

# IDDDG

IN DIENST DER GENEZING | SEPTEMBER 2013

## Zorgen voor *geld*

# INHOUD

IN DIENST DER GENEZING ■ NUMMER 3 2013



## 04 De zorg is geen markt

André Rouvoet

## 07 Kwaliteit en solidariteit: onmisbaar voor goede zorg

Prof. Dr. D. Post

## 12 Arts: ondernemer in dienst der genezing

Stef Groenewoud

### Colofon

Tijdschrift van de Christian Medical Fellowship Nederland

jaargang 42, nummer 3  
Kwartaaluitgave in oplage van 700 exemplaren  
ISSN 1382-0656

#### Redactie

Nico Wolswinkel, hoofdredacteur  
Rianne Wisse-Roest, eindredacteur  
Caroline van den Berg, Annet Bos-van de Beek,  
Barend Florijn, Joanne Hogendoorn, Geriska  
Poortman, Willemien Westerhuis, redacteurs  
Jeroen Krijnsen, fotoredactie

#### Overige medewerkers

Frank Visscher, columnist  
Tabitha Kieviet-van Immerzeel, Dokter in Dakar

#### Kopij en opgave advertenties

Nico Wolswinkel  
Anker 16, 3904 PL Veenendaal  
Telefoon: (0318) 541 768  
E-mail: wolswinkel@xmsnet.nl

#### Richtlijnen voor het inzenden van kopij

Aantal woorden per artikel maximaal 1500.  
Verwijzingen en noten aan het eind van het artikel plaatsen. Aanleveren bij voorkeur als Word-bestand per e-mail; afbreekfunctie uit.  
De redactie behoudt zich te allen tijde het recht voor om ingezonden artikelen te redigeren c.q. in te korten.

#### Sluitingdata kopij

Maartnummer: 15 januari  
Juninummer: 15 april  
Septemnummer: 15 juli  
Decemnummer: 15 oktober

#### Vormgeving & druk

First Concept Communications  
Telefoon: (0183) 623284

#### Contact CMF-Nederland

CMF-Nederland secretariaat  
Faustdreef 181, 3561 LG Utrecht  
Telefoon: (030) 263 08 43  
Fax: (030) 262 20 50  
E-mail: info@cmf-nederland.nl  
Internet: www.cmf-nederland.nl

#### CMF-Nederland financieel

Informatie over lidmaatschap via het secretariaat.  
Giro 472146 t.n.v. CMF-Nederland te Utrecht  
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

#### 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.

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



**11 De drijfveren van...**  
*Hanneke Geluk-Jongerman*

**18 Meditatie CMF Engeland**  
Doctor's Life Support  
*Annet Bos-van de Beek*

**19 Boekrecensie**  
Impact van suïcide  
*Eline Stam-Zwemer*

**20 Boekrecensie**  
Strijdlid  
*Eric Bac*

**21 Boekrecensie**  
Wat depressie met je doet  
*Rien ten Brinke*

**25 Extra**  
Lijden bij levensbeëindiging van pasgeborenen  
*Dick Mul en Theo Boer*

**28 Oog, oor & blik**  
*Barend Florijn*

## columns

**09 Kostbare gezondheidszorg**  
*Frank Visscher*

**25 Dokter in Dakar**  
Marktwerving of misleiding  
*Tabitha Kieviet-van Immerzeel*

## nieuws

**16 Van de bestuurstafel**  
*Paul Lieverse*

**29 Studentikoos**  
Nieuws van het studentenbestuur  
*Jantine Woudstra*

**29 Agenda**

## Van de redactie

NICO WOLSWINKEL

### Geldzaken

In dit nummer aandacht voor de betekenis van geld in de zorg. Het totale bedrag wat we met elkaar in de zorg stoppen lijkt niet te beheersen, wat er in Den Haag ook wordt bedacht. Allerlei factoren spelen daar een rol in, complex is het zeker. In dit nummer belicht André Rouvoet de rol van de verzekeraars, gaat Doeke Post in op het fenomeen van marktwerking in de zorg en plaatst Stef Groenewoud kanttekeningen bij het inkomen van de medische professional. Alle drie hebben ze recht van spreken uit hun professionele ervaring. Hopelijk zetten de bijdragen aan tot verdere bezinning.

Wanneer het over geld gaat: uit de financiële jaarcijfers van de penningmeester op de ledenvergadering bleek dat de gedaanteverwisseling van In Dienst der Genezing in 2012 nauwelijks tot een hogere kosten heeft geleid. Meer waar voor hetzelfde geld, dat is winst!

Wat het inkomen van de medisch specialist betreft: uit de reacties op de stelling blijkt dat een derde van de respondenten vindt dat een specialist best twee ton mag verdienen, een kwart vindt één ton ook genoeg. Het blijft een boeiende vraag: arts uit roeping of arts als ondernemer, is dat strijdig met elkaar?

In dit nummer ook aandacht voor de nieuwe richtlijn van de KNMG over medische beslissingen rond het levenseinde van pasgeborenen met zeer ernstige afwijkingen. Het lijden van de ouders krijgt in deze richtlijn een plek. Dat roept allerlei vragen op. Wordt euthanasie bij een demente patiënt een optie wanneer de kinderen het lijden niet aankunnen? Ik vind het spannend hoe deze discussie verder gaat, en ben niet gerust op de afloop.

De redactie heet Joanne Hogendoorn welkom. We zijn weer op volle sterkte om de komende tijd mooie nummers te maken.





De gezondheidszorg in ons land staat op een hoog peil. Iedere Nederlander heeft recht op zorg en dat willen we graag zo houden. Maar de vraag naar zorg blijft toenemen en datzelfde geldt voor de kosten van zorg. Als we niets doen, zullen de kosten blijven stijgen en een onevenredig beslag leggen op het inkomen van ieder huishouden, maar ook op ons nationale inkomen. Zorgverzekeraars hebben van de overheid de opdracht gekregen om de zorg kwalitatief goed, voor ieder toegankelijk én betaalbaar te houden. Ze doen dat als private verzekeraars in een stelsel met elementen van marktwerking, maar binnen strikte publieke randvoorwaarden. Daarom ben ik het ook met iedereen eens, die zegt: 'De zorg is geen markt!'

## De zorg is geen markt!

### Framen

Dagelijks zien we in de media, dat beelden en meningen vaak belangrijker worden gevonden dan feiten en achtergronden. De wereld van Twitter (ik ben zelf een fervent gebruiker!) kent ook veel nadelen: soms zou je willen dat mensen *nét* iets langer nadenken voordat ze op 'verzenden' drukken. En in deze wereld van snel nieuws en opinies is vooral het *frame* belangrijk: welk 'etiket' helpt mij om mijn doel dichterbij te brengen?

Voor iedereen die het om welke reden dan ook niet eens is met het zorgstelsel, zoals we dat sinds 2006 kennen, is 'marktwerking' het ideale *frame* om het stelsel te etiketteren. Want marktwerking is verdacht, heeft te maken met woekerwinsten, gigantische salarissen en aandeelhoudersbelang in plaats van werknemers- of consumentenbelang. Als in de zorg iets niet goed gaat is de reflex van velen: het ligt aan de #marktwerking. Wel opmerkelijk overigens dat we bij marktwerking in de zorg niet meteen denken aan de vele huisartsen en andere beroepsbeoefenaren, die al sinds mensenheugenis als vrije ondernemers hun vak uitoefenen!

### Solidariteit

Ik zou de eerste zijn om het Nederlandse zorgstelsel ter discussie te stellen als er inderdaad sprake zou zijn van echte markt-



■ André Rouvoet is voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland

werking. Want zorg is een maatschappelijk goed dat met veel waarborgen omgeven dient te zijn en met pure marktwerking lukt dat niet. Het mooie van ons stelsel is juist dat het de beste elementen uit de private en publieke wereld verenigt en door dat hybride karakter zowel prikkels biedt om kwaliteit te leveren en efficiënt te werken, als waarborgen biedt voor de toegankelijkheid van de zorg. Het waren die waarborgen die ik destijds als woordvoerder namens de ChristenUnie centraal heb gesteld in het debat over het nieuwe stelsel, omdat ze uitdrukking zijn van essentiële waarden in de zorg en de organisatie ervan. En ook in mijn huidige functie houd ik deze waarden en waarborgen hoog!



