeds meer groepen en netwerken te volgen, met inmiddels een groot aantal leden. Er zijn veel nascholingen voor zowel artsen als verpleegkundigen en professionals in de andere domeinen van zorg rond de palliatieve patiënt. Dit is een groot goed, want wat is het belangrijk om lijden (op alle fronten) te verlichten in de laatste levensfase. Er is genoeg uitdaging in een land waarin het leven op veel fronten maakbaar lijkt te zijn. Dit merkt u ongetwijfeld in de spreekkamer of bij het ziekenhuisbed. In dit themanummer willen we enkele aspecten van dit grote thema aan de orde brengen.

In dit nummer vindt u het laatste ‘meditatief’ van de hand van prof. dr. Piet Verhagen. We zijn hem dankbaar voor de afgelopen vier jaar, waarin hij een mooie bijdrage geleverd heeft met doordenkers en inzichten. Voor wie zijn schrijven naar meer smaakt: onder zijn redactie verscheen het ‘Handboek Psychiatrie en Religie’ in 2024, inmiddels met mooie recensies van onder andere Medisch Contact.

In dit nummer een nieuwe rubriek: ‘Die ene patiënt’. Aan wie denkt u met enige regelmaat terug, omdat u iets betekend heeft voor hem of haar of wellicht eerder andersom? Een eyeopener, carrièreswitch, of gewoon reuze interessant?

Wanneer er direct iemand bij u in gedachten komt, laat het ons weten. We zoeken lezers die willen schrijven over een voor hen belangrijk moment. ✓

Thema:

4



ZORG VOOR KINDEREN DIE GAAN STERVEN

In gesprek met Arjanne van Norel

Annet Bos en Willemien Smelt-Westerhuis, redactie

10



DE TERMINALLY ILL ADULTS BILL

In gesprek met David Randall

Debora van Urk, redactie

20



REGIONALE VARIATIE IN DE LEVENSEINDE-ZORG - EEN ETHISCHE ANALYSE EN EVALUATIE

Prof. dr. Stef Groenewoud

Rubrieken:

9 Die ene patiënt

Luc Cozijnsen

15 Arts-assistentencolumn - De kunst van het abstineren

Rieke-Marie Jansen

16 Meditatief - Licht voor de wereld

Piet Verhagen

19 Van de bestuurstafel

Cobie Soldaat - van Bruchem

25 His Story - Paul Wilson Brand

Maria Copier-Kloosterman, redactie

28 Buitenlandcolumn - Op weg naar de missiepost

Adriaan Logmans

30 Drijfveren - Huisarts in Brazilië

Van de redactie

Overig:

23 Oproep - Gezocht: redactielid M/V voor IDDG

34 Mercy Ships - Interview met Gineke van Duijn

Door Mercy Ships

38 Oproep - Gezocht: materiaal en mankracht

39 Boekrecensies

- Spirituality and religion within the Culture of Medicine: From evidence to practice

Antonette de Vetten-Smelt

- De zin van ziekte

Antonette de Vetten-Smelt

40 Agenda

Zorg voor kinderen die gaan sterven

In gesprek met
Arjanne van Norel



ANNET BOS EN WILLEMEN SMELT-WESTERHUIS, REDACTIE

Sinds ze als geneeskundestudent haar wetenschapsstage in de palliatieve zorg deed, bleef dit vakgebied Arjanne van Norel interesseren. Inmiddels werkt ze alweer vijf jaar in het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie als anesthesioloog-pijnspecialist en kaderarts palliatieve zorg in het Kinder Comfort Team (KCT). Het KCT geeft palliatieve zorg aan kinderen met oncologische ziekten. Wij spraken haar over haar leven en werk.

Arjanne van Norel

(39) volgde de opleiding tot anesthesioloog-pijnspecialist en kaderarts palliatieve zorg. Zij woont met haar man en 3 kinderen (11, 8 en 5 jaar oud) in Nijkerk.



HOE BEN JE ALS ARTS BIJ HET KINDER COMFORT TEAM TERECHT GEKOMEN?

Tijdens mijn studie deed ik mijn wetenschapsstage vanuit de afdeling anesthesiologie bij hospice Kuria in Amsterdam, waar ik mee werkte aan een studie om richtlijnen voor palliatieve sedatie te evalueren. Ik vond deze stage erg leuk en mocht op veel plekken meekijken. Deze periode wakkerde mijn interesse in de palliatieve zorg verder aan. Na mijn afstuderen ben ik eerst in het ziekenhuis gaan werken bij de cardiothoracale chirurgie. Ik overwoog namelijk ook chirurg te worden. Daardoor werkte ik ook op de intensive care, wat ik graag deed. Het werk daar is breed, palliatieve zorg speelt een belangrijke rol en er zijn veel ethische vragen die aan bod komen. Zo was de cirkel weer rond en kwam ik bij de anesthesiologie uit. Een breed vak, met naast het dynamische op de OK, ook de kans mij verder te specialiseren in pijn en palliatieve zorg.

Na een gesprek met de opleider van de anesthesie, prof. dr. Loer, besloot ik de opleiding tot anesthesioloog te gaan doen. Het dynamische en de combinatie met de technische aspecten past bij mij. Maar ook hier was ik het meest gemotiveerd voor de palliatieve zorg.

Ik ging daarom de verdieping *pijn en palliatieve zorg* doen, waarbij ik opnieuw werkte in Kuria. Na een start als algemeen anesthesioloog kwam ik al snel in contact met het Prinses Máxima Centrum waar het KCT nog in de opzetfase zat (het KCT bestaat sinds 1 september 2019). Inmiddels werk ik alweer vijf jaar in het Máxima, waarvan anderhalve dag volledig voor het KCT. Daarnaast werk ik als algemeen anesthesioloog en pijnspecialist.

HOE ZIET HET KINDER COMFORT TEAM ERUIT EN WAT DOET DIT TEAM?

De basis van het team bestaat uit verpleegkundigen en artsen: 3 kinderoncologen en ik. Daarnaast zijn er een psycholoog, maatschappelijk werker en pedagogisch medewerker betrokken. We hebben met elkaar een wekelijks multidisciplinair overleg (MDO) waar de bij ons aangemelde kinderen worden besproken. Alle kinderen met kanker uit Nederland worden behandeld in het Máxima en de kinderen die bij ons worden aangemeld komen dan ook uit het hele land. In principe gaat de verpleegkundige bij elk gezin langs. Soms zijn er schrijnende situaties, bijvoorbeeld als een kind in een asielzoekerscentrum woont of ouders in een complexe scheiding liggen.

In Nederland zijn er ongeveer 60 overlijdens aan kinderkanker per jaar. De meeste huisartsen maken maximaal 1 keer in hun loopbaan mee dat een kind aan een oncologische aandoening overlijdt. Begrijpelijkwijds is deze situatie daarom ook voor een huisarts emotioneel en moeilijk. Wanneer het gezin graag ziet dat het kind thuis overlijdt, doen we er alles aan om die wens te ondersteunen.

Een belangrijke taak van ons KCT is dan ook begeleiding van de zorgverleners rondom een kind dat thuis is, zoals de huisarts en de thuiszorg. Wij zijn 24/7 bereikbaar. >>

“*Het dynamische en de combinatie met de technische aspecten past bij mij, maar ook hier was ik het meest gemotiveerd voor palliatieve zorg*”





Elk kind krijgt een op maat gemaakt individueel zorgplan met onder andere advies op medisch gebied voor bijvoorbeeld symptoomverlichting, dat is aangepast naar zijn/haar leeftijd, gewicht en situatie. Dit wordt met de zorgverleners besproken, soms ook in aanwezigheid van ouders en het kind, zodat zij weten wat het plan is en wat ze kunnen verwachten. Ook op andere domeinen zoals het psychisch en pedagogische/sociale domein denken we mee. Dat betekent dat we er ook zijn voor ouders, broers en zussen en bijvoorbeeld de school. Waar we de laatste tijd wel over nadenken, is dat het spirituele domein relatief onderbelicht blijft. Ons ziekenhuis heeft bijvoorbeeld geen eigen geestelijk verzorgers of consultants *levensvragen*. Wel wordt er vanuit de breedte van de behandelaars aandacht gegeven aan zingeving.

KUN JE WAT VERTELLEN OVER WAT JE ZIET IN EEN GEZIN ALS BLIJKT DAT EEN KIND NIET MEER ZAL GENEZEN?

Het aanstaande verlies van je kind, waar vaak intens tegen gestreden is, is ongelooflijk moeilijk. Elke ouder,

Het stellen van de vraag geeft soms ook aanknopingspunten om verder te spreken vanuit het behandelteam over de grootste angsten van het kind en ouders

elk gezin en elk kind reageert op zijn eigen manier. Soms is er nog een duidelijke wens die ze graag in vervulling willen laten gaan. Ook wordt er genoten van heel kleine lichtpuntjes. Er zijn ouders die zich nog vastklampen aan mogelijke behandelopties. Er zijn veel studies waaraan deelgenomen kan worden. Het vakgebied is volop in beweging en de hoop is bij behandelaars en ouders dat hun kind hier baat bij heeft.

Wat ik opvallend vind, is dat je bij kinderen een enorme drang tot 'leven' ziet. Ook al voelen ze zich maar korte momenten op een dag goed, in deze momen-

ten pakken ze een activiteit op. Sommige kinderen gaan nog tot op het laatst naar school. Voor een kind is de dag al goed als er kleine mooie dingen geweest zijn.

Het gesprek over het naderend overlijden voeren met kinderen kan lastig zijn. Jonge kinderen kunnen nog moeilijk bevatten wat 'doodgaan' inhoudt. Ook zie je bij kleuters het zogenaamde magisch denken, waar ouders ook makkelijk in mee kunnen gaan.

Tieners van middelbare schoolleeftijd maken zich normaal gesproken steeds meer los van hun ouders maar

wanneer zij een ernstige ziekte hebben, blijven zij meer in de afhankelijke kinderrol dan anders het geval zou zijn. Je merkt ook dat grotere kinderen hun ouders willen beschermen. We proberen oudere kinderen apart te spreken omdat er dingen zijn die ze niet snel zullen zeggen met de ouders erbij. Dit kunnen heel waardevolle gesprekken zijn, waarin ze meer open hun vragen en angsten op tafel leggen. Dan krijgen we vragen als: "Wat als ik ga stikken?"

DAT LIJKEN ME INDERDAAD MOEILIJKE VRAGEN. KRIJGEN JULLIE OOK VRAGEN OVER LEVENSBEEÏNDIGEND HANDELEN BIJ KINDEREN?

Ja, deze vraag speelt zeker. Voor kinderen vanaf 12 jaar bestaat al langer de mogelijkheid om euthanasie te vragen. Sinds kort is het ook mogelijk voor kinderen jonger dan 12 jaar om een beroep te doen op de regeling 'Levensbeëindiging bij kinderen onder de 12 jaar'. Informeel krijgen we de vraag naar mogelijkheden best geregeld gesteld. Ouders zien hun kind lijden en dat is moeilijk om te zien. Ze willen de mogelijkheden onderzoeken die er zijn om dit lijden te verlichten of te kunnen beëindigen, wanneer het te veel of zinloos wordt. Het kan lucht geven dat de ruimte er is om deze vraag uit te spreken en te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn. Het stellen van de vraag geeft soms ook aanknopingspunten om verder te spreken vanuit het behandelteam over de grootste angsten van het kind en ouders. Dit zijn heel waardevolle gesprekken.

Ik vind het belangrijk om (kritisch) mee te denken over dit vraagstuk. Zowel in ons ziekenhuis als daarbuiten. Zo ben ik ook arts in het landelijk Artsensteunpunt waar vragen over casuïstiek binnenkomen.

HOE ZORGEN JULLIE ALS TEAM EN JIJZELF VOOR JEZELF, ALS JE MET ZOVEEL HEFTIGE SITUATIES WORDT GECONFRONTEERD?

Met de zorg in de laatste levensfase kom je heel dichtbij, in een heel moeilijk moment. Daar iets kunnen betekenen, is waardevol. Ook het vanuit onze ervaring kunnen ondersteunen van collega's zoals huisartsen is erg fijn en dankbaar werk om te doen. Maar het werk is ook intens. Het overlijden van een kind is zo verdrietig. Elke situatie is uniek en het went nooit. Soms komt het dichtbij, of zijn er veel overlijdens in een korte periode.



Gelukkig hebben we een heel fijn team én is iedereen zich bewust van het mooie, maar ook moeilijke werk dat we doen. Dit bewustzijn heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat we het wekelijkse MDO starten met een opening die afwisselend door één van de aanwezigen wordt verzorgd. Diegene leest bijvoorbeeld een gedicht voor of laat een lied horen. Dit werkt heel goed. Even vijf minuten pas op de plaats nadat we vanuit een drukke dag dit overleg inrollen. Bij het MDO zit ook regelmatig onze psycholoog-consulent *professionele steun*. Zij houdt intervisie momenten met ons en is eigenlijk altijd beschikbaar om ons verhaal aan kwijt te kunnen en samen te reflecteren op de situatie. Ik ervaar dit als heel helpend.

Daarnaast probeer ik zelf mijn werk-privé balans goed te houden. 24-uurs diensten vanuit huis maken dat mijn werk ook letterlijk 'de woonkamer' binnenkomt. Dat is soms best confronterend met drie opgroeiende kinderen. Het maakt me overigens ook heel bewust dankbaar voor ons gezin! Tijdens 'gewone' werkdagen probeer ik schakelmomenten in te bouwen: de overgang van huis naar werk en van werk naar huis zijn bewuste overgangsmo-

menten voor mij. Even een podcast of muziek luisteren. Ook geregeld het werk écht loslaten, er even tussenuit, blijkt heel belangrijk. Even weg van het verdriet en de intensiteit en de aandacht naar ons gezin. We houden ervan om mooie plekjes te ontdekken, samen te reizen en herinneringen te maken.

JE DOET OOK ONDERZOEK, KUN JE DAAR WAT MEER OVER VERTELLEN?

We zijn net gestart met een onderzoek naar de vraag: 'Hoe spreken behandelaars met kinderen en ouders over het overlijden?' In de (kinder)oncologie ligt de nadruk van de gesprekken van behandelaars met hun patiënten meestal op de overlevingskansen en minder vaak over de kans op overlijden. Het lijkt moeilijk om de focus te verleggen als het erop gaat lijken dat het kind het niet gaat redden. Een van onze vragen is of behandelaars het moeilijk vinden om dit gesprek te voeren of dat ouders het niet willen of kunnen horen. >>



In eerste instantie hebben we focusgroepen waar we spreken met kinderoncologen. Later willen we het onderwerp nog breder onderzoeken.