Laat ik er eens een paar op een rij zetten:

- *solidariteit*: wat mij betreft is dat de kernwaarde van ons stelsel. We maken geen onderscheid tussen ziek en gezond of oud en jong, maar betalen samen de kosten van de zorg. Ik zie overigens wel dat deze waarde onder druk kan komen te staan, als het beroep op solidariteit te groot wordt en niet meer aan mensen kan worden uitgelegd. Er ligt wat mij betreft een cruciale opgave voor de politiek om dit te voorkomen;

- *acceptatieplicht*: is een concrete invulling van solidariteit. Zorgverzekeraars hebben de plicht iedereen te accepteren voor de basisverzekering. En ze mogen ook geen verschil maken in de hoogte van de premies. Een gezonde 20-jarige betaalt dezelfde premie als een chronisch zieke van 82;

- *basispakket*: iedereen die in ons land woont is verplicht een basisverzekering af te sluiten. De overheid (dus niet de zorgverzekeraars!) bepaalt de inhoud van dat basispakket. Dat pakket dekt de zorg die volgens de overheid noodzakelijk is. Mensen kunnen voor andere zorg een aanvullende verzekering afsluiten, als ze dat willen.

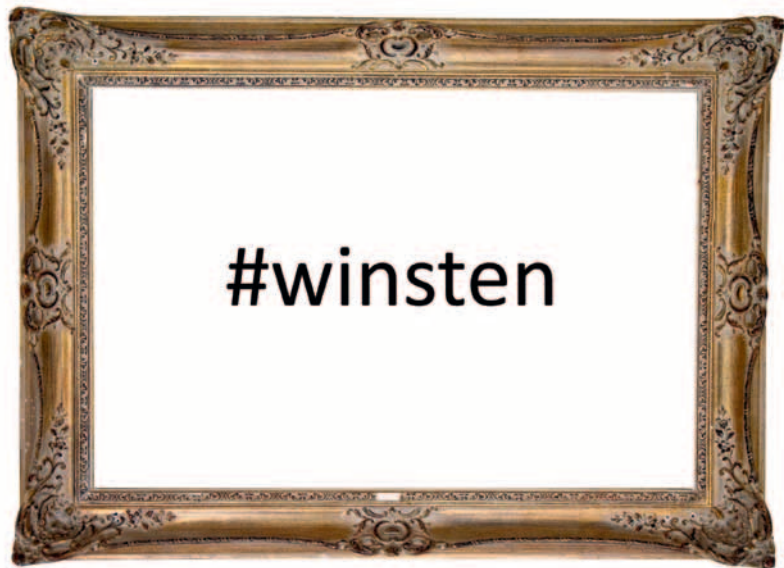
## Winsten

Een term die het bij *ramen* ook goed doet: winsten. Bij de publicatie van de jaarcijfers van de zorgverzekeraars dit voorjaar was de opwinding groot: zorgverzekeraars hadden winst gemaakt! Ook daarbij een aantal kanttekeningen. In de eerste plaats: zorgverzekeraars zijn vrijwel allemaal coöperaties en onderlinge waarborgmaatschappijen. Als ze in enig jaar geld overhouden, gaat dat niet naar aandeelhouders, maar blijft het behouden voor de zorg en/of wordt het – zoals dit jaar – teruggegeven aan de verzekerden in de vorm van premieverlaging.

Verder valt het met die winsten wel mee. Door de bank genomen gaat van elke euro bij zorgverzekeraars 95 cent naar de zorg, zo'n 4 cent naar de bedrijfskosten en 1 cent resteert als winst/reserve. En aan die reserves worden, gelet op de risico's die zorgverzekeraars lopen, door De Nederlandse Bank ook steeds hogere eisen gesteld. Maar mijn belangrijkste kanttekening bij de winsten is deze: zorgverzekeraars hebben in het stelsel de opdracht gekregen de kosten te beheersen. Vorig jaar hebben ze daarbij grote successen geboekt, vooral door te besparen op de kosten van medicijnen. Dat is dus goed nieuws voor verzekerden! We roepen toch ook geen 'schande' als het de minister van Financiën zou lukken in een jaar geld over te houden?

## Kwaliteit

Het bovenstaande zou het misverstand kunnen oproepen, dat zorgverzekeraars alleen naar de kosten kijken. Dat misverstand wil ik snel uit de wereld helpen. De kwaliteit van de zorg staat hoog op de agenda van alle zorgverzekeraars. Dat doen ze in de eerste plaats om voor hun verzekerden zo goed mogelijke zorg te kunnen regelen. Daar zien we dus wel de voordelen van marktwerking: zorgverzekeraars worden door onderlinge concurrentie geprikkeld de beste zorg te contracteren. En mede daardoor worden ook de aanbieders van zorg – ziekenhuizen, artsen – op kwaliteit aangesproken: ze zullen inzicht moeten geven in de kwaliteit die ze bieden en zich op die manier onderscheiden van anderen.



Soms pakken zorgverzekeraars dit ook gezamenlijk op, op terreinen waar geen sprake is van concurrentie. Dat geldt bijvoorbeeld voor onze plannen om de complexe spoedeisende zorg in ons land te reorganiseren. Daarmee willen we bereiken dat patiënten in kritieke situaties, zoals een beroerte, snel terecht komen in het beste ziekenhuis en bij de beste dokter. Dat doen we door die zorg te concentreren in een kleiner aantal ziekenhuizen, met optimale voorzieningen en vooral veel ervaring met de desbetreffende behandeling. En het mes snijdt overigens steeds aan twee kanten, want zorgverzekeraars zijn ervan overtuigd dat goede zorg ook doelmatiger is en dus kosten bespaart. Goede zorg is zinnige zorg (want in de zorg geldt: baat het niet, het schaadt altijd!), ze voorkomt complicaties en onnodige nabehandelingen. Goede zorg is gericht op gezondheidswinst en meer kwaliteit voor leven van de patiënt.

## Politiek

Als oud-politicus permitteer ik me in dit verband ook enkele kritische opmerkingen richting politiek, in het bijzonder de Tweede Kamer. Het huidige zorgstelsel

>>

is in 2006 met een ruime meerderheid in de Tweede Kamer aangenomen, maar het politieke draagvlak is eigenlijk vanaf het begin flinterdun geweest. Sommige partijen, denk aan SP en PVV, zijn vanaf het begin mordicus tegen geweest en blijven dat ook dag in dag uit uitventen, wat overigens hun goed recht is. Ieder incident in de zorg leidt tot Kamervragen vergezeld van tweets over #marktwerking.



dat de zorg, een omvangrijke en alsmaar groeiende sector, een bijdrage moet leveren. Tijdens het schrijven van dit stuk zitten we midden in de discussies. De politiek kan ervoor kiezen te snijden in het basispakket of het eigen risico te verhogen. Dergelijke maatregelen beperken de kosten van de zorg echter niet: ze verschuiven een deel van de lasten naar de burger. En vooral de burgers met lagere inkomens zullen de pijn daarvan ervaren. Het doet afbreuk aan de solidariteit van ons stelsel.

Er is ook een andere weg, vinden zorgverzekeraars. Die weg ligt in het verlengde van de opdracht die ze binnen het zorgstelsel gekregen hebben: geef ons de ruimte om verder te werken aan doelmatige en kwalitatief goede zorg. Als belangenbehartiger van hun verzekerden zullen zorgverzekeraars zoeken naar manieren om de bezuinigingen zo in te vullen dat die verzekerden daarbij zoveel mogelijk ontzien worden. Pijnloos zal het uiteraard niet zijn; daarvoor is de opgave eenvoudig te groot. Het kan ten koste gaan van individuele zorgaanbieders. Maar – en ik realiseer me dat dat hard klinkt – de maatschappelijke opdracht

## ***We roepen toch ook geen 'schande' als het de minister van Financiën zou lukken in een jaar geld over te houden?***

Bij veel andere partijen was er wel steun voor het stelsel en de rol van zorgverzekeraars, maar is niet altijd sprake van een consistente lijn. Dat past in de algemene politieke cultuur die bijvoorbeeld ook bij decentralisatie de kop opsteekt: de Kamer kiest voor decentralisatie, maar stelt wel vragen aan de minister als – bij wijze van spreken – de straatverlichting in Purmerend het laat afweten.

Op het gebied van de zorg geldt vaak hetzelfde en dat leidt ook bij het publiek tot misverstanden. Zo denken veel mensen dat zorgverzekeraars bepalen wat in het basispakket zit of hoe hoog het eigen risico is, maar daar gaat de politiek over. En omgekeerd: als zorgverzekeraars zich, conform hun opdracht, bemoeien met de organisatie van de zorg, worden al snel Kamervragen gesteld en denken mensen: daar gaat de politiek toch over?

### **Bezuinigingen**

We bevinden ons in economisch moeilijke tijden. Er moet fors bezuinigd worden en het ligt voor de hand

van zorgverzekeraars is niet om iedere ziekenhuisafdeling of apotheek open te houden, maar om te zorgen dat hun verzekerden goede zorg krijgen. En die zullen daar soms dan wat verder voor moeten reizen. Maar dat is verre te verkiezen boven andere maatregelen, die de verzekerden veel directer raken.

Dit alles vergt wel een rechte rug van de politiek. De Kamervragen over de consequenties voor ziekenhuis X in regio Y zie ik al aankomen. En anderen zullen zeggen: schaf de marktwerking maar af, dan zijn de noodzakelijke bezuinigingen binnen. Beide reacties helpen niet. In deze tijden stelsels ter discussie stellen is het paard achter de wagen spannen. Geen enkel stelsel is perfect, ook het huidige niet. Maar ik zeg vol overtuiging: we hebben in Nederland een gezondheidszorg waar we trots op mogen zijn. En ons zorgstelsel is ingewikkeld, maar ik weet geen beter. De marktprikkels houden ons scherp. En de publieke kaders zorgen voor het meest essentiële dat in een beschaafd land bij de zorg voorop hoort te staan: solidariteit. ■



De problemen in de zorg stapelen zich op. De kosten lopen uit de hand. De kwaliteit laat, getuige de vele mediaberichten en persoonlijke ervaringen van patiënten, te wensen over. En als klap op de vuurpijl komen vele verhalen over fraude voor het voetlicht: er wordt gesjoemeld met de tarieven en met declaraties voor zaken die niet gedaan zijn. In de care-sector worden codes 'opgehoogd', zoals dat ook in de cure gedaan wordt met DBC's.

## *Kwaliteit en solidariteit:* **Onmisbaar voor goede zorg**

Bezuinigen is het antwoord hierop, de zorg versralen en mensen meer zelf laten betalen. Ook het beroep op mantelzorg moet ervoor zorgen dat professionele hulp kan worden verminderd.

Waardoor ontstaat deze paniek in de zorg? De overheid wil ons doen geloven dat de vergrijzing de boosdoener is: veel meer zorg voor ouderen; vooral voor degenen boven de 80 jaar. Maar binnen de zorg is bekend dat vooral de technologie, de uitgebreide diagnostiek en overbehandeling de belangrijkste oorzaken zijn voor de kostengroei. Vergrijzing is maar voor 15% debet aan de groei. Vooral de snelle

ontwikkeling van allerlei technische vernieuwingen zal erg veel gaan kosten: nanotechnologie, biotechnologie, informatietechnologie en de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de cognitieve hersenwetenschappen: de zogeheten NBIC-convergentie.

Betaalbaarheid en beschikbaarheid van de zorg voor iedereen worden de grote uitdagingen voor de komende decennia. De zorgpremie mag niet te hoog worden, want dat heeft consequenties voor de loonkosten en dus onze concurrentiepositie als bedrijfsleven. Ook het beschikbare inkomen van de burgers zal door veel meer premiebetaling gaan slinken. De meeste kosten in de zorg zijn personeelskosten. Bezuinigingen zullen de omvang van de beschikbare handen in de zorg reduceren.

### **Markt en zorg; een contradictio in terminis**

Toen de Wet op de Zorgverzekering (Zvw) in 2006 werd ingevoerd stelde de toenmalige minister Hoogervorst dat



■ Prof. dr. Doeke Post is emeritus Hoogleraar Sociale Geneeskunde, Universiteit Groningen

de invoering van de markt in de zorg *hét* beheersinstrument voor de komende jaren zou worden. Door de concurrentie dalen de prijzen en de competitie op kwaliteit zal de zorg gaan verbeteren. Het past binnen de liberale ideologie waarbij privatisering, individualisering en nadruk op de financiën, op het geld de kernbegrippen zijn. Binnen de zorg was al jaren geageerd tegen de markt als leidend principe. Immers in de markt is het geld leidend, heerst het recht van de sterkste, is omzet maken een doel, moet er winst worden gemaakt om aandeelhouders tevreden te stellen en wordt in producten gedacht en niet in mensen. Er is

op de markt geen sprake van solidariteit, geen persoonlijke betrokkenheid bij de patiënt, geen afremmen van de omzet.

Voor het medisch handelen geldt dat artsen proberen mensen beter te maken, te begeleiden en te verzorgen. Dat is het primaire proces in de zorg: de relatie van arts en patiënt gebaseerd op vertrouwen en respect, een *contactrelatie* in plaats van een *contractrelatie*. Het is dus contraire aan de marktgedachte dat er in de zorg omzet wordt gemaakt om de winst te vergroten. Het gaat ons er juist om mensen *niet* in de zorg te houden als dat ook maar enigszins mogelijk is. Terugverwijzen naar de huisarts, alleen mensen opnemen in het ziekenhuis als dat nodig is, zuinig zijn met diagnostiek zijn zaken die juist de omzet verminderen, maar die de kwaliteit van zorg vergroten. Dat past dus absoluut niet in de marktgedachte, temeer ook omdat de patiënt niet degene is die de diensten van de arts betaald. De genietter van zorg is niet

>>

de betaler ervan, dit klopt voor de hulpverlening, maar voor marktgerichte dienstverlening gaat dat niet op. De verzekeraar is de derde partij die de zorg via de relatie met de aanbieder van zorg vergoedt. Het primaire proces wordt dus niet gekenmerkt door een financiële relatie maar een hulpverleningsrelatie.

Heel duidelijk is dat de markt die vanaf de jaren negentig is ingevoerd niet de verwachte beheersing van de zorgkosten heeft gerealiseerd: de kosten zijn hoe langer hoe meer uit de hand gelopen. In mijn boek 'De Derde Weg' (2009) analyseer ik de ontwikkelingen van de laatste vijftig jaar. Ik kom tot de conclusie dat de grote nadruk op de financiën, de economisering van de zorg, een doodlopende weg zal zijn. Maar ook de oude ziekenfondsregulering met de budgetten is niet meer van deze tijd. Mijn derde weg bestaat uit het benadrukken van de kwaliteit als leidend principe. De kwaliteit zal dan als een beheersinstrument moeten worden ingevoerd en de kosten in de hand kunnen houden.

### **Keuzen in de zorg/de trechter van Dunning**

Het probleem van de uit de hand lopende collectieve middelen bracht de regering ertoe om in de jaren '90 een staatscommissie in het leven te roepen die adviezen moest geven om de zorg te beperken. Er moeten, hoe dan

*Het gaat ons er juist om mensen niet in de zorg te houden als dat ook maar enigszins mogelijk is*

ook, keuzen worden gemaakt. Niet alles zal betaalbaar blijven. De zogeheten cie-Dunning, (genoemd naar de voorzitter, de cardioloog prof. Dunning) waarvan ik lid was, ontwierp een trechter met 4 'zeven' of criteria om te bepalen wat in het basispakket van de zorgverzekering opgenomen zou moeten worden (zie afbeelding). In zeef 1 werd bepaald of het noodzakelijk zorg betrof. De tweede en derde zeef gaan over de doelmatigheid en de effectiviteit en de laatste zeef was die van de eigen verantwoordelijkheid, kan het voor eigen rekening worden genomen. Als de verstrekking door de 'zeven' komt dan wordt het in het basispakket opgenomen. We stelden bijvoorbeeld vast dat alternatieve behandelwijzen niet voldoen aan de eis van bewezen effectiviteit en dit blijft dus op die zeef hangen. We adviseerden toen dat deze behandelingen geen onderdeel zouden moeten uitmaken van het basispakket.

In wezen is er maar weinig gebeurd met de adviezen van deze commissie. De politiek durfde geen keuzes te maken. Het is niet populair om voorzieningen uit het basispakket te houden. Ook nu nog zien we dat er grote behoefte is aan het maken van keuzen, maar dat het blijft bij de discussie. De behandeling van zeldzame ziekten, bijvoorbeeld de ziekte van Pompe, kost erg veel. Moeten die medicijnen worden vergoed? De discussie over de behandeling van ouderen op hoge leeftijd is volop aan de gang. Moet er op 90-jarige leeftijd nog een ingreep worden gedaan als bijvoorbeeld het vervangen van een hartklep? Moeten bij terminale patiënten nog kostbare ingrepen worden verricht? Hoe ver gaan we met orgaanvervangende operaties als niertransplantatie bij ouderen?