DAT KLINT Inderdaad als een moeilijke vraag. Wanneer is de hoop op een (kleine) overlevingskans niet meer realistisch? Wanneer is het tijd om bij jullie team aangemeld te worden?

Natuurlijk is dat moeilijk. Maar palliatieve zorg is veel breder dan zorg rondom het overlijden. Ook bij een levensbedreigende aandoening (en dat is dus heel breed!) zou je ieder kind een 'proactief zorgplanning gesprek' (PZP) willen aanbieden. Kinderen mogen al vroeg in een traject bij ons aangemeld worden. Wij gaan het gesprek aan over wat kinderen en ouders echt belangrijk vinden, zodat ze belangrijke keuzes goed kunnen maken. En ja, sommige kinderen bij wie wij betrokken bij zijn leven nog veel langer dan iedereen dacht.

ER ZIJN VEEL INTERNATIONALE CONTACTEN VANUIT HET PRINSES MÁXIMA CENTRUM. KUN JE HIER WAT MEER OVER VERTELLEN?

We krijgen veel vragen uit andere landen over hoe de palliatieve zorg hier geregeld is, onder andere van ziekenhuizen waar we veel mee samen werken (via zogenaamde *twinning* programma's). Waar mogelijk proberen we onze kennis te delen. Zelf ga ik bijvoorbeeld onderwijs geven aan collega's in Armenië. Palliatieve zorg is vaak niet *evidence based* maar meer *practice based* en in die zin een 'primitieve' geneeskunde. Dit neemt niet weg dat het delen van kennis en visie ontzettend belangrijk is. Op onze beurt kunnen wij ook veel leren van anderen. En dan met

name op het gebied van acceptatie van de eindigheid van het leven. Hier in Nederland lijkt de dood, zeker van een kind, haast niet te mogen bestaan. In bijvoorbeeld veel derdewereldlanden wordt de dood toch meer gezien als een normaal onderdeel van het leven.

ZIJN ER NOG ANDERE DINGEN DIE JE GELEERD HEBT EN ALS TIP MEE KUNT GEVEN AAN MEDISCH STUDENTEN EN COLLEGA-ARTSEN?

Ik zou zeggen: doe die dingen die dicht bij je hart liggen, bouw reflectiemomenten in en zorg dat je thuis ook weer loskomt van je werk. ✓

“*Palliatieve zorg is vaak niet evidence based maar meer practice based*”



LUC COZIJNSEN

In 1991 presenteerde zich een man van 39 jaar in het ziekenhuis te Apeldoorn met pijn op de borst. Hij vertelde dat zijn zus in 1988, op 47-jarige leeftijd, was overleden tijdens een operatie wegens een acute dissectie van de aorta ascendens. Hij bleek op dat moment zelf ook een dissectie van de aorta ascendens te hebben en kon met succes worden geopereerd in het St. Antonius ziekenhuis te Nieuwegein.

Luc Cozijnsen is 75 jaar en was van 1986 t/m 2014 werkzaam als algemeen cardioloog in Gelre ziekenhuizen Apeldoorn. Nadien was hij tot medio 2019 nog één dag per week werkzaam op de thoracale aorta-polikliniek in Gelre ziekenhuizen. Op 14 februari 2019 promoveerde hij aan de UvA op de dissertatie *'Puzzling the ascending aortic aneurysm, pieces towards a better outcome in patients with thoracic aortic diseases'*.



Die ene patiënt

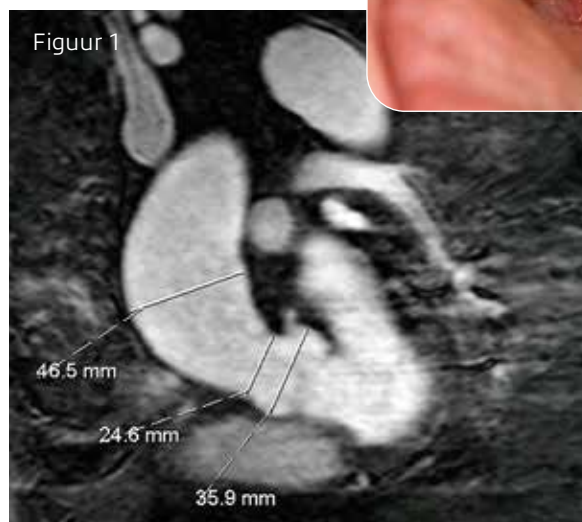
Histopathologisch onderzoek toonde uitgebreide mediadegeneratie aan met fragmentatie van elastische lamellen hetgeen ook bij zijn overleden zuster werd aangetroffen. De diagnose werd toen gesteld op primaire mediadegeneratie. Beeldvormend onderzoek bij eerstegraads familieleden bracht destijds geen bijzonderheden aan het licht.

In 2008 meldde zijn zus van 62 jaar zich in het ziekenhuis met pijn op de borst. Bij hartkatheterisatie waren er geen belangrijke afwijkingen aan de kransslagaderen maar bij MRI-onderzoek bleek wel een verwijding aan de aorta ascendens van 46,5 mm (figuur 1). Na overleg met de thoraxchirurgen van het St. Antonius ziekenhuis werd profylactische vervanging van de aorta ascendens geadviseerd. Normaliter zou dat pas bij een diameter van 55 mm worden geadviseerd, maar gezien de eerdere aortadissecties bij broer en zus werd patiënte als een verhoogd risico beschouwd. De operatie en het herstel verliepen voorspoedig. Nadien werd cardiogenetisch onderzoek verricht in het AMC. Hierbij werd bij patiënte in de keel een gespleten huig waargenomen (figuur 2), zoals voor kan komen bij het syndroom van *Loeys Dietz*. Het vaststellen van een mutatie in het *TGFBR1*-gen bevestigde deze diagnose. Dezelfde mutatie werd in de familie aangetroffen bij vijf presymptomatische dragers. De eerdergenoemde broer was inmiddels overleden aan cerebrale afwijkingen.

Die ene patiënt wekte mijn interesse in aorta ascendens aneurysmata en het familiale karakter daarvan. Ik ging onder andere familieleden screenen van patiënten met een aorta ascendens aneurysma of een tweeslippige aortaklep, die ook vaak leidt tot aortadilatatie. De Europese

richtlijnen adviseerden dit kort nadien ook. In 2013 startte ik, in samenwerking met een klinisch geneticus, een wekelijkse thoracale aorta-polikliniek. Na mijn pensionering eind 2014 als algemeen cardioloog, ging ik door met deze polikliniek. De studieresultaten werd regelmatig gepubliceerd en in 2019 verdedigde ik met succes een proefschrift over dit onderwerp.

Die ene patiënt maakte iets in mij wakker, leidde mij op een weg die ik tevoren niet kon vermoeden. Diverse 'toevallige' omstandigheden, opmerkingen en adviezen van collega's hielpen om mijn weg te vinden. Terugkijkend doet mij dit denken aan Jesaja 30:21: "Met eigen oren zul je een stem achter je horen zeggen: 'Dit is de weg die je moet volgen. Hier moet je rechts. Ga daar naar links.'" ✓



Figuur 2



In gesprek met David Randall

De Terminally Ill Adults Bill

Terwijl de Nederlandse euthanasiewet in april alweer 24 jaar bestaat, wordt in het Verenigd Koninkrijk

momenteel gedebatteerd over de invoering van zo'n wet: de *Terminally Ill Adults Bill*. Om te begrijpen wat er speelt en hoe christelijke collega's daar de huidige discussie ervaren, ben ik in gesprek gegaan met David Randall. Hij is een christelijke arts in Engeland, lid van CMF en ook redacteur van *Kumar* en *Clark's Clinical Medicine*.



WILT U ZICH VOORSTELLEN AAN ONZE LEZERS?

Ik ben David Randall. Ik werk als nefroloog in een opleidingsziekenhuis in Londen. Daar ben ik ook lid van een kleine baptistengemeente. Mijn vrouw werkt als huisarts, en samen hebben we vier kinderen. De laatste jaren ben ik betrokken bij campagnes met betrekking tot hulp bij zelfdoding en euthanasie, onder andere binnen *Our Duty of Care* (zie kader).

OP 29 NOVEMBER BESTEEDDEN OOK NEDERLANDSE MEDIA VEEL AANDACHT AAN HET DEBAT OVER HULP BIJ ZELFDODING IN HET HOUSE OF COMMONS (RED. 'LAGERHUIS'). WAT SPEELT ER MOMENTEEL?

Al ruim twintig jaar worden er pogingen gedaan om hulp bij zelfdoding te legaliseren. Dat is altijd tegengehouden, maar bij elke poging is het wel moeilijker geworden. Het Verenigd Koninkrijk heeft meerdere parlementen, niet alleen in Westminster, maar ook in Schotland, Wales, Noord-Ierland, het Isle of Man en Jersey. Die laatste twee eilanden zijn al heel ver met deze wetgeving. In Schotland loopt men al twee jaar vast op controles. In het Westminster parlement, dat over Engeland en Wales gaat, zijn vorig jaar juli nieuwe verkiezingen geweest, waarna de nieuwe regering wetsvoorstellen heeft gedaan. Daarnaast kunnen de circa zeshonderd parlementsliden die niet in de regering zitten, *backbenchers*, een wetsvoorstel indienen wanneer zij hoog scoren in een loting.

DAT GAAT VIA EEN LOTING?

Inderdaad. Afgelopen september kwam parlementslid Kim Leadbeater als hoogste uit de loting. Zij mocht een voorstel schrijven, over welk onderwerp dan ook: auto-veiligheid, schoolmaaltijden enzovoorts. Iedereen had er dus belang bij om bij haar te lobbyen. Haar voorstel heet de *Terminally Ill Adults Bill*. Het idee is dat hulp bij zelfdoding toegestaan wordt voor mensen met een levensverwachting korter dan zes maanden, mits zij niet psychiatrisch ziek zijn of een beperking hebben. Dit wetsvoorstel

is erg snel gegaan, omdat dit soort *bills* van individuele parlementsliden niet door dezelfde controles gaan als wetsvoorstellen van de regering. Deels omdat ze vaak voor kleine dingen gebruikt worden. Dit is natuurlijk een voorstel dat enorme implicaties voor het land heeft. Zonder veel toezicht werd er over dit voorstel voor het eerst gedebatteerd op 29 november.

Dat debat duurde vijf uur, relatief kort. 330 parlementsliden stemden voor, 275 tegen.

Hierdoor mocht het naar de commissiefase, waarvoor Kim Leadbeater zo'n twintig parlementsliden heeft aangesteld, die het wetsvoorstel door-

nemen en amendementen kunnen maken. Vervolgens

komt het voorstel eind april terug naar het parlement voor een tweede stemming. Als het dan geaccepteerd wordt, is het op weg een wet te worden. Wij waren teleurgesteld over de uitslag. In eerdere jaren kwamen dit soort voorstellen nooit zo ver als nu in november.

DE UITSLAG VAN 330 VOOR EN 275 TEGEN VOND IK NOG NIET ERG OVERTUIGEND.

Nee, als je erover nadent, is het niet een overweldigende meerderheid. We zijn nu sinds een week of twee in de commissiefase en daarin worden veel problemen gevonden. Het grootste probleem is dat Leadbeater heeft gezegd: "Dit is de veiligste wet ter wereld." Ze heeft erin gezet dat elke patiënt, die hulp bij zelfdoding aanvraagt, langs de rechter moet. Veel rechters zeggen nu al: "Dat gaat niet, daar hebben wij geen tijd voor." Dus dat moest uit het voorstel worden gehaald. Het alternatief wordt een expertpanel met bijvoorbeeld een maatschappelijk werker en arts, een verzwakking van het voorstel. Wij zeggen: "Dit is niet veilig, we moeten deze weg niet inslaan." We hopen dat er in de komende weken genoeg problemen naar boven komen, zodat in april de parlementsliden zeggen: "We gaan hier niet mee verder." Als dit wel doorgaat, gaan we dezelfde weg in als veel andere landen, zoals Nederland. >>

“Wij zeggen:
“Dit is niet veilig,
we moeten deze
weg niet inslaan”





TOEN IK HET WETSVOORSTEL LAS, VIEL HET ME OP DAT DE VOORWAARDEN STRENG ZIJN. EEN LEVENSVORWACHTING VAN ZES MAANDEN EN EEN PATIËNT MAG GEEN PSYCHIATRISCHE ZIEKTE HEBBEN. WORDT ER IN HET DEBAT WEL GESPROKEN OVER SITUATIES BUITEN DIT WETSVOORSTEL, ZOALS ONDRAAGLIJK LIJDEN OF PSYCHIATRISCHE ZIEKTE?

Er wordt gezegd dat dit een erg smal wetsvoorstel is en het moet langs een rechter. Het probleem is wel dat mensen met een iets langere prognose zullen zeggen: "Dit is niet eerlijk." Mensen met een psychiatrische aandoening kunnen zeggen: "Mijn

lijden is net zo erg als dat van iemand met lichamelijke aandoening." We zien dat in landen als Canada gebeuren.

Waar de deur wordt geopend, wordt hij wijd opengeduwed. Eén van de argumenten die wij tegen het voorstel gebruiken is: je kunt dit niet op een smalle, veilige manier doen,

het zal altijd verder gaan. Daarom kunnen wij alleen maar de deur stevig dicht houden. Maar voorstanders ontkennen dat dit voorstel kan leiden tot een brede wet.

OM HOVEEL MENSEN GAAT DIT WETSVOORSTEL EIGENLIJK? IN DE AFGELOPEN 25 JAAR ZIJN ZO'N 600 BRITTEN NAAR ZWITSERLAND GEGAAN VOOR HULP BIJ ZELFDODING.

Op dit moment zijn dat inderdaad zo'n vijftig mensen per jaar. Voorstanders van de wet zeggen ook: "Het gaat om zo'n klein aantal. Zij kunnen onder onze wet hulp bij zelfdoding in hun eigen land krijgen in plaats van in Zwitserland." Maar als we kijken naar Canada, daar gaat het nu om 15.000 tot 16.000 mensen per jaar. In ons land zal het, gebaseerd op die getallen, gaan om circa 20.000 tot 25.000 mensen per jaar.

HOE KOMT HET DAT ENGELAND NU 'PAS' OP DIT PUNT IS AANGEKOMEN, TERWIJL BUURLANDEN ZOALS NEDERLAND AL MEER DAN TWINTIG JAAR EEN EUTHANASIEWET HEBBEN? IS ER ZO'N STERKE OPPOSITIE? EN WIE ZIJN ZIJ?

Het is interessant dat het zo lang is tegengehouden. Ik denk deels omdat historisch gezien de oppositie erg sterk georganiseerd is. Er zijn verschillende groepen die tegen hulp bij zelfdoding en euthanasie zijn. Allereerst zijn er

de christenen. De tweede groep betreft seculiere artsen en verpleegkundigen, onder andere vanuit de palliatieve geneeskunde. Zij vinden dat dit geen geneeskunde is. Palliatieve artsen zeggen: "Hulp bij zelfdoding is niet nodig. Je kunt patiënten pijnvrij krijgen met de juiste zorg." En ik denk dat zij hulp bij zelfdoding ook zien als existentiële bedreiging van de palliatieve zorg. Als dit doorgaat, wordt geld omgeleid van de palliatieve zorg naar hulp bij zelfdoding. Dat zou de palliatieve zorg schaden.

De derde oppositiegroep zijn de mensen met een handicap. Veel van hen zijn politiek links. Zij doen erg actief mee aan het campagne voeren: ze staan in hun rolstoel voor het parlement en gaan op de weg liggen bij demonstraties. Zij zien deze wet als bedreiging van hun menselijke waardigheid. Wat ze nodig hebben is hulp om te leven, niet hulp om dood te gaan. De aanwezigheid van deze groep is belangrijk voor parlementsleden, ze kunnen deze mensen niet negeren. Onze eigen argumenten gaan ook niet zozeer over heiligheid van het leven en over de Bijbel, maar over zaken als kwetsbaarheid.

IK HOOR U NIET OVER MOSLIMS, TERWIJL ER DAAR OOK VIER MILJOEN VAN ZIJN IN HET VERENIGD KONINKRIJK. ZIJN ZIJ EEN VIERDE OPPOSITIEGROEP EN EVENTUELE PARTNER VOOR ORGANISATIES ALS CMF?

Zij zijn sterk tegen het wetsvoorstel, maar over het algemeen niet zo uitgesproken in het debat. Uit een enquête van de islamitische medische vereniging blijkt dat de leden stellig tegen het wetsvoorstel zijn. Maar zij doen niet met hetzelfde zelfvertrouwen als christenen mee in het debat. Mogelijk omdat zij zich als immigranten niet zeker genoeg voelen of zich zorgen maken over islamofobie. Wij hebben als christenen soortgelijke zorgen, maar hebben die inmiddels geaccepteerd.

ZIJN ER SPECIFIEKE PARLEMENTSLEDEN DIE SAMENWERKEN MET ORGANISATIES ZOALS CMF?

Ja, er is een goed georganiseerde oppositie in het parlement, waarvan ik zou zeggen dat de leider Danny Kruger is. Hij is parlements lid voor de *Conservatives*, aan de rechterkant van het spectrum. Maar de oppositie is verspreid over het hele spectrum. Diane Abbott is bijvoorbeeld uiterst links, in de buurt van Jeremy Corbyn, en zij is sterk tegen dit voorstel. Haar argumenten hebben te maken met het effect op arme mensen en etnische minderheden. Zij is bang dat deze mensen hulp bij zelfdoding als enige optie zien, omdat zij niet tot last willen zijn of geen financiële middelen hebben.

Als dit voorstel een jaar geleden was ingebracht, was het waarschijnlijk afgewezen. Maar na de verkiezing in juli

“Op sommige plekken is de palliatieve zorg uitstekend, maar het verschilt erg



“Voor mijn patiënten is dit een non-issue, niemand van hen wil euthanasie

traden honderden nieuwe parlementsleden aan, waarvan de meerderheid nog niet veel had nagedacht over dit onderwerp. Veel *Labour*-politici dachten dat dit een progressief goed was, dat het om keuzevrijheid en compassie ging. Toen ze beter naar de argumenten gingen kijken, dachten ze: “O, het is ingewikkelder.” We hopen dat in april veel van hen zullen afzien van stemming, of redenen vinden om tegen te stemmen. We bidden dat de waarheid gezien wordt. Het is hoopgevend dat in de commissiefase al veel problemen worden gevonden.

Het is nog niet duidelijk wie de hulp bij zelfdoding moet gaan bieden. Wordt het de verantwoordelijkheid van de *National Health Service* (NHS) of zetten we een ‘*death service*’ op? De NHS heeft geen geld, ziekenhuizen moeten al fors bezuinigen. Is het te verantwoorden om bepaalde zorg te schrappen en tegelijk een nieuwe ‘*death service*’ op te zetten? Dat vertelt patiënten: “We can’t fund your care but we will fund your death.” Dit is ook de reden dat Wes Streeting, onze Minister van Gezondheid, in 2015 voor stemde, maar nu tegen stemt. Hij is niet tegen het principe van hulp bij zelfdoding, maar vindt dat de NHS niet goed genoeg is. Hoe kunnen we patiënten geen goede zorg bieden maar wel helpen een eind aan hun leven te maken?

DE OPRICHTERS VAN DE PALLIATIEVE ZORG IN ENGELAND, ZOALS CICELY SAUNDERS, ZIJN GROTE VOORBEEDEN VOOR NEDERLANDSE DOKTERS IN DE PALLIATIEVE ZORG. HOE STAAT HET MOMENTEEL MET DIE ZORG IN ENGELAND? VALT DIE BINNEN DE NHS?

Op sommige plekken is de palliatieve zorg uitstekend, maar het verschilt erg. Cicely Saunders was briljant, maar één van de problemen van haar werk is dat veel hospices nog steeds voor tweederde gefinancierd worden door liefdadigheidsorganisaties en eenderde vanuit de NHS. Door deze ongelijke *funding* is de kwaliteit van zorg zo verschillend. Overal is wel een vorm van palliatieve zorg beschikbaar, maar ik weet dat het niet perfect is. In mijn regio is er fantastische zorg als de patiënt eenmaal een plek in het hospice krijgt, maar er is een lange wachtlijst. Er overlijden mensen op mijn afdeling in het ziekenhuis, en daar is de kwaliteit niet geweldig. Er is bijvoorbeeld buiten diensturen geen palliatief team. Dus waar het werkt, werkt het erg goed, maar de huidige voorzieningen zijn onvoldoende. >>



WELKE ERVARING HEBT U ALS NEFROLOOG MET VERZOEKEN OM HULP BIJ ZELFDODING OF EUTHANASIE VAN PATIËNTEN?

Het is interessant, ik werk in historisch het armste deel van Londen. Mijn patiëntengroep is multi-etnisch met veel Afrikaanse en ook veel Aziatische patiënten. De meerderheid heeft een arme achtergrond. Voor hen is dit een *non-issue*, niemand van hen wil euthanasie. Ze zijn er ook bang voor. Ze zijn bang dat we proberen hun leven te beëindigen of hun zorg te beperken, bijvoorbeeld de dialyse te stoppen. Zelfs als mensen overduidelijk aan het eind van hun leven zijn en we gesprekken proberen te voeren over 'niet-reanimeren', zijn dat erg moeilijke gesprekken, want ze zijn zo bang dat we ze onderbehandelen. Zij zijn ook wantrouwend richting palliatieve zorg, omdat ze denken dat dit inhoudt dat we levens proberen te beëindigen door middel van medicatie.

In Londen ben ik dus nooit gevraagd om een leven te beëindigen. Ik denk dat ik vaker een euthanasievraag zou krijgen, als ik in een rijkere omgeving werkte. Maar niet alleen sociaaleconomische status, ook religie en cultuur spelen mee. Moslims zijn fel tegen, zwarte Afrikanen ook. Het lijkt om mij heen zo dat des te rijker en witter de omgeving, des te groter het vraagstuk.

Voor mij is dit een argument in de discussie: deze discussie gaat om witte *middle-class* burgers. Maar we moeten ook denken aan degenen zonder stem. Mijn werk gaat vaak over gezondheidsongelijkheid: dat mijn patiënten slechtere zorg krijgen en vaker vermijdbare ziektes hebben. Ik denk dat vóór deze wet stemmen, invloed heeft op het vertrouwen in de zorg. Ik denk dat een groot deel van de vraag vanuit rijkere burgers door angst gedreven wordt. Symptomen kunnen verlicht worden, als er zorg wordt geleverd door gespecialiseerde teams.

WWW.OURDUTYOF CARE.ORG.UK

Our Duty of Care is een groep Britse gezondheidsmedewerkers, die zich verzetten tegen levensbeëindiging van patiënten door hulp bij zelfdoding of euthanasie. De campagne wordt beheerd door David Randall en Gillian Wright (voormalig palliatief arts in Schotland).

Een ander deel van de vraag gaat over controle, niet afhankelijk willen zijn van anderen. In andere culturen zie je toch meer dat er voor ouderen gezorgd wordt en zij gewaardeerd worden. Westerlingen zijn daarin meer individualistisch.

In tegenstelling tot u krijg ik vrijwel maandelijks een verzoek om euthanasie, met name na CVA's en bij cerebrale metastasen.

Hoe ga je daarmee om?

Ik vertel patiënten dat ik geen euthanasie verricht en biedt ze een gesprek aan over palliatieve zorg. Uiteindelijk verwijs ik patiënten altijd terug naar hun huisarts als de vraag blijft bestaan, die is vaak al op de hoogte van een dergelijk verzoek. We zijn in Nederland niet bij wet verplicht om patiënten door te verwijzen naar een collega, maar de KNMG noemt dit wel onze morele verplichting. Ik ben benieuwd hoe het in het Britse wetsvoorstel zit met verwijzen.

De *Leadbeater bill* noemt specifiek: als een patiënt het me vraagt en ik wil het niet doen, moet ik ze doorverwijzen naar iemand die het wel wil doen. Maar dat strookt voor mij niet met gewetensvrijheid. Als ik ervan overtuigd ben dat het verkeerd is, betekent dat niet dat ik het zelf niet wil doen, maar dat ik geloof dat het helemaal niet zou moeten gebeuren. Als de wet verandert, wordt de manier waarop ik geneeskunde beoefen tegen de wet. Ik weet niet hoe dat opgelost moet worden.

WILT U ONZE LEZERS NOG IETS MEEGEVEN, OF ZIJN ER GEBEDSPUNTEN?

Als zij tijd willen vrijmaken om voor ons te bidden, zouden we daar erg dankbaar voor zijn. Ik hoop dat we deze wet tegen kunnen houden. Dat zou andere landen kunnen bemoedigen en het gevecht levend houden. Als ook wij dit pad inslaan, lijkt het alsof dit voor rijke landen iets onvermijdelijks is. Bid dat we de parlementsleden kunnen overtuigen om tegen te stemmen. Als het voorstel dit jaar sneuvelt, zal het de komende vijf jaar waarschijnlijk niet meer op de agenda komen, zolang de huidige regering zit. ✓



RIEKE-MARIE JANSEN

Abstineren is het staken van een behandeling die gericht is op genezing, omdat dit medisch zinloos is. Op de IC komt het regelmatig voor dat we moeten abstinieren. Er kan medisch-technisch gezien een heleboel, maar het leven is eindig en dat moeten we óók op de IC accepteren.

Rieke-Marie Jansen

(26) heeft eind 2023 de master geneeskunde afgerond en werkt sinds begin 2024 als anios op de Intensive Care in Apeldoorn. Ze geeft een kijkje in het leven van een jonge arts-assistent.



De kunst van **het abstinieren**

Wat ik in mijn afgelopen eerste jaar als arts vooral heb geleerd over abstinieren, is hoe belangrijk communicatie is. Uitleg naar de familie toe wat hun geliefde heeft, wat eraan gedaan is om hem of haar beter te maken en waarom we tegen de 'grenzen' van de zorg aanlopen. Het betekent ook rustig de tijd nemen om uit te leggen wat het staken van de behandeling inhoudt en wat naasten kunnen verwachten in dat proces. Het belangrijkste credo is dat we streven naar comfort voor de patiënt.

In de allerlaatste levensfase komt palliatieve sedatie aan bod. Bij palliatieve sedatie geven we op de IC intraveneus morfine en/of midazolam om vervelende symptomen zoals benauwdheid of angst weg te nemen bij een patiënt. Daarbij titreren we de medicatie op, tot het gewenste niveau van comfort is bereikt. In hogere doseringen betekent dit dat we een patiënt zodanig sederen dat hij of zij 'slaapt'. Uitleg over palliatieve sedatie geeft vaak veel rust bij familie. Ook heb ik geleerd om nooit een uitspraak te doen over hoelang het duurt tot een patiënt overlijdt na het stoppen van de behandeling. Ik heb dagenlang onmogelijk lage bloeddrukken en hartfrequenties langs zien komen. Soms wordt er dan vanuit de familie gevraagd of de palliatieve sedatie niet wat opgehoogd kan worden. Ik snap dat het voor familie erg belastend kan zijn om dagenlang in dit grijze gebied te leven. Toch denk ik dat iedereen het recht heeft om op zijn of haar eigen tempo te overlijden en de natuur zijn gang te laten gaan, zolang de patiënt maar comfortabel is.

De kaartjes met bedankjes van nabestaanden in onze koffiekamer vind ik ontzettend mooi om te lezen. Ik vind het een groot compliment als de familie dankbaar en blij is met de respectvolle behandeling in de laatste levensfase. Het zit hem op deze momenten vaak in de details, zoals het aanpassen van de monitor op de kamer. Wij kunnen de vitale functies in onze teampost nog steeds zien en in de gaten houden of de patiënt is over-

leden, maar familie kan zich volledig focussen op hun geliefde in plaats van steeds met een schuin oog naar de cijfers op de monitor te kijken.

Op de IC word ik regelmatig geconfronteerd met het belang van *advance care planning*. Het kan schrijnende situaties opleveren als er keuzes moeten worden gemaakt op een moment dat het met de gezondheid van de patiënt enorm slecht gaat. Als er van tevoren onderling besproken is wat de wensen van de patiënt zijn en wat medisch wel en niet zinvol is, geeft dat veel rust bij zowel patiënten als hun geliefden. Familieleden weten dan te handelen naar wat de patiënt zelf had gewild. Juist in acute situaties kan dit veel leed besparen. Probeer maar eens op het moment dat je geliefde extreem benauwd is, te zeggen dat een ziekenhuisopname of zelfs een beademingstraject, met bijbehorende revalidatie, niet is wat hij of zij zou hebben gewild. Op dat moment uitzoeken wat de *performance status* van een patiënt is en wat zijn of haar wensen zijn, is dan vaak niet mogelijk, omdat er snel moet worden ingegrepen. Te regelmatig wordt er dan na enige stabilisatie ingezien dat deze situatie niet in lijn is met de wensen van de patiënt. Dan had iemand bijvoorbeeld in zijn of haar eigen vertrouwde omgeving kunnen komen te overlijden met bijvoorbeeld morfine om benauwdheid en andere ongemakken tegen te gaan. Helaas gebeurt dit dan op een onrustige spoedeisende hulp of op een IC vol alarmen.