Wat we destijds stelden in de cie-Dunning was, dat de medische toestand en indicatie bepalend is voor het wel of niet behandelen. Dat geldt voor mij nog steeds. Leeftijd, maatschappelijke status, geld of etniciteit mag geen rol spelen.

### Solidariteit

Al deze zaken hebben te maken met de solidariteit in de zorg. Door de steeds maar oplopende premies stellen jongeren de solidariteit ter discussie. We hebben vanaf het ontstaan van de ziekenfondsen in het midden van de 19<sup>e</sup> eeuw solidariteit als uitgangspunt genomen: jong voor oud, rijk voor arm en gezond voor ziek. Ziekte is iets wat grotendeels buiten je schuld ontstaat. Men kiest er niet voor. Met elkaar vanuit de caritasgedachte, gebaseerd op de oudchristelijke waarden, zorgen we voor hulp voor iedereen. Nu de gedachte steeds meer heerst dat ouderen toch wel erg veel gebruik maken van de zorg, hoort men hier en daar de roep om het invoeren van het principe dat wie veel zorg geniet er ook meer voor moet betalen. Op dit moment is het al zo dat sommige ouderen voor hun zorg extra moeten betalen. Het vermogen en het inkomen gaan een rol spelen bij de vaststelling van de eigen bijdrage in de care-sector. Ouderen dienen eerst hun vermogen, huis en/of spaargeld te besteden alvorens een beroep te doen op de collectieve middelen. Ook zal er vanuit de WMO pas dan worden bijgesprongen als de mantelzorg van familie, burens of vrienden niet meer toereikend is.

Is dit de weg die we moeten opgaan? Eén van de basisprincipes van de medische ethiek is naast het zoeken van het goede voor de patiënt en het vermijden van schade, de rechtvaardige verdeling van middelen. Op grond daarvan zullen we moeten blijven vechten voor het behoud van de solidariteit. Het mag niet zo zijn dat mensen met weinig geld straks de dupe gaan worden van het tekort aan middelen. Het mag ook niet zo zijn dat rijken straks zorg kunnen kopen die armen moeten ontberen omdat ze geen geld hebben. Dat zal leiden tot een tweedeling. En zeker als er in de komende decennia vele nieuwe technologische vernieuwingen komen die bijvoorbeeld chronische ziekten kunnen verbeteren dan zal dat niet alleen voor rijken beschikbaar moeten zijn.

### Kwaliteit als kostenbeheersing

Maar we moeten het wel allemaal gaan betalen. Daarvoor zijn meerdere mogelijkheden aanwezig die echter wel om een krachtige politieke leiding vragen. Mijn pleidooi is dat we allereerst de kwaliteit als ingang moeten kiezen. Uit onderzoek is komen vast te staan dat meer nadruk op het primaire proces -met een zorgvisie uitgaande van barmhartigheid, aandacht en respect- de kosten met 5-10% kan terugdringen. Dit houdt in dat bij de huisarts het geven >>



## Column

FRANK VIJSCHER is als neuroloog en kinderneuroloog verbonden aan het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis te Goes

### Kostbare gezondheidszorg

De Orde van Medisch Specialisten heeft zijn leden opgeroepen om te komen met voorstellen om de kosten in de gezondheidszorg te beperken. Eén daarvan heeft nogal wat publiciteit gehad: het niet meer vergoeden van de zogenaamde 'second opinion'. Ik kan daar ook wel in komen. Slechts zelden levert het nieuwe gezichtspunten en soms zelfs nog meer verwarring. Dit geldt vooral als de patiënt zelf op pad gaat, ook wel shoppen genaamd. In mijn opleidingskliniek (VUMC) maakte ik als polidokter zelfs het fenomeen mee van third of zelfs fourth opinions. Een second opinion is wel nuttig als de dokter, zijn of haar beperkingen wetende, bang is voor een blinde vlek of gewoon niet weet wat iemand mankeert en/of niet weet wat er aan te doen is. Een gerichte verwijzing naar een ter zake kundige arts is dan goud waard.

Een kennis van me had via via vernomen dat er elders in het land een hooggeleerde arts was die alles wist van zijn zeldzame spierziekte. Hij had het volste vertrouwen in zijn behandelend arts maar een second opinion, alhoewel niet strikt noodzakelijk, stelde hij toch wel op prijs. Via de huisarts wist hij een verwijzing te regelen... Drie neurologische opleidingsklinieken passerend was hij dan uiteindelijk op de poli beland. Weken later vroeg ik hem hoe het was afgelopen. Er waren geen nieuwe inzichten of adviezen gekomen, maar hij vond het toch nuttig. Ik vroeg hem hoe het contact met de hooggeleerde dokter was verlopen. Hij gaf aan dat hij deze niet te zien had gekregen, maar dat de arts-assistent er over zijn ziektebeeld wel contact met deze arts had opgenomen. Dat wil ik wel geloven, maar of dit nu alle moeite en geld waard was?

Al mijmerend bracht het me wel tot een geestelijke gedachte. Hij had de meester zelf niet gezien, maar was tevreden met het contact met de arts-assistent. Zijn wij als christenen ook niet een soort van assistent van de grote Meester? Mensen zullen Jezus, de grote Heelmeester niet zomaar te zien krijgen, ze moeten het doen met zijn volgelingen. Die volgelingen, ook wel discipelen genoemd, zouden als het goed is wat moeten laten zien van de gezindheid die ook in Jezus Christus was. Dat lijkt me nu een mooie opdracht voor christenartsen. Mensen komen op je spreekuur en soms mogen ze merken dat hun dokter in contact staat met een diepere werkelijkheid. Die ervaring kan meer waard zijn dan welke second opinion dan ook. ■



van meer aandacht het voorschrijven van medicijnen beperkt. Heel veel klachten zijn te verhelpen met 'de dokter als medicijn', zoals de internist Balint ons leerde in de jaren '80. Meer aandacht en luisteren leidt tot minder fouten en iatrogene schade: een belangrijke reductie in kosten.

Maar ook meer aandacht voor doelmatigheid en voorkoming van verspilling zal de zorg zuiniger en zinniger maken. In ziekenhuizen en verpleeghuizen waar deze 'aandacht' als zorgvisie is ingevoerd, is de kwaliteit van zorg aanmerkelijk toegenomen en zijn de kosten gedaald. Dat werkt dus absoluut. Aandacht voor kwaliteit verlaagt de kosten. Er dient dus een mentaliteitsverandering te worden ingezet: de christelijke waarden van naastenliefde, barmhartigheid en aandacht moeten weer de zorg gaan bepalen en niet het geld moet richtinggevend zijn. Daarnaast zullen ook in het financierings- en beloningsstelsel veranderingen moeten worden aangebracht. Ik pleit er steeds voor om de behoefte aan zorg goed in kaart te brengen en dan te kijken wat de kosten zijn om die behoeften te vervullen. Als dan blijkt dat er een financieel tekort is zullen we wellicht niet anders kunnen dan een stapje terug zetten. Eigen bijdragen zijn dan onvermijdelijk. Maar die eigen bijdragen kunnen solidair worden gegeven door ze bijvoorbeeld per jaar niet hoger te laten zijn dan 1% van het belastbaar inkomen.

Voor mij zou een heel belangrijke verandering zijn dat de druk op het omzet maken verdwijnt door de relatie tussen het inkomen van de zorgverlener en de hoeveelheid verrichtingen op te heffen. We maakten daar vanuit de staatscommissie-Biesheuvel, de commissie Modernise-

ring Curatieve Zorg, een begin mee door te stellen dat de zorgverleners in loondienst moeten werken dan wel via een lumpsum hun inkomen moeten verwerven. Ik was lid van die commissie die voor de helft uit topeconomen bestond, mensen uit het bedrijfsleven die heel sterk aandrongen op de loondienstsituatie in de zorgsector.

### Duurzame zorg

Het kan niet anders dan dat we keuzen moeten gaan maken. We zullen in de toekomst grenzen moeten gaan trekken, zeker als al die nieuwe technologieën komen. De levensverwachting zal deze eeuw mogelijk oplopen tot 150 jaar doordat we de verouderingsprocessen in de greep zullen krijgen en zullen kunnen beïnvloeden. Maar moet dat allemaal wel? Moeten de nanotechnologische robots, de nanobots worden ingevoerd? Kunnen we het verantwoorden dat we zoveel geld aan nieuwe technologieën besteden terwijl de helft van de wereld in armoede leeft? Moet ook dat aspect niet een rol gaan spelen in de discussie?

Duidelijk is wel dat de trechter van Dunning weer een rol zal moeten gaan spelen bij het bepalen wat zinnige en zuinige zorg is. Op grond daarvan zullen we bepaalde zaken niet meer moeten vergoeden of zelfs beschikbaar stellen. Zou het niet de hoogste tijd zijn om een tweede Dunningcommissie aan het werk te zetten om de keuzen in de zorg scherper aan te zetten? Moet die commissie ook niet het principe van kwaliteit als kostenbeheersing verder gaan ontwikkelen? Dat zal de basis van de zorg moeten worden: solidariteit en kwaliteit. ■

# De drijfveren van...

## Hanneke Geluk- Jongerman

### *Waarom werd je arts?*

Dat weet ik eigenlijk niet zo goed. Ik denk door een combinatie van interesse in exacte vakken en sociale betrokkenheid als middelbare scholier. Achteraf wist ik toen niet waar ik aan begon, maar toen de wens om geneeskunde te studeren zich worteld had, ben ik op dat spoor verder gegaan en ik heb mijn plek gevonden als specialist ouderengeneeskunde.

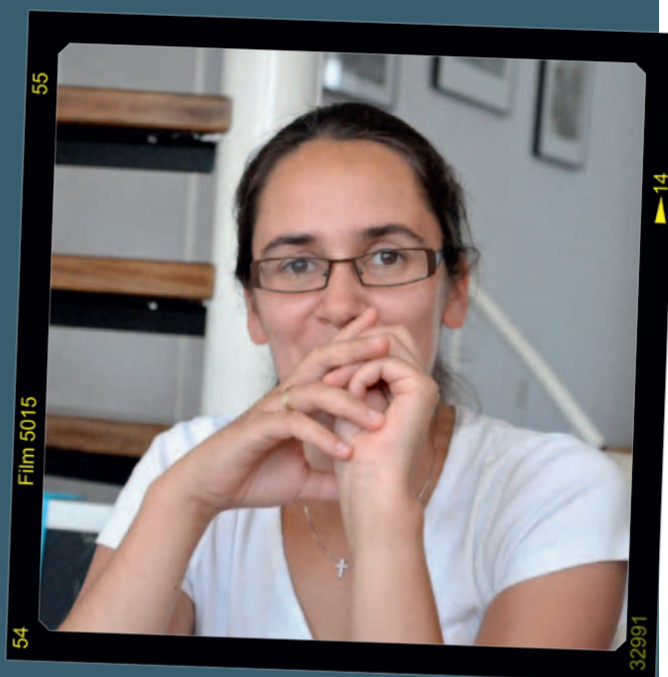
### *Belangrijke leermeesters?*

Mijn eerste 'baas', klinisch geriater Bert Ziere. Zeker nu ik zelf af en toe beginnende basisartsen mag begeleiden, groeit mijn waardering voor de manier waarop hij mij begeleidde als jonge dokter. Ik kon altijd alles vragen, terwijl hij me ook vertrouwen gaf om zelfstandig te werken. Hij leerde me bij iedere patiënt een afweging maken tussen wat medisch mogelijk is en wat nodig is, stond altijd open voor mijn visie en voor debat. Hij bezit een combinatie van medische kennis, gedrevenheid en sociale betrokkenheid waar ik altijd nog wat jaloers op ben.

Andere heel belangrijke leermeesters zijn collegae met wie ik de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde heb gevolgd en die ik regelmatig zie voor intervisiebijeenkomsten. Stuk voor stuk betrokken en kundige SO's, die met hart en ziel hun werk doen. Ze kennen me en helpen me groeien in m'n werk. En ze maken me iedere keer weer enthousiast voor ons vak!

### *Wat voor arts wil je zijn?*

Betrouwbaar. Betrokken. Bekwaam. Collegiaal. Toegankelijk. Ik wil m'n werk graag met plezier doen.



### *Hoe betrek je geloof in je werk?*

Ik vind de verantwoordelijkheid die ik als arts draag soms lastig. De wetenschap dat God Koning is en dat ik ook mijn werk in afhankelijkheid van Hem mag doen, relativeert dit en geeft me vertrouwen. Ik bid af en toe in mijn werk.

### *Hoe vind je een goede balans tussen werk en privé?*

Die vind ik niet altijd :-). Voor mij werkt het het best om het zoveel mogelijk te scheiden, zeker nu we een jong gezin hebben. Dat betekende een 'sabbatical' van ongeveer 10 maanden na iedere baby, en nu ik werk zoveel mogelijk werk op het werk doen om thuis volle aandacht te hebben voor man, kinderen en huishouden. Multitasking maakt het leven zelden efficiënter.

### *Wat zou je anderen willen leren?*

Het mooie van de ouderengeneeskunde, en de 'basics': neem de tijd, analyseer, weeg af (niet alles wat kan, moet) en doe wat wel kan en bijdraagt aan kwaliteit van leven. Dan is ook aan het einde van het leven meer mogelijk dan je denkt.

*Hanneke Geluk-Jongerman is specialist ouderengeneeskunde in verpleeghuis Leythenrode in Leiderdorp* ■



# Arts: ondernemer in dienst der genezing

## Geen balkenendenorm voor medisch specialisten

Half juli bereikte minister Schippers de zogenoemde 'zorgdeal': vanaf 2015 wordt structureel 1 miljard euro minder aan de curatieve zorg uitgegeven dan nu gebeurt. Deels denkt Schippers deze bezuiniging te bereiken door een versobering van het basispakket, maar het grootste deel moeten de dokters realiseren. Niet door inkomen in te leveren, maar door strikter te worden in het indiceren en leveren van zorg. Onnodige zorg moet worden vermeden en verspilling aangepakt.

Toch was ook het inkomen van de medisch specialisten in de recente onderhandelingen onderwerp van discussie. Minister Plasterk (Binnenlandse Zaken) schreef – eveneens half juli – in een brief aan de Tweede Kamer dat ook medisch specialisten onder de Wet Normering Topinkomens (WNT) zouden vallen. Daarmee zou per 2015 de balkenendenorm op hen van toepassing worden: een maximum inkomen van € 193.000,-. Uiteindelijk pakten de onderhandelingen van de minister van VWS anders uit: er wordt niet ingegrepen in het inkomen van medisch specialisten.

Niet iedereen had begrip voor deze uitkomst. GroenLinks-Kamerlid Linda Voortman liet weten het schandalig te vinden: *"Het is crisistijd en het geld dat naar de zorg gaat is van ons allemaal, maar Schippers zorgt ervoor dat de topsalarissen van artsen kunnen blijven doorstijgen."* Ook SP-Kamerlid Henk van Gerven maakte zich er kwaad over. *"VVD-lobby blokkeert dat specialisten onder de WNT komen. Dank Schippers"*, twitterde hij.

## Arts: ondernemer of weldoener?

Het wordt artsen voorwaar ook niet makkelijk gemaakt. Enerzijds worden zij gestimuleerd zich als ondernemer te gedragen (zie verderop 'de arts als ondernemer') en ondernemers willen nu eenmaal geld verdienen. Anderzijds

beginnen de meeste geneeskundestudenten (64%) nog altijd aan hun opleiding vanuit de behoefte om andere mensen te helpen, zo blijkt uit onderzoek.

De CMF achterban blijkt verdeeld over de vraag of medisch specialisten op dit moment teveel verdienen. Met de stelling *"Het gemiddeld jaarinkomen van de medisch specialist is twee ton. Dat is buitensporig"* is 46% het eens en 46% procent oneens (de overige 8% weet het niet: zie ook het kader 'peiling CMF-achterban').

Het is daarom goed om in dit artikel te bezien hoe we ons als christen(arts) moeten verhouden tot vragen als: *"Is een arts vooral weldoener? Of moet hij zich juist als ondernemer opstellen? Of kan het allebei?"* Daaraan voorafgaand bezien we eerst enkele feiten, cijfers en recente ontwikkelingen.