Maar is het zo dat iemand gaat komen te overlijden op de IC, dan doen we ons uiterste best om dit op een respectvolle en menswaardige manier plaats te laten vinden. Want abstinieren, dat kun je leren. ✓

“*Het belangrijkste credo is dat we streven naar comfort voor de patiënt*”

Licht voor de wereld

Mattheüs 5:14a



PIET VERHAGEN

Licht voor de wereld.
Zou je dat van jezelf

zeggen? Van de christelijk gemeente waartoe je behoort? Van een organisatie als CMF? Wij zijn het licht voor de wereld. Je bent ergens nieuw, op het werk, een club, in de wijk, dus is er een kennismakingsrondje. Je vertelt wie je bent, over je gezin en je werk. "En o ja, ik ben lid van een christelijke gemeente en ik ben lid van CMF Nederland. En, wij zijn het licht voor de wereld." Dat doe je toch niet? Wat zullen ze niet denken? Wat een poeha? Moet je dat horen? Of zullen ze beleefd zeggen: "Interessant"? In het gunstigste geval krijg je een gesprek. Dat is mooi. Nee, dat zeg je niet van jezelf, je gemeente of vereniging. Waarom niet? Dat moeten anderen eventueel maar zeggen. Nou, dat komt dan goed uit. Jezus zegt het toch: "Jullie zijn het licht voor de wereld!"

IN JE EIGEN WOORDEN

Het zou wellicht op de website van de gemeente waartoe je behoort kunnen staan. Staat het op de website van CMF Nederland? Nee, dat niet. Waarom dan niet? Het is kort en krachtig, geen omhaal van woorden. Als er iets is waar behoefte aan is, dan is het licht. Zowel politiek, als moreel, als existentieel. Ja, er staat van alles op die website 'over ons'. 'Christus volgen, mensen dienen'. Dat is meteen de blikvanger op de website van CMF Nederland. Maar niets over licht. Nu kunnen we dat betrekkelijk eenvoudig oplossen door te zeggen dat 'Christus volgen, mensen dienen', de 'CMF-expressie' is van 'licht voor de wereld' zijn. Maar dan nog is de vraag: waarom de woorden van Jezus zelf niet? Bijvoorbeeld: 'Christus volgen, mensen dienen, want wij zijn, zoals Jezus zelf zegt, het licht voor de wereld.' Die zin is te lang. Wat belangrijker is: wij zijn al geruime tijd zelfstandig (wel)denkende mensen en wij worden niet meer bepaald door wat een ander over ons zegt. Wij vinden het vooral belangrijk onszelf uit te drukken in onze eigen woorden. Toch?

JE ZULT MAAR IN DUISTERNIS LEVEN

Hoe zouden de mensen van toen dat gehoord en ervaren hebben? Ik denk dat het een totaal andere gewaarwording was dan voor ons nu. Ze keken ervan op, heel erg verbaasd. "Wat zegt hij daar? Zegt hij dat over ons? Hij heeft het over ons! Niemand heeft het over ons. Niemand kijkt naar ons. Wij zijn het eenvoudigste volk: vissers, boeren, arbeiders in de wijngaard, een enkele tollenaar, een paar hoeren. Simpele zielen, dat is wat we zijn. Licht voor de wereld, zijn wij dat? Moet hij dat niet van de Farizeeën

Piet Verhagen

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



en de Schriftgeleerden zeggen? Trouwens, die zien ons niet, kijken weg als ze ons zien en kijken op ons neer. Licht voor de wereld, je meent het! Hij zegt het tegen ons, hij ziet ons! De godsdienstige leiders zien ons niet, de Romeinen al helemaal niet. Die slaan ons, knechten ons, vernederen en traumatiseren ons. Wij zijn helemaal geen licht. Wij zijn, hoe zegt de profeet dat ook alweer, het volk dat in duisternis wandelt." Ach, ik hoor één van luisteraars van toen denken: dat zei mijn opa ook altijd tegen zijn kinderen en kleinkinderen. "Wij wandelen in duisternis." Maar hij zei er altijd iets bij: "De profeet zegt, ze zullen een groot licht zien. Niet vergeten hoor!" En dat zei hij dan meestal tegen ons als de Romeinen weer één of andere rotstreek hadden uitgehaald; om ons te troosten zagezegd. Ach, en wij haalden onze schouders op, want het liefst hadden we natuurlijk stenen gegrepen om mee te gooien. Maar murw als we zijn, dat deden we niet; totdat iemand ons misschien bij de hand neemt en de opstand leidt. Licht voor de wereld? Het volk dat een groot Licht zal zien? Is Hij het misschien? Hij zegt zulke wonderlijke dingen, Hij kent de profeten, Hij kent vast het woord van de profeet Jesaja ook wel. Zal Hij dat bedoelen met dat licht? Dat Hij het is, Hij voor ons, wij met hem? Licht van zijn licht, licht voor de wereld? Zou dat werkelijk zo kunnen zijn?

ONBEZWEKEN TROUW

Uit een oude psalmberijming (1773) herinner ik me deze regels: "Uw goedheid straalt hen toe, Uw macht schraagt hen in 't lijden; Uw onbezweken trouw zal nooit hun val gedogen" (Psalm. 89: 7). Het klinkt zo eenvoudig. Van een terzijde geschoven, geknecht en geslagen, >>





vermoeid en belast hoopje mensen, zet Hij ze overeind, op hun voeten. “Licht voor de wereld zijn jullie! Wat hier, in jullie leven gebeurt, verdraag Ik niet!” Schragen, dat is *empowerment*. Zodat ze weer verder kunnen, zoals datzelfde psalmversje ook zegt: “Zij wandelen in ’t licht van het Goddelijk aanschijn voort.” Hij gedooft hun val niet en stopt die. Hij spreekt met het gezag van God de Vader, de Schepper. Hij vraagt niet: “Zeg hebben jullie zin in wat anders?” Hij suggereert niet: “Ik weet nog wel iets leuks voor jullie.” Hij vraagt niet of ze misschien tijd en zin hebben. Hij spreekt en het is er! Of het nu genezing is, of een ander wonder, vergeving van zonden, of opwekking van een dode. Het is een nieuwe schepping. Net als eertijds: er zij licht en er was licht!

Het is trouwens een opmerkelijke paradox. Verschoppelingen, die het licht voor de wereld zijn. Dat zouden we met Luther ‘de verborgenheid achter het tegendeel’ kunnen noemen. Glorie in het tegenbeeld van het kruis. Licht in het tegenbeeld van vernedering. Je moet er maar oog voor hebben.

Jezus bedoelt in ieder geval te zeggen dat het zo niet langer door kan gaan in de wereld. Daarom heeft hij een boodschap voor armen van geest, treurenden, zachtmoedigen, hongerigen en dorstigen, barmhartigen, voor hen die rein zijn van hart, voor vrede-stichters en voor hen die vervolgd worden. Zij zijn niet de uitvallers, de lastposten, de kostenposten of de dwazen. Zij zijn de burgers van het Koninkrijk, met wie Jezus het Rijk van God ingaat en opbouwt in deze gevallen wereld. Met Zijn woord zet Hij hen in het licht als het licht voor de wereld!

ESTHER-MOMENT

Hoe dan? Nu, daar is gelukkig dan wel één en ander over te lezen op die websites. Maar nog een keer, het is niet afhankelijk van hoe we dit doen of we het licht zijn. Het is andersom. Hij zegt dat we het zijn, en daarom gebeurt het. ‘Hoe dan’ is als vraag natuurlijk onvermijdelijk.

Ik geef een voorbeeld. Martine Vonk (overleden in 2019) noemde het in haar boekje *Genieten van genoeg* (2016) je ‘Esther-moment’ pakken. Het verhaal van koningin Esther is bekend. Israël is in groot gevaar. Esther zou het tegen de koning kunnen zeggen, maar dat ging nu eenmaal niet zomaar. Ze aarzelt en dan zegt haar oom Mordechai: “Misschien ben je juist hiervoor koningin geworden. Niet alleen omdat je jong en onwaarschijnlijk mooi bent, maar omdat iemand moet opstaan, omdat er nu iemand iets moet zeggen, iemand die haar mond opendoet.” “Ik denk,” zegt Mordechai, “dat jij het bent”. En ze doet het! Licht voor de wereld zijn, is bijvoorbeeld op je Esther-moment letten en het dan ook pakken. Misschien ben jij wel uitgerekend nu, op dit moment, in deze fase van je leven, in een situatie om iets te doen, iets te zeggen. Misschien is het wel helemaal niet zo toevallig dat jij hier nu mee te maken hebt. Misschien ‘moet’ het wel zo zijn. Misschien heb je daarom wel dit werk, die baan, die burens, die vrienden. Je moet wel even uit je comfortzone. Is dat een probleem? Ik kan niet, ik wil niet, ik durf niet? Wat doet het ertoe? Ik kan me niet voorstellen dat dat het karakter is van de leden van CMF. Maar dan is het ook wel weer fijn om bij tijde te bedenken en geloven waar het vandaan komt. Die empowerment komt bij Hem vandaan!

Het is misschien klein, kleiner dan je dacht of waar je misschien wel bang voor was. Dat heet kleine goedheid. Dat is de ander zien, zoals je zelf gezien bent. De ander zien, zoals Jezus die anderen ziet. Licht voor de wereld. Daar wordt die ander anders van en daar wordt de wereld anders van. Tot eer van God.

HARTELIJKE GROET

Ik heb met veel plezier en dankbaarheid een paar jaar aan deze rubriek mogen werken (eerste keer juni 2021). Ik wens ieder veel zegen en vreugde in het werk. Zoals ik de vorige keer aanhaalde en graag herhaal: Zijn liefde en genade zijn voor eeuwig, en voor vandaag genoeg. ✓



COBIE SOLDAAT - VAN BRUCHEM

Velen van jullie zijn bekend met de geschiedenis van ICMDA.

In een vogelvlucht een korte historische schets. In 1963 is ICMDA opgericht in Amsterdam onder de naam *International Congress of Christian Physicians (ICCP)*. In 1986 werd besloten deze naam te veranderen naar *International Christian Medical and Dental Association*. Bij het eerste congres waren vertegenwoordigers uit 15 landen aanwezig. Inmiddels zijn meer dan 100 landen lid van ICMDA. In de tabel is te zien waar en wanneer alle wereldcongressen zijn geweest.

Het 18e wereldcongres staat gepland van 30 juni t/m 5 juli 2026 op de Jeju-eilanden in Zuid-Korea. Op dit moment is het globale programma bekend. Op dinsdag 30 juni begint in de middag de studentenconferentie en de pre-conference streams. Twee dagen later is de openingsceremonie van het wereldcongres. Op zondag wordt het congres afgesloten met het vieren van het Heilig Avondmaal.

Het thema van het congres is *Building God's Kingdom amongst the broken*, ontleend aan Jesaja 58 vers 12.

“Je eigen mensen zullen weer opbouwen wat al eeuwenlang verwoest ligt; fundamenten, door

Cobie Soldaat – van Bruchem

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



vroegere generaties gelegd, zullen weer worden hersteld. Dan zal men je noemen Hersteller van muren, Herbouwer van straten.”*

Elke dag van het wereldcongres staat een tekst uit de Bergrede centraal en het dagthema gaat over bruggen bouwen. De eerste dag is de tekst gekozen uit Mattheus 5 vers 4: “Gelukkig de treurenden, want zij zullen getroost worden”, en is het dagthema: *Building bridges with people suffering sickness*. Op dag 2 staat vers 6 centraal: “Gelukkig wie honger en dorsten naar de gerechtigheid, want zij zullen verzadigd worden”, en heeft de dag als thema *Building bridges with people suffering injustice*. Op de laatste dag draait het om vers 9. “Gelukkig de vredestichters, want zij zullen kinderen van God genoemd worden”, en wordt nagedacht over *Building bridges with people suffering conflict*. Gezien alle wereldproblemen is een actueel thema gekozen.

Zover ik weet, is Nederland op elk wereldcongres vertegenwoordigd geweest. Zelf ben ik tweemaal naar een wereldcongres geweest en mocht ik eenmaal een wereldcongres helpen organiseren. Dit was de investering in zowel tijd als geld dubbel waard. Wanneer je overweegt om te gaan, meld je dan aan via de website door je mailadres achter te laten. Ook kun je je aansluiten bij de ICMDA wereldcongresgroep in de Socie App. Inschrijven voor het congres is mogelijk via: <https://jeju2026.icmda.net/icmda-2026/>. ✓

* Deze en volgende Bijbelteksten zijn geciteerd uit de NBV21

ICMDA WERELDCONGRESSSEN SINDS 1963:

	Jaar	Locatie
1	1963	Amsterdam, Nederland
2	1966	Oxford, Groot-Brittannië
3	1969	Oslo, Noorwegen
4	1972	Toronto, Canada
5	1975	Singapore
6	1978	Davos, Zwitserland
7	1982	Bangalore, India
8	1986	Cancun, Mexico
9	1990	Seoul, Zuid-Korea
10	1994	Stavanger, Noorwegen
11	1998	Durban, Zuid-Afrika
12	2002	Taipei, Taiwan
13	2006	Sydney, Australië
14	2010	Punta del Este, Uruguay
15	2014	Rotterdam, Nederland
16	2018	Hyderabad, India
17	2023	Arusha, Tanzania



Regionale variatie in de levenseindezorg

Een ethische
analyse en
evaluatie



PROF. DR. STEF GROENEWOUD

Veel mensen denken dat de zorg die je krijgt overal in Nederland wel

ongeveer hetzelfde is. Immers, we hebben voor de meeste behandelingen richtlijnen, de opleiding van artsen is goed geregeld en Nederland is maar een klein land. Toch zijn er aanzienlijke regionale verschillen in het zorggebruik, de -kwaliteit en in de zorgkosten. Deze 'praktijkvariatie' zien we niet alleen in de electieve chirurgie¹ maar bijvoorbeeld ook in de acute zorg² en niet in de laatste plaats ook in de zorg rond het levenseinde.³ Opvallend in de levenseindezorg zijn de grote regionale verschillen in de incidentie van euthanasie. In een onderzoek van de voormalige en de huidige Lindeboom hoogleraar Ethiek van de Zorg (Theo Boer, respectievelijk Stef Groenewoud) bleek dat in sommige Nederlandse gemeenten euthanasie 27 (!) keer vaker voorkwam dan in andere gemeenten.⁴

Stef Groenewoud

(1977) bekleedt sinds 2022 als bijzonder hoogleraar de Lindeboom leerstoel voor Ethiek van de Zorg aan de Theologische Universiteit Utrecht. Hij is als gezondheids-wetenschapper en ethicus verbonden aan

IQ Healthcare, een wetenschappelijke onderzoeksafdeling van het Radboudumc.



EEN GEOMEDISCH VERKLARINGS-MODEL VOOR REGIOVARIATIE

De *geomedicine*, een stroming in het gezondheids-zorgonderzoek die nadenkt over praktijkvariatie, heeft een model ontwikkeld voor het onderscheiden van gewenste en ongewenste variatie (zie tekstvak). De

vraag is in hoeverre dit model toereikend is voor het analyseren van regionale verschillen in de toepassing van controversiële medische handelingen zoals euthanasie. In dit artikel nemen we de proef op de som en reflecteren we hierop aan de hand van het bestaande vierstappenplan van de geomedicine.

HET GEOMEDISCH VERKLARINGSMODEL

Het geomedisch verklaringsmodel voor praktijkvariatie biedt een raamwerk voor het analyseren van regionale verschillen in zorggebruik, waarbij variatie kan worden verklaard door verschillende factoren.

1. Is er sprake van **effectieve of ineffectieve zorg**? Als er variatie wordt waargenomen in het gebruik van zorg, kan dit in sommige gevallen direct wijzen op ongewenste variatie. Dit geldt vooral bij zorg die als 'effectief' of 'ineffectief' wordt beschouwd. Effectieve zorg betreft behandelingen die altijd gegeven zouden moeten worden bij patiënten met een bepaalde diagnose, omdat dit anders zou leiden tot onderbehandeling. Ineffectieve zorg verwijst naar behandelingen die juist niet gegeven zouden moeten worden, omdat dit anders zou leiden tot overbehandeling.
2. Zijn er wellicht geografische **verschillen in zorgbehoefte**? Als er geen sprake is van effectieve of ineffectieve zorg, kan geografische variatie als gewenst worden beschouwd, mits deze samenhangt met geografische verschillen in de zorgbehoefte. Het is redelijk om te verwachten dat gebieden met een hogere prevalentie van bepaalde ziekten ook een hoger zorggebruik vertonen. Dit wordt gezien als een legitieme variatie, aangezien het noodzakelijk is dat de zorgbehoefte in die gebieden adequaat wordt ingevuld. Wanneer zorgbehoefte in verschillende regio's verschilt door bijvoorbeeld een hogere ziektelast, is het wenselijk dat de zorg hierop wordt aangepast.
3. Is er sprake van **preferentiesensitieve zorg**? Als rekening gehouden is met eventuele verschillen in zorgbehoefte en met het type zorg, en er blijft nog steeds een deel van de variatie onverklaard, dan kan dit wijzen op zorg waarvoor meerdere geschikte alternatieven bestaan, met vergelijkbare resultaten, risico's en voordelen. Een voorbeeld hiervan is de behandeling van goedaardige prostaatvergroting (BPH), waarbij opties zoals laserbehandeling, chirurgisch weefselverwijdering (TURP), of *watchful waiting* beschikbaar zijn. In dit geval gaat het om preferentiesensitieve zorg. >>





waarbij de voorkeuren van patiënten een belangrijke rol spelen in de keuze voor behandeling. Volgens de geomedicine is regionale variatie in het zorggebruik bij preferentiesensitieve zorg gerechtvaardigd als de variatie wordt verklaard door verschillen in de voorkeuren van patiënten.

4. Is sprake van **aanbodgeïnduceerde variatie**? Als er na het in acht nemen van het soort zorg, de zorgbehoefte en patiëntvoorkeuren nog steeds variatie in het zorggebruik overblijft, kan dit wijzen op verschillen in het zorgaanbod. Dit houdt in dat zorgaanbieders in sommige regio's meer geneigd kunnen zijn om bepaalde behandelingen aan te bieden of uit te voeren. Aanbodgeïnduceerd zorggebruik kan ook betekenen dat alternatieve behandelingen of zorgopties niet in voldoende mate beschikbaar zijn in sommige regio's, wat leidt tot een ongelijk zorgaanbod. Volgens de geomedicine is dit een vorm van ongewenste variatie.

Samenvattend biedt het geomedisch verklaringsmodel een manier om variatie in zorggebruik te begrijpen en te beoordelen. Het model maakt onderscheid tussen gerechtvaardigde variatie (gebaseerd op zorgbehoefte en patiëntvoorkeuren) en ongewenste variatie (gebaseerd op verschillen in zorgaanbod).

Er is dus sprake van aanzienlijke variatie in de incidentie van euthanasie. Kunnen we dit begrijpen met behulp van het geomedisch verklaringsmodel of is er meer (ethiek) nodig? Is er sprake van gewenste of ongewenste variatie? Om deze vragen te beantwoorden doorlopen we de vier stappen van het geomedisch model.

1. EUTHANASIE ALS (IN)EFFECTIEVE ZORG?

Kunnen we euthanasie typeren als (in)effectieve zorg? Ik denk het niet. Euthanasie is een uitzonderlijke medische handeling die alleen onder strikte voorwaarden wordt toegestaan. Het kan niet beschouwd worden als

'effectieve zorg', zorg die altijd geboden moet worden, maar ook niet als 'ineffectieve zorg', zorg die nooit gegeven mag worden. Immers, euthanasie is in Nederland onder bepaalde omstandigheden toegestaan als een uiterste redmiddel, dat zorgvuldig afgewogen dient te worden. Toch kan de hoge incidentie van euthanasie in bepaalde gebieden wel een trigger zijn voor verdiepend onderzoek naar achterliggende oorzaken. Het is zoals de indicator 'ziekenhuisopnames' bij patiënten met chronische aandoeningen, zoals bij COPD.

Hoge percentages opnames wegens exacerbaties in een regio worden geassocieerd met suboptimale kwaliteit van zorg, zijn belastend voor patiënten en worden gezien als een 'falen van het zorgsysteem' in diezelfde regio.

Voor wie dit te sterk gepostuleerd vindt, verwijst ik naar wat de bekende Amerikaanse arts Atul Gawande

zegt over de stijgende incidentie van euthanasie in Nederland: "(...) het feit dat in 2012 één op de 35 Nederlanders voor hun dood om [euthanasie of (SG)] hulp bij zelfdoding verzocht, is geen maatstaf voor succes. Het is een maatstaf voor falen".⁵

2. VARIATIE VERKLAARD DOOR MEDISCHE ZORGBEHOEFTE?

Een acceptabele verklaring voor regionale variatie in het zorggebruik zou een verschil in zorgbehoefte (medische noodzaak) kunnen zijn. Als in sommige regio's meer mensen ondraaglijk en uitzichtloos lijden, zou dat een hogere euthanasie-incidentie kunnen rechtvaardigen. Het vaststellen van zorgbehoefte is echter complex, omdat lijden subjectief is en geen objectieve meetcriteria kent. De Leuvense bio-ethica Yvonne Denier beschrijft hoe condities, die eerder gezien en geaccepteerd werden als behorend bij de omstandigheden van het leven, tegenwoordig leiden tot behoefte aan medische zorg. Zij spreekt zelfs over een 'inflatie' van het concept 'zorgbehoefte'.⁶ Juist ook aan de zorg rond het levenseinde en aan de euthanasiepraktijk gaat dit niet voorbij.

Ook uit de cijfers blijkt een spectaculaire toename in de diversiteit aan patiëntgroepen aan wie euthanasie wordt verleend. Was de aanleiding voor euthanasie in 2002 nog in 88% van de gevallen terminale kanker; in 2023 was dit percentage nog 56%.⁷ Euthanasie is in sommige gevallen "niet langer een uiterste redmiddel om een vreselijke dood te voorkomen, maar een manier om te ontsnappen aan een vreselijk leven".^{8(p12)} Wellicht moeten we constateren dat de geneeskunde zich in een fuik heeft laten lokken door te pogen biomedische antwoorden te geven op ten diepste existentiële vragen naar menselijk geluk en welbevinden. Ethicus Daniel Callahan waarschuwde hier eind vorige eeuw al voor: "Op dat moment gaat zij haar eigen rol te buiten. Het is niet de taak van de geneeskunde om de last van het

“Wellicht heeft de geneeskunde zich in een fuik laten lokken door te pogen biomedische antwoorden te geven op ten diepste existentiële vragen

lijden, dat voortvloeit uit de betekenis die wij toekennen aan het verval van het lichaam en zijn uiteindelijke dood, van ons weg te nemen”.^{9(p55)}

3. VARIATIE VERKLAARD DOOR VOORKEUREN?

Een volgende verklaring die het geomedisch model aanreikt, is dat verschillen in euthanasie-incidentie verklaard worden doordat patiëntvoorkeuren verschillen. De vraag is of dat terecht is: euthanasie is toch geen ‘u-vraagt-wij-draaien-zorg’? De vierde evaluatie van de euthanasiewet signaleert wel degelijk een verschuiving in de richting van de autonome wens van de patiënt: “Ten aanzien van de criteria van het lijden en eventuele behandelalternatieven is er meer ruimte gekomen voor autonomie van de patiënt, door een grotere nadruk in de beoordeling op de persoonlijke beleving van het lijden”.¹⁰

Opinieonderzoek van dagblad Trouw toont aan dat Nederlanders sterk hechten aan controle over hun eigen levenseinde: 76% wil zelf beslissen over hun sterven. 79% zou euthanasie overwegen bij een ernstige ziekte. Maar er bestaat toch niet zoiets als een ‘recht’ op euthanasie? Bovendien staat een zo sterk op individuele autonomie en zelfbeschikking gebaseerd mensbeeld ver af van de werkelijkheid dat alle mensen van nature sociale wezens zijn, die alleen tot hun bestemming komen in een leven in gemeenschap. Zelfs, of misschien wel juist, in geval van kwetsbaarheid. “Voordat we iets kunnen doen”, zegt Thomas van Aquino, “worden we gevoed. Voordat we iets kunnen zeggen, wordt er tegen ons gepraat. Voordat we ons er bewust van zijn, wordt er van ons gehouden.”^{11(p22)} Er ligt, om Daniel Callahan nog maar eens te citeren, een “kostbare en noodzakelijke genade in het vermogen afhankelijk te zijn van andere mensen, open te staan voor andermans zorg en te vertrouwen op hun kracht en begrip”.¹² “Het leven is nu eenmaal geen solo-onderneming”, schrijft Jyl Gentzler in haar prachtige artikel ‘What is death with dignity? – Wat is waardig sterven?’ “Afhankelijkheid is een essentieel onderdeel van alle menselijk leven. Zelfs bij die mensen die wij het meest bewonderen en tegen wie wij het meest op kijken. Dat maakt een mensenleven niet minder waard(ig). Het maakt het eenvoudigweg menselijk.”¹³



4. VARIATIE VERKLAARD DOOR VERSCHILLEN IN ZORGAANBOD?

Als verschillen niet volledig verklaard kunnen worden door zorgbehoefte of voorkeuren, kan het zorgaanbod een rol spelen. Dit kan op twee manieren:

1. **Directe aanbodgeïnduceerde vraag:** artsen kunnen door hun eigen houding en bereidheid invloed uitoefenen op de euthanasiepraktijk. Ten aanzien van directe aanbodgeïnduceerde vraag bij euthanasie rijst de vraag in hoeverre het daadwerkelijk een probleem is dat (huis)artsen invloed hebben op de keuzes die patiënten maken. Vanwege de informatieasymmetrie tussen patiënt en arts, en juist ook om ongewenste variatie (onder- en overbehandeling) te voorkomen, wordt ‘samen beslissen’ volop als middel ingezet.¹⁴ Hierin heeft de arts, als adviseur van de patiënt, over het algemeen een actieve rol. Toch zou ik willen pleiten voor terughoudendheid vanuit de arts als het gaat >>



De vraag naar (on)wenselijkheid van regiovariatie is voluit ook een morele vraag

om het proactief ter sprake brengen van euthanasie als handelingsoptie rond het levenseinde. Wie vindt dat dit allang een gepasseerd station is, en dat euthanasie 'gewoon één van de handelingsopties rond het levenseinde' is, die in gesprek met de patiënt gerust aange dragen mag worden (zie bijv. Hans van der Linde)¹⁵ dicht haar "een ondraaglijke lichtheid toe. In plaats daarvan is het beter om te streven naar een draaglijke zwaarte. Laten we het ons bij euthanasie vooral moeilijk maken".^{8(p104)}

2. Indirecte aanbodgeïnduceerde vraag: gebrek aan goede alternatieven kan ertoe leiden dat mensen eerder euthanasie als enige optie zien. Er is nauwelijks data over de spreiding van de levenseindezorg in Nederland. Met bestaande gegevens is de hypothese van indirecte aanbodsturing daarom niet goed te onderzoeken. Enige indicaties in deze richting zijn er wel. Zo bleek bijvoorbeeld uit onderzoek onder SCEN-artsen dat subop-

timale palliatieve zorg een rol speelde in 10% van de euthanasieverzoeken.¹⁶ In het genoemde onderzoek naar regiovariatie in de incidentie van euthanasie bleek de beschikbaarheid van vrijwilligers in een regio samen te hangen met het euthanasiepercentage (meer vrijwilligers: minder euthanasie).⁴

CONCLUSIE

In de zoektocht naar duiding en betekenisgeving van regionale verschillen in het zorggebruik rond het levenseinde is het klassieke, geomedische model, dat haar rechtvaardigingsgronden zoekt in louter medische, epidemiologische, demografische en preferentiële factoren, ontoereikend. De vraag naar (on)wenselijkheid van regiovariatie is voluit ook een *morele* vraag, waarin, naast concepten als (in)effectiviteit, gezondheidsverschillen, patiëntvoorkeuren en aanbodsturing, ook ethische principes thuishoren zoals weldoen, niet-schaden, rechtvaardigheid en (professionele) autonomie. ✓

Referenties

1. Atsma F, Noordenbos M, De Reuver Ph, Groenewoud AS. Rapportage praktijkvariatie. Trombolyse bij Herseninfarct, operaties bij HNP, Liesbreuk, Galblaas, Cataract, CTS, Knie-artrose, Heup-artrose. Nijmegen: Radboudumc, IQ Healthcare; 2019. Beschikbaar op: https://www.iqhealth.nl/getmedia/0d797a0b-d007-4d79-9ae0-a5358b7208b5/rapportage-praktijkvariatie_8_aandoeningendefinitiefmaart_update-20190701_definitief.pdf
2. Walenkamp MMJ, Mulders MAM, Selles CA, Goslings JC, Westert GP, Schep NWL. Aanzienlijke variatie in chirurgische behandeling van distale radiusfractuur. Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161.
3. Man Y de, Groenewoud S, Oosterveld-Vlug MG, Brom L, Onwuteaka-Philipsen BD, Westert GP et al. Regional variation in hospital care at the end-of-life of Dutch patients with lung cancer exists and is not correlated with primary and long-term care. Int J Qual Health Care. 2020;32(3):190-195.
4. Groenewoud AS, Atsma F, Arvin M, Westert GP, Boer TA. Euthanasia in the Netherlands: a claims data cross-sectional study of geographical variation. BMJ Support Palliat Care. 2021. Beschikbaar op: doi:10.1136/bmjspcare-2020-002573.
5. Gawande A. Being mortal: medicine and what matters in the end. New York: Metropolitan Books; 2014.
6. Denier Y. Mind the gap! Three approaches to scarcity in health care. Med Health Care Philos. 2008;11(1):73-87.
7. Regionale Toetsingscommissie Euthanasie. Jaarverslag 2022. Den Haag: RTE; 2023.
8. Boer TA. Eind goed. Een protestanse kijk op euthanasie in Nederland. Utrecht: Kok Boekencentrum; 2021.
9. Callahan D. When Self-Determination Runs Amok. The Hastings Center Report. 1992;22(2):52-55.
10. Onwuteaka-Philipsen BD, Gevers JKM, Heide A van der, Delden JJM van, Pasman HRW, Rietjens JAC et al. Evaluatie. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag: ZonMw; 2007.
11. Caspers T. Proeven van goed samenleven: Inleiding in het katholiek sociaal denken. Baarn: Adveniat; 2012.
12. Callahan D. The Troubled Dream of Life in Search of a Peaceful Death. Washington D.C.: Georgetown University Press; 2000.
13. Gentzler J. What is a death with dignity? J Med Philos. 2003;28(4):461-487.
14. Anoniem. Taking shared decision making more seriously. Lancet. 2011;377(9768):784.
15. Linde, H van der. Euthanasiewet is na 22 jaar toe aan herziening. Medisch Contact. 2024 Sept 19.
16. Harmans L. Redenen voor toename euthanasie in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk. 2019;163:C4283.