## Inkomens medisch specialisten: feiten en cijfers

Hoe hoog zijn de inkomens van medisch specialisten eigenlijk? Recent becijferde de Commissie Inkomens Medisch Specialististen dat medisch specialisten in loondienst in 2012 een gemiddeld inkomen hadden van € 140.000,- tegen een inkomen van € 210.000,- voor vrijgevestigden. Een recente internationale vergelijking wijst uit dat medisch specialisten in loondienst zich voor wat betreft hun gemiddelde inkomen internationaal gezien in de middenmoot bevinden. De gemiddelde inkomens van vrijgevestigde specialisten behoren internationaal gezien tot de hoogste. De discussie over de hoogte van de inkomens van medisch specialisten is niet nieuw. Zij

---

■ Stef Groenewoud is als gezondheidswetenschapper verbonden aan het Nijmeegse Institute for Quality in Health Care (IQ Healthcare, UMCN). Hij verricht onderzoek op het gebied van kwaliteit van zorg en in de medische ethiek. Tevens is hij master-student Applied Ethics aan de Universiteit Utrecht. Voorheen was hij directeur van het Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut en organisatieadviseur bij KPMG Plexus.



wordt bij vlagen heftig gevoerd, vooral wanneer (in de media) nieuwe feiten opduiken.

Zo werd medio 2010 duidelijk dat – met de invoering van de DBC-systematiek – de kosten van de curatieve zorg met 25% waren toegenomen. Medisch specialisten hadden in 2009 een inkomensstijging van wel 35%. Als reactie daarop zijn in 2010 en 2011 de DBC-tarieven verlaagd en is in 2012 een omzetplafond ingevoerd. Een ander fenomeen dat de inkomensdiscussie geen goed doet (althans vanuit het perspectief van de arts), is de in onderzoek aangetoonde aanbod-geïnduceerde vraag. Deze is tweeledig: ten eerste neemt het aantal uitgevoerde behandelingen toe naarmate de ‘specialistendichtheid’ in een regio hoger is (aantal specialisten per 100.000 inwoners); ten tweede blijkt dit verband sterker te gelden voor vrijgevestigde medisch specialisten dan voor medisch specialisten in loondienst.

Het lijkt er sterk op dat regionale verschillen in zorggebruik (praktijkvariatie) mede veroorzaakt worden door inkomensprikkels. Dit betekent niet dat individuele medisch specialisten niet te goeder trouw indiceren en behandelen, zoals de roemruchte ‘arts’ Knock in het blijspel van Jules Romains. Nee, het systeem van bekostiging deugt niet. *Een oude wijsheid in de zorg luidt immers: waar je voor betaalt, daar krijg je veel van.* Betalen voor behandelingen leidt dus tot veel behandelingen.

### De arts als ondernemer

In 2000 publiceerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) haar advies ‘De Rollen Verdeeld’. Het vormde als het ware de ‘landingsbaan’ voor het nieuwe zorgstelsel dat in 2006 zou worden ingevoerd. Inmid-

dels lijkt de werkelijkheid behoorlijk op de schetsen van toen: patiënten moesten kritische consumenten worden en zorgverzekeraars regisseurs/inkopers op kosten en kwaliteit. Zorgaanbieders (waaronder medisch specialisten) waren de toekomstige ondernemers. Drie vormen van ondernemerschap werden aange-  
moedigd:

1. De commerciële variant (markt en commercie): *“ondernemen is dan het streven naar winstmaximalisatie door op een creatieve, innovatieve en risicovolle manier in te spelen op (mogelijke) behoeften op een markt”;*
2. De publieke/maatschappelijke variant: *“deze uit zich vooral in processen van samenwerking en afstemming met anderen in de (regionale) zorgarena. Bijvoorbeeld: transmurale ketenvorming, fusies, de ontwikkeling van (totaal)pakketten van zorg, gezamenlijke projecten, regionale samenwerking op politiek-bestuurlijk gebied (coalitievorming)”.*
3. De interne of managementvariant: *“hierbij valt te denken aan de modernisering van bedrijfsprocessen, het gebruik van ICT en het betrekken van zorgvragers bij de bedrijfsvoering via moderne communicatie- en informatietechnologie”.*

Op al deze terreinen zien we anno 2013 medisch specialisten actief. Zo zijn er tal van gespecialiseerde poli’s en worden veel (laagcomplex) ingrepen inmiddels in ZBC’s verricht. In ketens voor mensen met chronische aandoeningen werken medisch specialisten (al dan niet ICT ondersteund) samen met generalisten in de eerstelijns.

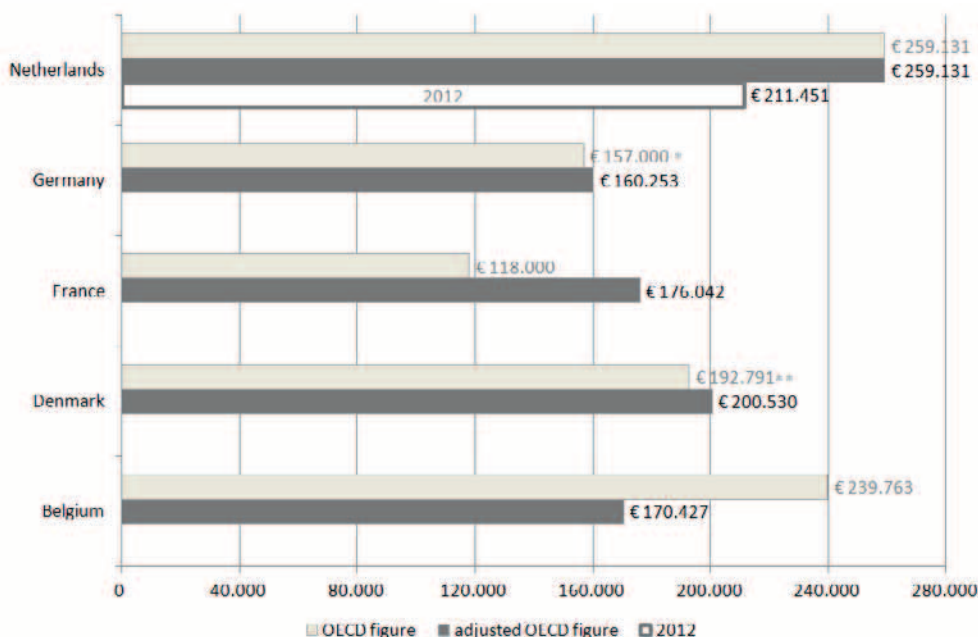
### De arts: niet louter contractpartij maar ook geen filantroop: moraaltheologische bespiegeling

Maar is de arts niet meer dan een (commercieel) ondernemer? In zijn essay, getiteld ‘Code and Covenant or Philanthropy and Contract?’ laat de ethicus W.F.

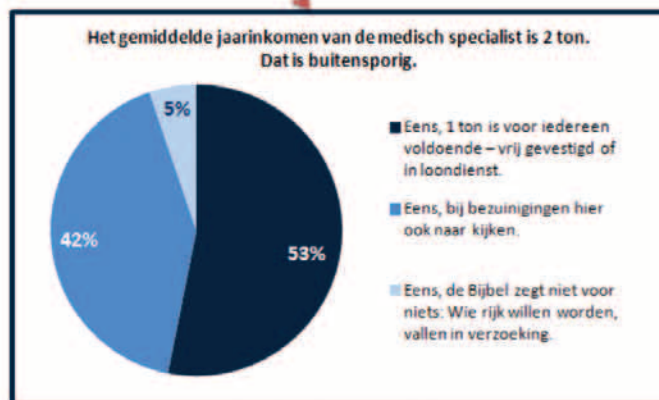
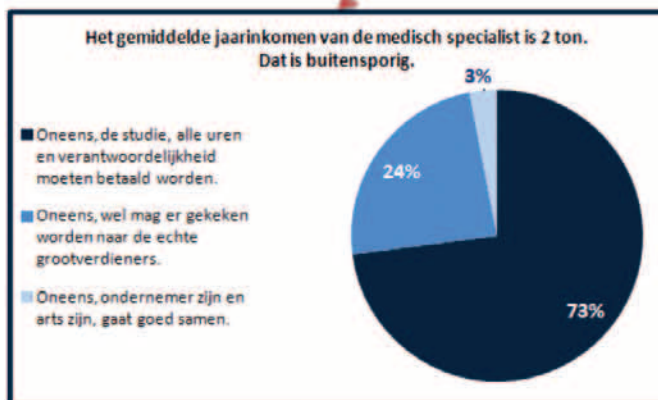
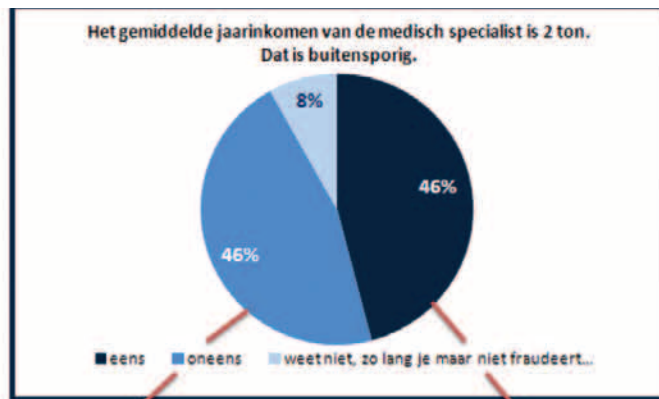
May zien wat er gebeurt als de rol van de arts wordt gereduceerd tot één van de partijen in een contract.