Historische artsen Zij schreven *His story* Inspirerende christenartsen uit het verleden

MARIA COPIER-KLOOSTERMAN, REDACTIE

De Britse arts Paul Wilson Brand was een pionier op het gebied van de

handchirurgie voor leprapatiënten. Hij staat tevens bekend om zijn filosofische ideeën over pijn die hij opschreef in zijn boek *Pain, the gift nobody wants*, ook bekend als *The gift of pain*. Hij schreef: "Een wereld zonder pijn? Kan zo'n plaats bestaan? Het kan niet alleen, hij bestaat. Maar het is geen utopie. Het is een kolonie voor leprapatiënten: een wereld waar mensen letterlijk geen pijn voelen en daar de gruwelijke consequenties van ondervinden." Wie was Paul Wilson Brand?

Pain, the gift nobody wants **Paul Wilson Brand** (1914-2003)

DE BASIS GELEGD

Paul Wilson Brand werd in 1914 geboren in de bergen van Zuid-India, als zoon van een zendingsechtpaar. In zijn semi-autobiografische boek *The Gift of Pain*, schreef hij in het eerste deel van het boek, *My Path into Medicine*, over een rijk leven als kind, dat opgroeide in een armoedige wereld. Zijn ouders waren beiden werkzaam als arts in het Kolli-gebergte (in de volksmond Kolli Malai oftewel 'Mountains of Death' vanwege malaria). Toen zijn vader Jessi Brand overleed aan malaria, nam zijn moeder het werk van haar man over. Ze bleef haar hele leven de inheemse bevolking dienen, tot aan haar dood op 96-jarige leeftijd. Zo werd de basis voor dienstbaarheid aan noodlijdende en kansarme mensen bij de jonge Brand gelegd.

Brand keerde op 9-jarige leeftijd terug naar Engeland, om daar naar school te gaan. Hierna ging hij geneeskunde studeren aan *London University* en enkele jaren later werd hij chirurg. Het was de tijd van de Tweede Wereldoorlog en zodoende deed Brand veel praktische ervaring op door het opereren van bombardementsslachtoffers tijdens de *Battle of Britain* in 1940. In deze periode ontmoette hij zijn vrouw, Margaret Berry. Samen keerden ze in 1946, beiden als chirurg, terug naar Vellore, in India. Daar gaven ze les aan het *Christian Medical College and Hospital*. >>





EEN NIEUW INZICHT

In het tweede deel van zijn boek, *A Career in Pain*, beschrijft hij zijn loopbaan als professor Orthopedie en Handchirurgie. Brand bekwaamde zich verder in patiënten die leden aan de ziekte van Hansen, oftewel lepra. Er was maar weinig bekend over deze ziekte en de oorzaak waardoor deze patiënten ernstige verminkingen

aan hun ledematen hadden.

In die tijd werd verondersteld dat leprapatiënten hun handen en voeten verloren doordat het vlees was gaan 'rotten'. De heersende opvatting was dat er weinig aan deze ernstige

misvormingen gedaan kon worden. Zijn collega Robert Cochrane motiveerde Brand om onderzoek te gaan doen naar de etiologie. Geen gemakkelijke weg om te bewandelen, gezien het stigma dat heerste op leprapatiënten.

Brand ontdekte dat de ernstige misvormingen werden veroorzaakt door het verlies van pijnsensatie. Hierdoor treedt er gemakkelijk schade op aan extremiteiten doordat verwondingen niet worden opgemerkt. Hij ging zich richten op preventie van verminkingen en revalidatie bij leprapatiënten. Zijn vrouw richtte zich ondertussen op de preventie van blindheid bij deze patiëntengroep. Later bekwaamde hij zich verder in reconstructie van de pezen van handen en voeten, zodat de mobiliteit bij leprapatiënten verbeterde.

*“De gemiddelde
Indiase dorpeling
kent het lijden
echter goed (...) en
accepteert het als
een onvermijdelijke
uitdaging van
het leven*



PIJN ALS VOORWAARDE VOOR LEVEN

Het leven van Brand kenmerkte zich door een diepgeworteld christelijk geloof. Hij geloofde dat alles in de wetenschap en geneeskunde op een Schepper wees. Op het gebied van pijn, of beter gezegd de afwezigheid van pijnsensatie bij leprapatiënten, kwamen Brands medische kennis en kunde samen met zijn theologische ideeën. Hierover schreef hij in het derde deel van het boek, *Learning to Befriend Pain*, waarin hij op fysiologisch, psychologisch en spiritueel vlak uiteenzet wat pijn is, waar het vandaan komt en hoe je ermee kan omgaan.

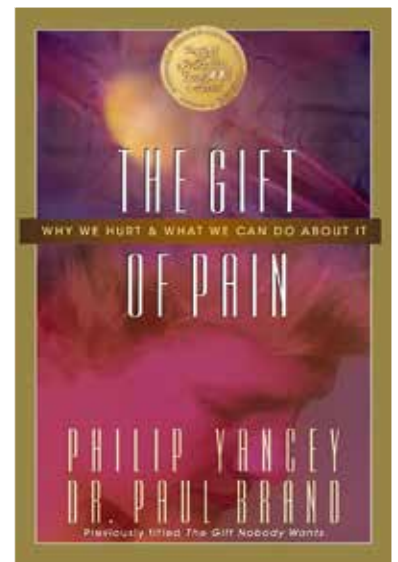
Brand geloofde dat pijn niet haaks staat op het leven, maar juist een voorwaarde is om te kunnen leven. Zo schrijft hij: “God heeft het menselijk lichaam zo ontworpen dat het kan overleven dankzij pijn.” Brand illustreert de kracht van pijn door beschrijvingen te geven van leprapatiënten waarbij levensbedreigende verwondingen voorkomen hadden kunnen worden. ‘Het is juist het onaangename van pijn, het deel dat we haten, dat ons zo effectief kan beschermen’, benadrukte hij.

Wanneer we pijn ervaren, willen we ervan wegluchten of de bron van pijn wegnemen. Als westerlingen hebben we de neiging om lijden te zien als onrecht of falen en als inbreuk op het ‘recht’ op geluk. In zijn boek schrijft hij echter over een andere cultuur waar men niet terugdeinst voor pijn. Als een samenleving het lijden zoveel mogelijk beperkt, kan die samenleving niet meer omgaan met het lijden dat overblijft, geloofde Brand. “Het zijn de filosofen, theologen en schrijvers van het welvarende Westen, niet de Derde Wereld, die zich obsessief zorgen maken over het probleem van het lijden, en met een beschuldigende vinger naar God wijzen. De gemiddelde Indiase dorpeling kent het lijden echter goed. Daarom stelt hij zich erop in en accepteert het als een onvermijdelijke uitdaging van het leven”, zo schrijft hij verder. De mensen in India hebben geleerd om te gaan met pijn op het niveau van de geest en de ziel. Hierdoor hebben zij een uithoudingsvermogen ontwikkeld, dat wij in het Westen moeilijk te begrijpen vinden.

Hij somt vijf manieren op om jezelf voor te bereiden op pijn en op het moment zelf pijn te kunnen verminderen. Namelijk door dankbaarheid, luisteren naar het lichaam, activiteit, zelfbeheersing en gemeenschapsgevoel. Daarentegen kunnen angst, woede, schuldgevoel, eenzaamheid en hulpeloosheid de pijn verergeren.

ZIJN LATERE LEVEN

18 jaar later en meer dan 3000 operaties verder accepteerde Brand in 1965 een positie als hoofd van een revalidatieafdeling in Louisiana. Na zijn pensioen vervulde hij een functie als hoogleraar Orthopedie bij de *University of Washington* en werd voorzitter van de *Leprosy Mission International* in Londen. Brand breidde zijn werk uit naar de behandeling van diabetes, waarbij door aantasting van de zenuwuiteinden ook verlies van pijnsensatie optreedt. Hij schreef ruim 100 wetenschappelijke artikelen en 7 boeken, inclusief *Clinical mechanics of the hand*. Het is een veelgebruikt boek door handchirurgen, fysiotherapeuten en andere handspecialisten. Dorothy Clarke Wilson schreef een biografie over hem, *Ten Fingers for God*. Brand ontving diverse onderscheidingen. Zo benoemde Elizabeth II hem in 1961 tot de *Commander of the Order of the British Empire*. Op 8 juli 2003 overleed Brand op 89-jarige leeftijd. ✓



“God heeft het menselijk lichaam zo ontworpen dat het kan overleven dankzij pijn

Referenties

- Christianity Today. Noted Surgeon and Author Paul Brand Dies at Age 89. 2003. Beschikbaar op: <https://www.christianitytoday.com/2003/07/noted-surgeon-and-author-paul-brand-dies-at-age-89/>.
- Job CK. Paul Wilson Brand 1914-2003. *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 2003;71(4):p361-3. Beschikbaar op: http://ijl.ijl.br/detalhe_artigo.php?id=MTGy&secao=OBITUARY.
- International Leprosy Association. Dr Paul Wilson Brand. 2003. Beschikbaar op: <https://leprosyhistory.org/database/person31>.
- Melissa J. Troutman – Author and Reviewer of Stories That Linger. Book review: *The Gift of Pain* by Dr. Paul Brand and Philip Yancey. 2024. Beschikbaar op: <https://melissajtroutman.com/2024/07/25/book-review-the-gift-of-pain-by-dr-paul-brand-and-philip-yancey/>.



Op weg naar **de missiepost**



“*Drie en een half uur
over wegen en door putten*”

ADRIAAN LOGMANS

De natuur en ook ik maken ons die

woensdagavond klaar voor de nacht. Het kleine carillon van de kapel, achter in mijn hof, speelt op de valreep psalm 3. Morgen vertrekken we weer naar Zimbabwe, naar het *Mbumba Mission Hospital* in de regio Bulawayo. Ik wil dus op tijd naar bed en zou graag de slaap over me afdwingen of 'afbidden'. Vandaag opereerde ik in Gent, halverwege belde de assistente van de huisarts. Er was een afwijking in mijn bloed aangetoond: verhoogde D-dimeren.

"Een longembolie diende te worden uitgesloten", zei ze wat gespannen. "Nou, eerst maar de operatie afmaken", besloot ik.

Dokters slapen licht. Hoe vaak gaat niet de telefoon? Heb ik al geslapen? Ik zie dat de elektrische wekker stil staat. Het is donker, geen rode cijfertjes. In de meterkast blijkt dat de buitengroep eruit ligt. Ik plaats m'n hoofd lamp, mijn operatiehulpje. Het is koud, er hangt een soort motregen over het hof. Ligt er een snoer buiten? Nee. Eindelijk traceer ik het probleem onder aan de kapel. Daar is een buitenstopcontact en dat is de oorzaak van de kortsluiting. Ik sluit de elektriciteit af en op mijn knieën in het natte gras schroef ik het stopcontact open. Aan de achterzijde is een spinrag geweven tussen de fase- en de aardedaad. Op het spinrag zitten kleine vochtpareltjes. Genoeg voor het doorslaan van de aardlekschakelaar.

In de hoek van het stopcontact zit de veroorzaker van het ongemak: een klein zwart spinnetje. Op haar rug een beige, bijna gouden kruis. Kijkt ze bang, argwanend? "Natuurlijk spaar ik jou en je rag", fluister ik. Ik monteer het stopcontact weer, laat de spanning eraf, zet mijn wekker op tijd en val in een korte maar verkwikkende slaap.

In de vroege morgen neem ik mijn glas karnemelk en we lezen een stukje 'Blijde boodschap'. De koffers in de wagen en weg. We passeren de kapel met het spinnetje. Ik sla een kruisje en zeg onhoorbaar: "Dag kleine zwarte spin, slaap gerust jij." Op naar Schiphol. Goedgekeurd door de longarts. Immers consulteerde ik *en route* van Gent naar Holland mijn grote vriend Rick Paul. De D-dimeren waren nog steeds verhoogd. Mijn suggestie van een dubbele dosis heparine en steunkousen werd door hem met de volgende woorden gecorrigeerd:

Adriaan Logmans (1958)

is gynaecoloog-oncoloog en werd opgeleid in Antwerpen, Gent en Rotterdam, waarna hij werkte in Rotterdam, Leuven, Gent en Zeeland. Elke drie maanden is hij met zijn vrouw (verpleegkundige en voormalig verloskundige) twee weken in Zimbabwe om te opereren, algemeen medisch werk te doen en met lokale dokters een project te starten om een alternatieve behandeling te bedenken voor patiënten met een lokaal gevorderd cervixcarcinoom. Radiotherapie staat immers niet ter beschikking.



"De dokter die zichzelf behandelt, heeft een dwaas als patiënt." Gelukkig gaf de longarts na uren onderzoek groen licht.

Een lange vliegreis. Van Amsterdam naar Johannesburg, van Johannesburg naar Bulawayo en dan de rest met de Toyota Land Cruiser.