De arts-patiëntrelatie verwordt dan tot *“een behandelovereenkomst waarin twee partijen de verwezenlijking van hun eigen belang vooraf zo goed mogelijk calculeren en na ‘informed consent’ samen instemmen in een gezamenlijk project dat hen voordeel op zal leveren naar de mate waarin zij daarin geïnvesteerd hebben. Het reduceert alles tot: voor wat hoort wat. Niets meer doen voor je patiënten dan wat het contract aangeeft. Het zorgt er hooguit voor dat de zorg voor de patiënt niet onder een minimumniveau zakt”.*

Bruto inkomen vrijgevestigde specialisten, per persoon per jaar, in 2009 euro's (Bron: SEO, 2012)



>>



45,9%	eens
45,9%	oneens
8,2%	weet niet, zo lang je maar niet fraudeert...
33,5%	Oneens, de studie, alle uren en verantwoordelijkheid moeten betaald worden.
11%	Oneens, wel mag er gekeken worden naar de echte grootverdieners.
1,4%	Oneens, ondernemer zijn en arts zijn, gaat goed samen.
24,4%	Eens, 1 ton is voor iedereen voldoende – vrij gevestigd of in loondienst.
19,1%	Eens, bij bezuinigingen hier ook naar kijken.
2,4%	Eens, de Bijbel zegt niet voor niets: Wie rijk willen worden, vallen in verzoeking.

## Reacties van enkele leden van CMF op de stelling

“Twee ton is inderdaad bijzonder hoog. Anderzijds zijn er bepaalde aspecten van het beroep die het relatief zwaar maken, met name de verantwoordelijkheid. Ik denk dat het niet verkeerd is beloond te worden voor een veeleisende baan MITS de intentie om het beroep uit te voeren een juiste gerichtheid blijft op de medemens.”

*Ingrid Lieveerse, ANIOS SEH arts*

“Ik ben het er mee oneens. Met alle bijkomende kosten van AOV en pensioen blijft er na belasting een netto inkomen over dat de verantwoordelijkheid, de vele uren en betrokkenheid dekt.”

*Marleen Buijs-Wilts, huisarts*

“Oneens, de studie, alle uren en verantwoordelijkheid moeten betaald worden. 2 Ton vind ik niet buitensporig, specialisten salarissen van 3,5 ton en meer vind ik buitensporig.”

*Wouter Verboon, huisarts*



Daar tegenover stelt May de gedachte dat artsen louter filantropen zijn, die uit volstrekt altruïstische motieven patiëntenzorg verlenen. Hij laat zien dat ook dit niet het juiste beeld is van het werk van de arts en diens onderliggende motieven. Artsen hebben immers ook verplichtingen naar de samenleving. Aan die samenleving danken ze hun (vaak publiek – mede – gefinancierde) opleiding en onderzoek. Bovendien hebben artsen patiënten nodig om arts te kunnen zijn.

## *Een oude wijsheid in de zorg luidt immers: waar je voor betaalt, daar krijg je veel van*

In plaats van deze beide benaderingen stelt May een 'ethiek van het convenant' voor. In tegenstelling tot een contract (dat extern bedoeld is) geldt een convenant vooral voor de twee partijen die het aangaan. Maar bovenal bevat het een element van 'belangeloos geven'. Niet zoals 'de filantroop' dat doet, maar op een manier die een wederkerige afhankelijkheid toont: "een gift als antwoord op een gift". In het oude Israël was dit de houding waarmee de hulpbehoevende werd geholpen. Niet 'slechts' uit altruïsme, maar vanuit een voortdurend besef van een ieders afhankelijkheid en hulpbehoevendheid van God. Dit was dan ook de basis voor het gebod dat bij de oogst de hoeken van het veld niet afgemaaid mochten worden (Leviticus 19:9). In het Nieuwe Testament wordt deze ethiek van 'geven in afhankelijkheid' verwoord in 1 Johannes 4:10,11: "Hierin is de liefde, niet dat wij God liefgehad hebben, maar dat Hij ons lief heeft gehad, en Zijn Zoon gezonden heeft tot een verzoening voor onze zonden.



Geliefden, indien God ons alzo lief heeft gehad, zo zijn ook wij schuldig elkander lief te hebben”.

### Conclusie

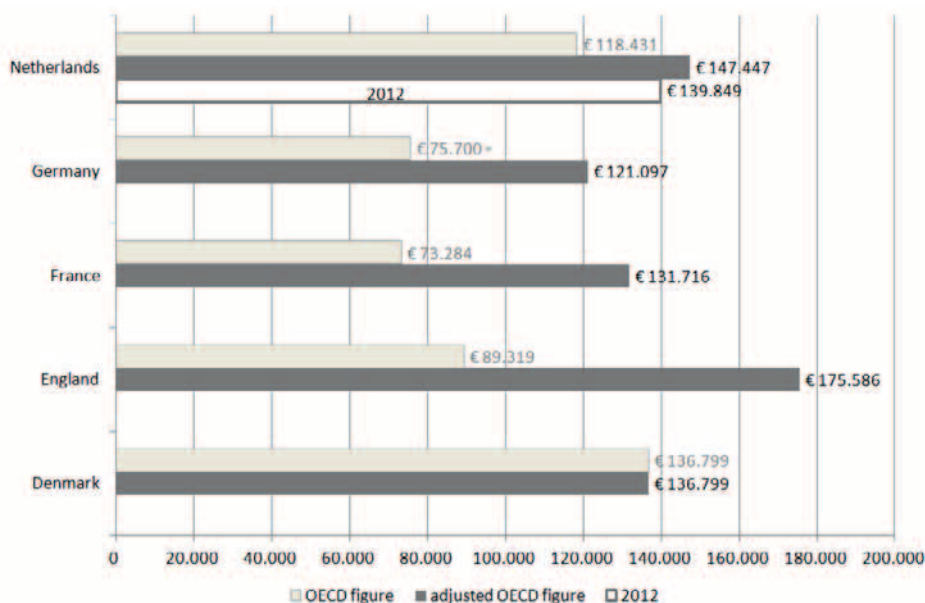
De bezoldiging van medisch specialisten is geen eenvoudig dossier. Artsen hebben grote verantwoordelijkheden die vaak gaan over leven en dood. Er is sprake van een lange opleidingsperiode en ook van schaarse kennis. Daar staat tegenover dat voor andere verantwoordelijke functies in het publieke domein normen aan inkomens gesteld zijn en dat opleidingen vaak ook (deels) publiek gefinancierd worden, evenals veel onderzoek.

Natuurlijk mogen (of zelfs: moeten) artsen ondernemen. Immers: marktmechanismen helpen het beste te halen uit een met schaarse middelen bedeelde gezondheidszorg.

Daarbij is het van belang dat betaald wordt voor datgene 'waar we veel van willen hebben'. Dat zijn geen behandelingen, maar dat is gezondheid. Een goed basisinkomen, aangevuld met variabele beloning naar de mate van gerealiseerde gezondheidswinst in relatie tot de gemaakte kosten lijkt dus voor de hand te liggen.

Indien artsen dit doen vanuit de 'ethiek van het convenant', dan ondernemen zij in dienst der genezing. ■

Bruto inkomen (fte/jaar) medisch specialisten in loondienst in 2009



### Bronvermelding en noten:

Op de website [www.cmf-nederland.nl](http://www.cmf-nederland.nl) staan de complete literatuurverwijzingen

# Van de bestuurstafel

PAUL LIEVERSE, voorzitter CMF-nederland



## Activiteiten

In deze 'Van de bestuurstafel' noemen we een aantal grotere activiteiten waar CMF een aandeel in heeft. We noemen ze in chronologische volgorde.

### Congres Jouw geloof in Zorg! op 4 oktober

Wat maakt het bijzonder om als belijdend christen in de gezondheidszorg actief te zijn?

Hoe kun je met alle veranderingen die op je afkomen geloof blijven houden in de zorg?