Drie en een half uur over wegen en door putten. Stel je voor dat die 'D-dimeren kit' van het ziekenhuis toch gelijk had. Welaan, dan meen ik dat mijn probleem toch was opgelost. Immers, drie en een half uur over zo'n weg doet eventuele micro-embolieën door hoogfrequente, ultrasone trillingen in minuscule trombo-aggregaten uiteenvallen. Zoiets ruimt het lichaam wel op, het mijne in ieder geval wel. Als bijvangst, of *collateral value*, zijn mijn nierstenen in deze *old-fashioned* vergruizer ook passé. Wat een zegeningen.

Nog één bocht, ik zie de gatewatcher al. Een hartelijk weerzien. Op naar het *Mbumba Mission Hospital*, nog maar twee minuutjes en dan morgenochtend 07.00 uur briefing. ✓



Drijfveren

VAN DE REDACTIE

In dit
themanummer maken we

kennis met **Talitha Formagio Telles**, huisarts in Brazilië. Zij zet zich, als ICMDA-vertegenwoordiger van Zuid-Amerika, onder andere in voor de christelijke, medische gemeenschap.



Huisarts in Brazilië

Mijn naam is Talitha en ik ben 31 jaar oud. Ik woon in Zuid-Brazilië, in de stad Goioerê met mijn ouders en zus. Sinds 2020 ben ik huisarts. Ik kom uit een familie van gezondheidsprofessionals. Een aantal ooms zijn dokters, nichten zijn verpleegkundigen en mijn moeder en zus zijn tandartsen. Ik ben opgegroeid in een omgeving die mensen dient en heb veel herinneringen aan mijn kindertijd, waarin ik met mijn ouders op missies meeging. Zij verspreidden het Evangelie en mijn moeder verleende zorg in een mobiele tandartspraktijk. Ik geloof dat de Heere Jezus dit allemaal heeft gebruikt om in mijn hart niet alleen het verlangen om dokter te worden te planten, maar ook het verlangen om mijn gaven en talenten in te zetten voor Gods koninkrijk. En om God te dienen en anderen lief te hebben.

Ik studeerde geneeskunde in Curitiba van 2011 tot 2017. Daarna specialiseerde ik me in huisartsgeneeskunde van 2018 tot 2020. Op dit moment rond ik een master af. Ik doceer huisartsgeneeskunde aan het *Centro Universitário Integrado* in Campo Mourão, in een stad op een uur rijden vanaf mijn woonplek. Op de universiteit geef ik theoretische colleges en werk ik ook als attending. Ik superviseer derde- en vierdejaarsstudenten in een polikliniek. Hier in Brazilië hebben geneeskundestudenten zowel theoretische als praktische lessen. Zo beginnen ze al in hun derde jaar met het zien van patiënten, altijd gesuperviseerd door een arts.

De polikliniek, waar patiënten uit de lokale gemeenschap gezien worden door de studenten, is een verlengstuk van het publieke gezondheidssysteem. In Brazilië heet dit SUS: *Sistema Único de Saúde*. Het is gratis en voor iedereen beschikbaar. Een van de uitdagingen van ons systeem is de moeilijkheid om iedereen zorg te bieden. We hebben namelijk meer dan 216 miljoen inwoners. Als ontwikkelend

*“Ik ben
opgegroeid in
een omgeving die
mensen dient*



Studentenkamp 2023



Mijn gezin



Bijbelstudiegroep



ICMDA wereldcongres 2023 (Tanzania)



XIII Nationaal congres van Médicos de Cristo en IV ICMDA congres voor Portugees-sprekende landen (2024)

land, zijn onze hulpmiddelen beperkt. Geneeskundefaculteiten dragen daarom bij aan de gezondheidszorg.

Op de universiteit waar ik werk, starten we momenteel een bijbelstudiegroep op. Binnenkort, met Gods hulp, hopen we ook hier in Campo Mourão een CMF-vertegenwoordiging te hebben. Onze CMF heet *Médicos de Cristo*, oftewel dokters van Christus. We hebben meer dan 25 groepen verspreid over Brazilië. Elke twee jaar organiseren we een nationaal congres voor alle leden en een studentenkamp. We organiseren ook opleidingstracks in het Portugees door het land heen, online en fysiek: *Saline*, *Bioethics*, *Confident Christianity* en *Sydenham*. Ik maakte tijdens mijn studie kennis met *Médicos de Cristo* en ICMDA. Ik ben naar de wereld-

congressen in India (2018) en Tanzania (2023) geweest. Tegenwoordig ben ik lid van de MdC groep in Campo Mourão, waar ik Christus' liefde uitdeel. Daarnaast ondersteun ik in leiderschapsontwikkeling voor andere CMF's in Zuid-Amerikaanse landen, als regionale vertegenwoordiger voor Zuid-Amerika.

Mijn droom voor CMF en anderen over de hele wereld is dat we elke christelijke student bereiken. Ongeacht hoe klein de universiteit is, hoop ik dat er een groep is die studenten kan verbinden met CMF en ICMDA zodat zij zich niet alleen voelen. Door onderwijs en gemeenschap kunnen we versterkt worden in Christus' liefde om een betekenisvol verschil te maken, en de waarden van Gods Koninkrijk mee te nemen naar onze werkplek. ✓



Groepsfoto

Een verslag van de **ICMDA-conferentie** in Berlijn

DEBORA VAN URK, REDACTIE

Van 3 tot en
met 6 oktober

werd in Berlijn de ICMDA-conferentie voor Europese geneeskundestudenten en jonge dokters georganiseerd. Zo'n tweehonderd mensen kwamen aan op *Berlin Hauptbahnhof*, vanuit Engeland tot Macedonië. Op een steenworp afstand lag Martha's gasthuis, onderdeel van de *Berliner Stadtmission*, een kerkproject dat hulp biedt aan kwetsbare Berlijners. Drie dagen werden gevuld met lezingen, workshops, aanbidding en gezelligheid.

Het thema luidde *Refocus, Encourage, Connect*. Sprekers als John Wyatt, Pablo Martinez en Jelenea Sivulka verzorgden de hoofdlezingen. Het ging onder andere over terugblikken op een carrière als christen en gezondheid vanuit spiritueel oogpunt. Over de dagen verspreid was er drie tot vier keer de mogelijkheid een workshop te volgen. Daarnaast kon men kennis maken met verschillende langer lopende 'tracks' binnen ICMDA. Zelf koos

ik uit een twintigtal opties onder andere een workshop over transculturele competenties bij Bert Nanninga. Hij vertelde vanuit zijn eigen ervaring gedurende achttien jaar in Malawi en introduceerde ons in verschillende sociologische theorieën. Wat mij bij is gebleven en wat ik eerder niet wist, was dat migratie op zichzelf een health hazard is. Migratie verhoogt het risico op suïcide tweemaal. Tevens is er een verband tussen migratie en een scala aan psychiatrische aandoeningen. *Adverse childhood experiences* worden gelinkt aan chronische gezondheidsproblemen.

Een tweede workshop bij John Wyatt ging over 'trans-humanisme'. Hij nam ons mee langs sciencefictionfilms, huidige ontwikkelingen en een filosofische kijk op trans-humanisme. Zijn conclusie was dat het ethisch kan zijn om bij mensen met een aandoening of beperking, technologie te gebruiken om 'het meesterwerk' te herstellen. In lijn met de intenties van de Maker. Maar we zijn niet vrij om het ontwerp zelf aan te passen.

Tenslotte volgde ik een workshop bij Rene Hefti over het uitvoeren van de spirituele anamnese. Hij benadrukte dat dit geen extra taak is voor de al overwerkte dokter, maar een competentie waarmee we onze primaire taak beter kunnen uitvoeren. De vier handvatten, die hij noemde, waren: *faith, importance, community* en *address*.

Daarbij horen vragen zoals: vindt u zichzelf religieus of spiritueel? Is spiritualiteit belangrijk voor u? Beïnvloedt het uw gezondheidskeuzes? Bent u onderdeel van een religieuze gemeenschap en steunen zij u? En hoe wilt u dat ik als uw dokter omga met religieuze of spirituele kwesties? Deze handvaten nam ik de week erop mee naar mijn werk. Ik stelde de vragen dan in de context van een slechtnieuwsgeprek. Ik vroeg patiënten naar hun bron van hoop of zingeving en wat belangrijk voor hen was in het maken van keuzes rondom behandeling en het levenseinde. Ik merkte dat patiënten het niet gek leken te vinden als ik dit soort vragen stelde of het zelfs waardeerden.

International Night op zaterdagavond was een hoogtepunt en spektakel. Traditionele kleding werden uit de kast gehaald en elk land presenteerde zichzelf op het podium met veel muziek en (steeds meer op elkaar lijkende) dans. Nederland weerlegde vooroordelen en eindigde tot verdriet van de Duitsers met een *'Alles ist vorbei'*.

Ondanks dat ik van tevoren slechts een handvol Nederlanders kende, voelde de conferentie als een verademing. Het was verfrissend om zulke gezellige en bezinnende dagen te hebben met mensen die ook als doel hebben om Jezus te volgen in hun dagelijks werk. Na een half jaar dokteren was het ook leuk om te merken hoe universeel de ervaring van de beginnende dokter is. Toch blijven er kleine verschillen bestaan tussen onze uitdagingen en die van bijvoorbeeld een Oost-Europees land, waar fysiek gebrek aan schone materialen kan zijn.

Komend najaar is de ICMMDA-conferentie voor West-Europese studenten en jonge dokters in Basel, weer een locatie die per directe trein bereikt kan worden. Van harte aanbevolen! ✓

Gezocht: redactielid M/V voor magazine IDDG

Omdat wij in deze periode enkele redactieleden uitzaaien zijn we op zoek naar enthousiaste nieuwe redactieleden!

De redactie bestaat op dit moment uit vijf leden. Het is onze taak na te denken over de inhoud van 'In Dienst der Genezing', waarbij we veel gebruik maken van 'externe' schrijvers en columnisten. Zelf schrijven mag, maar hoeft dus niet. We vergaderen vijf à zes keer per jaar gedurende twee uur, digitaal. Meestal lukt het om tijdens de vergadering de inhoud met elkaar af te stemmen. Voor thuis blijft regelwerk over, zoals het vragen van auteurs voor artikelen.

Spreekt dit je aan en zou je deelname in de redactie willen overwegen? Voor info, mail naar willemiensmelt@gmail.com of zoek me op via Siilo!



**CHRISTIAN
MEDICAL
FELLOWSHIP
NEDERLAND**



International night





DOOR MERCY SHIPS

In mei 2024 ging ze met pensioen, maar stilzitten is aan Gineke van Duijn (67) niet besteed. "Ook als je met pensioen gaat is er nog zoveel te doen." Die overtuiging bracht haar in Sierra Leone, waar ze op dit moment als vrijwillig zaalarts werkt op de *Global Mercy*, één van de ziekenhuisschepen van *Mercy Ships*. "Het geeft je heel veel voldoening, het verrijkt jezelf en geeft verdieping van alles. Laat ik het zo zeggen, je blijft alert en stompt niet af." Vanaf het schip deelt ze haar ervaringen.

Gineke van Duijn is vrijwillig zaalarts op de *Global Mercy*. Voor haar pensioen werkte ze als ziekenhuisarts op de cardiologie en in een obesitaskliniek.



Mercy Ships

Interview met Gineke van Duijn, vrijwillig zaalarts op zee

NIEUW AVONTUUR

Gineke begon haar medische loopbaan als analiste in het academisch ziekenhuis in Leiden. Na het avondatheneum en een studie medicijnen ging ze werken op de afdeling cardiologie in Schiedam. "Bij de cardiologie lag echt mijn hart", vertelt ze. Jarenlang werkte ze in verschillende ziekenhuizen als ziekenhuisarts op de cardiologie. "Toen ik begin zestig was, wilde ik toch weer wat anders voor de laatste jaren en heb ik tot mijn pensioen in een privékliniek gewerkt voor mensen met obesitas."

Met *Mercy Ships* kwam er een nieuw avontuur op haar pad. Gineke had altijd het idee om na haar pensioen voor een aantal maanden naar Oekraïne te gaan, waar ze al jaren betrokken is bij humanitaire projecten, maar door de oorlog kon dat niet doorgaan. Een kennis bracht *Mercy Ships* ter sprake, en hoewel ze de organisatie al kende, had ze er niet eerder aan gedacht om zich aan te melden. Nuchter vertelt ze: "Ik heb het helemaal niet gezocht, maar zo gaan bepaalde dingen dan gewoon lopen." Niet alleen het avontuur en het leveren van een bijdrage voor anderen spreken haar aan, ook het blijven inzetten van haar medische kennis en vaardigheden. "Je staat ineens weer midden in het medische leven en doet werk dat een enorme impact heeft. Het is bijzonder om te zien hoe dankbaar mensen zijn. Dat doet echt iets met je."

GROTE VERANDERINGEN

Mercy Ships is een christelijke hulporganisatie die sinds 1978 chirurgische zorg biedt in de armste landen in Afrika. Hun ziekenhuisschepen, zoals de *Global Mercy*, zijn uitgerust met operatiekamers, laboratoria en trainingsfaciliteiten. Het doel is niet alleen om directe medische hulp te bieden, maar ook om lokale gezondheidszorgsystemen te versterken door training en educatie. De schepen worden bemand door vrijwillige medisch professionals vanuit de hele wereld, zoals Gineke.

Gineke's werkdagen beginnen op de verpleegafdeling. "s Ochtends lopen we visite met de chirurgen. We gaan langs bij patiënten die de afgelopen dagen geopereerd zijn en kijken wat voor afspraken gemaakt moeten worden voor het vervolg: antibiotica, bloedonderzoek of andere benodigde zorg. De rest van de dag ben ik beschikbaar om gebeld te worden als er iets is met een patiënt." In een ander onderdeel van haar rol ziet ze patiënten juist vóór hun operatie. "Na de visite werk ik op de preoperatieve poli, waar ik patiënten screen voordat ze geopereerd worden." Voordat een schip van *Mercy Ships* in een land aanmeert, zijn medische teams het land in gereisd om potentiële patiënten te screenen. Wanneer het schip aangemeerd is, komen patiënten aan boord om door de chirurg gezien te worden om te kijken of ze geopereerd kunnen worden. Als dat positief is, komen ze bij de >>





preoperatieve poli. “Wij kijken alles na. Soms moet er nog bloedonderzoek gedaan worden. Soms blijkt iemand malaria te hebben, dan moeten daar medicijnen voor gegeven worden. Of iemand heeft een schimmelinfectie of schurft. Dat komt heel veel voor. Die mensen moeten natuurlijk eerst behandeld worden voordat ze geopereerd gaan worden.” Doordat Gineke patiënten voor en na hun operatie ziet, is ze ook getuige van grote veranderingen. “Laatst is er een jonge vrouw van twintig geopereerd aan een tumor van anderhalve kilo die uit haar mond groeide. Op haar vijftiende is dat begonnen. Ze kon niet meer eten en trok zich vanuit schaamte volledig terug. Nu, na de operatie en dankzij de geestelijk verzorgers die elke dag bij haar langskomen, verandert ze in een heel vriendelijke, jonge meid die blij is en steeds naar je zwaait en haar duim opsteekt. Dat zijn mooie dingen om mee te maken. Het heeft niet alleen grote impact voor de patiënten, maar ook voor jezelf.”

Een ander verhaal dat Gineke bij is gebleven, is dat van een man met een ernstige schimmelinfectie die een groot deel van zijn gezicht had aangetast. “Via een gat bij zijn oog kon je zo in zijn mondholte kijken. De chirurg heeft het gat dichtgemaakt met een flap en de tandarts heeft een mooie prothese gemaakt. Die man zat vanochtend stralend in bed. Zo’n operatie zou hij in Sierra Leone nooit kunnen krijgen.”

MEDISCHE NOOD

Sierra Leone is één van de armste landen ter wereld, met een beperkte toegang tot medische zorg. Zo zijn er in het hele land, met een bevolking van bijna negen miljoen inwoners, slechts twee anesthesiologen, tien tandartsen en géén MKA-chirurgen. “Hier aan boord

zien we dagelijks de enorme medische nood in

Sierra Leone. Mensen komen met aandoeningen die in Nederland ondenkbaar

zouden zijn”, vertelt Gineke. “Soms zou je haast denken dat sommige dingen hier meer voorkomen, maar dat is niet zo. Omdat hier bijvoorbeeld bijna geen tandheelkundige zorg beschikbaar is, loopt het enorm uit de hand en zie je veel grote tumoren.”

Naast het tekort aan medisch personeel, vormen ook financiën vaak een obstakel in het vinden van de benodigde zorg. “Laatst bezochten we een kinderziekenhuis hier in de stad en liepen we een dagje mee met de kinderartsen. Er was een jongetje van zes jaar dat al vier maanden ziek was. Maar zijn ouders hadden geen geld om naar het ziekenhuis te gaan en een echo te laten maken. Via een Duitse organisatie zijn ze in dit ziekenhuis terechtgekomen en was binnen twee minuten de diagnose duidelijk. Hij had TBC in alle organen. Omdat zij geen geld hadden, lag hij daar nu heel slecht in bed.”

Met de kinderarts sprak Gineke ook over de medische nood in Sierra Leone en de bijdrage van *Mercy Ships*. “De bijdrage die *Mercy Ships* levert aan de gezondheidszorg is onmiskenbaar. Er worden operaties gedaan die hier gewoonweg niet plaats kunnen vinden. En als er niks gebeurt, overlijdt een patiënt op korte termijn.”

DUURZAME VOORUITGANG

Tegelijk vindt Gineke het een goede ontwikkeling dat er steeds meer nadruk ligt op het trainen en opleiden van lokale mensen. Naast de operaties, die voor patiënten gratis zijn, richt *Mercy Ships* zich op capaciteitsopbouw door training en onderwijs. Dat gebeurt onder andere door meeloopstages. “Onlangs kregen wij als artsen vanuit de overheid een verzoek om lokale co-assistenten te trainen die meelopen op de preoperatieve poli. Daar werken we graag aan mee. Zelf kan ik bijvoorbeeld een bijdrage leveren op het gebied van ecg’s en studenten leren waar ze op moeten letten.” Gineke benadrukt dat het opleiden van mensen een duurzame manier is om vooruitgang te boeken. “Dat zie je met heel veel ontwikkelingswerk: het gaat er niet meer om dat er simpelweg een zak geld wordt gegeven, maar dat je traint en samenwerkt, zodat er vooruitgang komt. Dat principe werkt ook hier. Als mensen zelf kunnen bijdragen en leren, geeft dat hen veel meer eigenwaarde en tevredenheid.”

OP Z’N ZONDAGS

Voor Gineke is haar vrijwilligerswerk meer dan alleen het bieden van medische zorg. “Als christen geloof ik dat we geroepen zijn om iets voor anderen te betekenen. We zijn allemaal mensen, allemaal schepselen van God. De één wordt hier op aarde geboren en een ander daar, maar er is zo’n groot onder-

>>



“

*Als christen geloof ik dat we
geroepen zijn om iets voor
anderen te betekenen. We zijn
allemaal mensen, allemaal
scheepselen van God*





scheid. Wij beseffen niet half in hoeveel weelde we leven. Als je ziet hoe mensen hier met het weinige dat ze hebben toch zoveel dankbaarheid en tevredenheid uitstralen,

Door mijn handelswijze wil ik laten zien dat ik het licht van Christus op mijn rug draag

raakt dat je diep”, vertelt ze. “In de wachtkamer van de poli zitten mensen vaak op z’n zondags, in hun mooiste kleding. Ze hebben een enorme eigenwaarde, en dat is prachtig om te zien. Het doet echt iets met je, het maakt dat je je wilt inzetten voor hen. Dit werk verrijkt je ook geestelijk. Het leert je dat je dankbaar moet en mag zijn voor alles wat je krijgt. Natuurlijk zijn er zware momenten, maar als je ziet wat je terugkrijgt, vergoedt dat veel.”

DOORZETTINGSVERMOGEN

“Ook al zijn de uitdagingen in een land nog zo groot, met niks doen komen ze ook niet vooruit”, daar is Gineke van overtuigd. “Mijn vader zei altijd: ‘Elke druppel wordt op een gegeven moment een plas, en die plas wordt steeds groter, zolang je maar blijft doorgaan.’ Dat volhouden is waar het om draait. Ergens mee beginnen is makkelijk, maar het volhouden, dat vraagt toewijding en doorzettingsvermogen.”

Voor haar is deze instelling nauw verbonden met haar christelijke achtergrond. “Door mijn handelswijze wil ik laten zien dat ik het licht van Christus op mijn rug draag. Je kunt veel praten, maar laat ook maar zien van waaruit je iets doet.” Dat wil ze ook meegeven aan anderen. “Neem in overweging om ook zoiets te doen. Zolang je gezond en vitaal bent, kun je nog veel betekenen voor anderen, en ik geloof dat we ook verplicht zijn om dat te doen.” ✓

VRIJWILLIGERS GEZOCHT

Mercy Ships zoekt regelmatig vrijwilligers voor haar ziekenhuisschepen, zoals chirurgen (MKA-chirurgie, orthopedie, algemene chirurgie, gynaecologie, oogheelkunde en plastisch-reconstructieve chirurgie), anesthesisten, zaalartsen of huisartsen. De minimaal gevraagde inzetduur voor chirurgen en anesthesisten is 2 weken, voor zaalartsen 3 maanden en voor huisartsen 2 jaar. Vrijwilligers betalen hun eigen vliegtickets en overige voorbereidingskosten. Meer weten? Neem contact op via recruiter.medisch@mercyships.nl of kijk op mercyships.nl/vrijwilliger.



Gezocht: materiaal en mankracht

Hebt u thuis materialen liggen, gerelateerd aan CMF of de PCAO, die u wilt onderbrengen in een archief van de Vrije Universiteit?

Het Historisch DocumentatieCentrum van de VU richt zich op de geschiedenis van het protestantisme in Nederland na 1800. Het verzamelt en ontsluit archieven van hervormde, gereformeerde en evangelicale personen en instellingen, die de afgelopen twee eeuwen belangrijk zijn geweest voor het openbare leven in Nederland. Zie ook <https://vu.nl/nl/over-de-vu/diensten/universiteitsbibliotheek/meer-over/collectie-hdc-protestants-erfgoed>

Naast materialen zijn er ook enthousiastelingen nodig om materialen klaar te maken voor het archief. Bent u geïnteresseerd? Neem dan contact op met Ed Heule (oud-voorzitter van de PCAO) via fam.heule@gmail.com.



**CHRISTIAN
MEDICAL
FELLOWSHIP
NEDERLAND**

Correctie decembernummer

Een tweetal correcties van de boekbespreking van ‘Handbook of Religion and Health’ door Wim Brandsma, verschenen in het afgelopen decembernummer.

- De correcte weblink is www.spiritualityandhealth.duke.edu.

Via deze link kun je je inschrijven op een maandelijkse (vrije) nieuwsbrief met belangrijke informatie over recente literatuur en congressen: Crossroads.

- Referenties ontbraken:

- Koenig H. Spirituality and Health Research. Templeton Press, 2011.
- Balboni M, Balboni T. Hostility to Hospitality: Spirituality and Professional Socialization within Medicine. Oxford University Press, 2008.
- Brandsma, J. Bespreking van dit boek in IDDG, decembernummer 2020.

Spirituality and Religion Within the Culture of Medicine



ANTONETTE DE VETTEN-SMELT

DE REDACTEUREN

Michael Balboni en John Peteet zijn Amerikaanse artsen en onderzoekers op het gebied van religie, spiritualiteit en geneeskunde. Ze zijn pleitbezorgers van een holistische benadering van de patiënt. Zo initieerde Peteet in 2001 het *Initiative on health, spirituality, and religion* aan Harvard University waarin verschillende disciplines samenwerken om zo religie en spiritualiteit een grotere plek te geven in de geneeskunde en publieke gezondheidszorg. Ook startten de redacteuren een jaarlijks congres *Medicine & Religion* waar onderzoekers uit verschillende wetenschappelijke disciplines elkaar ontmoeten.

THEMATIEK

In de inleiding gaan de redacteuren in op de definitie van spiritualiteit en religie en hun onderlinge verhouding. Deel 1 bestaat uit 13 hoofdstukken over de rol van spiritualiteit en religie in de verschillende geneeskundige disciplines. In deel 2 wordt vanuit 7 andere vakgebieden, waaronder sociologie, antropologie en theologie, gereflecteerd op de relatie tussen spiritualiteit en religie en geneeskunde. Het boek sluit af met een synthese.

VISIE

De auteurs willen met dit boek een introductie geven op het onderzoeksveld van spiritualiteit, religie en geneeskunde en tegelijk praktische handvatten geven om spiritualiteit en religie een grotere plek te geven in het artsenvak.

WAAROM WEL LEZEN

Het boek bevat een schat aan informatie. Doordat het onderwerp vanuit verschillende invalshoeken wordt belicht, krijgt de lezer een goed beeld van de vragen die spelen rond dit onderwerp, van de verschillende standpunten en van de stand van onderzoek. Daarnaast bevatten de disciplinaire hoofdstukken vaak praktische aanbevelingen.

WAAROM NIET LEZEN

Doordat het boek geschreven is door 37 verschillende auteurs bevat het veel herhaling en is er geen heldere lijn. Het laatste hoofdstuk belooft een samenvatting en reflectie maar is een eigenstandige, zeer uitgebreide, review van literatuur met opnieuw veel herhalingen.

Spirituality and religion within the Culture of Medicine: From evidence to practice

Michael Balboni en John Peteet (red.) ★★★★★

Oxford University Press
2017 | 432 pagina's | e-book
ISBN 9780190272432 | €43,99

De zin van ziekte



ANTONETTE DE VETTEN-SMELT

DE AUTEUR

Alain Verheij is theoloog, schrijver en spreker. In zijn werk wil hij de relevantie van Bijbelverhalen laten zien voor de huidige tijd. Zijn boek 'God en ik', waarin hij schrijft over zijn eigen zoektocht in het geloof, werd bekroond als beste theologische boek van 2018.

THEMATIEK

In dit boek gaat Verheij 'op zoek naar

wijsheid op de kronkelige weg van ziekte'. Dit doet hij aan de hand van het verhaal van de genezing van de verlamde man in Bethesda. Daarnaast doet hij wijsheid op bij anderen die hebben geschreven over ziekte.

VISIE

Verheij stelt dat in de omgang met ziekte twee soorten fouten worden gemaakt: ziekte proberen in de hand te houden door een technische benadering en ziekte proberen op afstand te houden door magisch denken. Beide durven de confrontatie met ziekte niet aan. Verheij stelt dat de Bijbel vijf ingrediënten geeft voor een betere omgang met ziekte. Zieken een plek geven in de samenleving, over ziekte spreken, goed omgaan met tijd in relatie tot ziekte, ziekte een plek geven in je wereldbeeld en helende medemenselijkheid.

WAAROM WEL LEZEN

Verheij heeft een vlotte schrijfstijl dus het boek leest lekker weg. De vragen die hij aan de orde stelt zijn herkenbaar en zijn observaties regelmatig scherp. Daarnaast kunnen de suggesties die hij doet bruikbaar zijn.

WAAROM NIET LEZEN

Verheij lijkt ziekte te bagatelliseren en soms zelfs te romantiseren. Hij schrijft over hoe we goed met ziekte kunnen omgaan maar de nare kanten van ziek-zijn en de onontkoombare dood komen niet aan de orde. Uiteindelijk lijkt ook Verheij ziekte niet écht in de ogen te kijken maar vooral naar oplossingen te zoeken. Daarnaast is zijn theologische analyse erg beperkt. Verheij stelt dat Jezus met zijn wonderen mensen bevrijdde van de gevolgen van ziekte maar dat Hij geen structurele oplossingen of nieuwe inzichten bood. Hiermee spreekt hij niet alleen zichzelf tegen maar verzuimt hij ook woorden te geven aan de diepere betekenis van Jezus genezingen en zijn leven, lijden en sterven.

De zin van ziekte - Op zoek naar wijze woorden in Bijbel en literatuur

Alain Verheij

★★★★★

Atlas contact | 2024 | 219 pagina's
ISBN 9789045050317 | €22,99





Agenda

17 mei 2025

CMF Nederland Voorjaarsconferentie

Thema: Genderdiversiteit

Locatie: Zalencentrum Nieuw Salem,
Driebergen-Rijsenburg

Informatie: www.cmf-nederland.nl

27 mei – 1 juni 2025

Interserve individueel begeleide retraite

Locatie: Gemeenschap De Hooge Berkt

Informatie: www.interserve.nl

28 – 31 mei 2025

IFES conferentie Live it!

Locatie: Kroeze Danne, Twente

Informatie: www.wijzijnifes.nl

4 – 6 juli 2025

CMF UK conferentie Partnership in Medical Mission Today

Doelgroep: iedereen met interesse in global health en missie

Locatie: London School of Theology,
Verenigd Koninkrijk

Informatie: www.cmf.org.uk

21 – 26 juli 2025

ICMDA zomerkamp

Doelgroep: studenten en jonge dokters

Locatie: Cluj-Napoca, Roemenië

Informatie: volgt

6 – 9 november 2025

AGEAS/ICMDA West-Europa conferentie

Doelgroep: studenten en jonge dokters

Locatie: Basel, Zwitserland

Informatie: volgt op www.icmda.net
en www.ageas.ch

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.