Om antwoorden te zoeken op deze en andere lastige vragen geven we ons jaarlijks congres dit jaar het thema mee 'Jouw geloof in zorg!'.

#### Voor wie?

Of je nu verzorgende of arts bent, röntgenlaborant of medisch secretaresse, fysiotherapeut of bestuurder, je bent van harte welkom. Verschillende beroepsgroepen met verschillende achtergronden en twee belangrijke elementen die ons samenbinden: liefde voor God en liefde voor de zorg. Dit congres wil ruimte bieden om te spreken over hoe je de oneindige liefde van God ervaart en hoe je vanuit dat geloof met collega's en patiënten kunt delen.

#### Een congres voor jou!

Het congres 'Jouw geloof in zorg' is de plek om op adem te komen, inspiratie met anderen te delen, en je te laten verrassen door de inspiratie van de ander. De organisatoren hopen dat het niet bij dat ene contact op 4 oktober blijft. Naast de contacten die ontstaan, waardoor we elkaar tot zegen kunnen zijn, zijn er ook ideeën hoe het daarna verder kan. Tijdens het congres hoor je daar meer over... Mensen met een uiteenlopende achtergrond werken eraan mee, zoals Ine Voorham, Leger des Heils, en Piet Verhagen, psychiater.

#### Dit mag je niet missen!

Jij mag niet ontbreken, omdat er voor jou interessante en inspirerende momenten zijn.

Jij mag niet ontbreken, omdat jij het voor de ander interessant en inspirerend maakt.

Naast inspirerende sprekers, leuke workshops, interactie met elkaar is er een uitgebreide lunch, koffie, thee en aan het eind een moment om niet snel te vergeten.

Alle info vind je op [www.geloofinzorg.nl](http://www.geloofinzorg.nl) en wees snel, want het is al bijna zo ver.

### Najaarsconferentie op 16 november met bijzondere inleiders

Inmiddels zijn de details bekend van onze Najaarsconferentie. Het thema is *Medische carrière: tandje hoger toontje lager?* en zal gaan over zaken als carrière, combineren werk en privé, burn-out en hoe je ertegen te beschermen, en met name hoe daar als christen mee om te gaan.

Maar zelfs als het thema u niet direct zou aanspreken, zijn er andere redenen om te komen. De conferentie is hét platform om andere christen collega's te ontmoeten voor het uitwisselen van ervaringen en ter bemoediging. En daarnaast zijn deze keer de inleiders wel heel aantrekkelijk om *life* mee te maken – zie achterzijde van dit nummer!

### Wetenschapsdag en Seminar in voorjaar 2014

Op dit moment is CMF Nederland in overleg met andere organisaties om aan te haken bij de wetenschapsdag, zoals die de afgelopen jaren door ForumC werd georganiseerd. Onderzocht wordt of dit te verbreden is door christelijke verenigingen van historici, juristen, enzovoorts, mee te laten doen – en ja, dus ook artsen. Ook wordt er gedacht over een symposium of seminar rond bepaalde medisch-ethische thema's. Mogelijk wordt dit wat kleinschaliger dan een conferentie, zodat er meer discussie of debat mogelijk is.

Uiteraard zullen we u op de hoogte houden van de voortgang op deze terreinen. We maken hiervoor ook steeds meer gebruik van Twitter en diverse Facebook pagina's. Tip: ga ons op deze social media volgen! Dat zijn op Twitter @CMF\_NL en op Facebook [www.facebook.com/CMFnl](http://www.facebook.com/CMFnl) en [www.facebook.com/groups/175510039164853](http://www.facebook.com/groups/175510039164853) (de laatste speciaal voor studenten). Maar informatie inwinnen kan voor u als lid ook altijd via ons kantoor, [info@cmf-nederland.nl](mailto:info@cmf-nederland.nl), waar Rinck Smits voor beantwoording zorgt.

Alvast vooruitlopend op het thema van de Najaarsconferentie mogen we elkaar voorhouden dat het legitiem is om hoge doelen te stellen, een carrière te begeren, daar een roeping in te ervaren. *Dit is een betrouwbare woord: als iemand verlangen heeft naar het ambt van opziener, begeert hij een voortreffelijk werk* (1 Timotheüs 3, 1 HSV). ■



# CONGRES GELOOF IN ZORG!

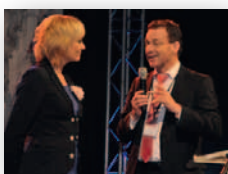
JOUW GELOOF IN ZORG!

VRIJDAG 4 OKTOBER  
LANDGOED ZONHEUVEL, DOORN

VOOR ALLE  
CHRISTENEN  
IN DE ZORG

[www.geloofinzorg.nl](http://www.geloofinzorg.nl)

INSPIRERENDE SPREKERS UIT DE ZORG • WORKSHOPS • ONTMOETING • BEMOEDIGING • SAMEN ZINGEN



U bent christen en u werkt in de zorg? Kom dan dit najaar naar het vierde congres 'Geloof in Zorg!' van stichting Christen in de Gezondheidszorg. Een plaats om geïnspireerd, gemotiveerd en bemoedigd te worden en andere christenen uit de zorg te ontmoeten. Het congres is voor christenen die werken op alle plekken in de gezondheidszorg en die binnen hun professie de christelijke identiteit willen uitdragen.



NOTEER  
IN JE  
AGENDA!

Dit congres bevat wederom een breed scala van sprekers uit de zorg. Daarnaast kunt u interactieve workshops volgen en is er uiteraard ruim tijd voor ontmoeting.

Komt u ook naar het congres op 4 oktober?

*U bent van harte welkom!*

Wilt u op de hoogte blijven van het laatste nieuws? Volg ons dan op:



Geloof-in-zorg



@GeloofInZorg



[geloofinzorg.blogspot.com](http://geloofinzorg.blogspot.com)



CHRISTEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

[www.geloofinzorg.nl](http://www.geloofinzorg.nl)



# Meditatie CMF Engeland

ANNET BOS-VAN DE BEEK

Doctor's Life Support is een (Engelstalig) Bijbels dagboek speciaal voor dokters. Het is geschreven door leden van ICMDA uit verschillende landen. In IDDG zullen we een aantal keer een overdenking uit dit dagboek plaatsen. Op de website van CMF kunt u, als u dat wilt, elke dag het stuk van die dag lezen. Ook is het mogelijk het dagboek via het CMF-kantoor te kopen. Met de link [www.cmf.org.uk/doctors/devotion.asp](http://www.cmf.org.uk/doctors/devotion.asp) komt u op de meditatie voor vandaag. De overdenkingen zijn ook dagelijks als podcast te beluisteren zijn via [www.cmf.org.uk/media/](http://www.cmf.org.uk/media/) en worden door CMF-leden wereldwijd voorgelezen.

## Doctor's Life Support

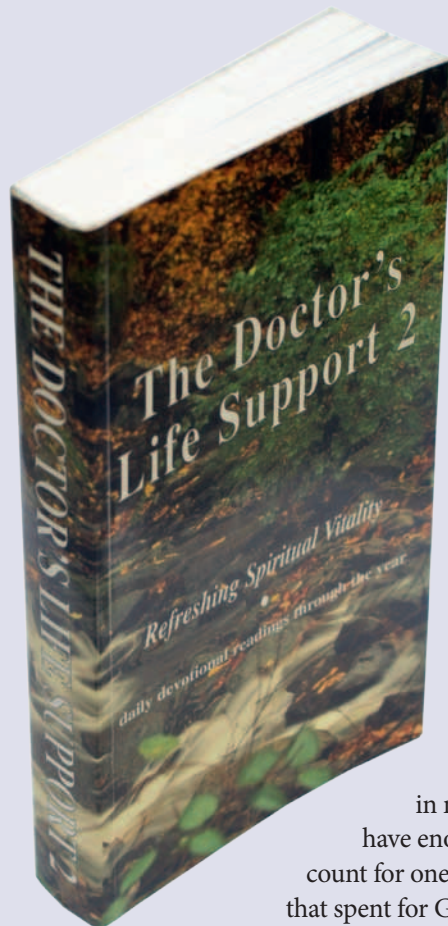
### What is Enough?

*There is great gain in godliness with contentment.*

*1 Timothy 6:6*

God promises that the needs of his children will be met. But wants have a habit of becoming needs, and luxuries necessities. It may well be right to have a life-style commensurate with our professional status. It is right and responsible to make provision for our dependents (1 Tim 5:8), but hoarding 'to be on the safe side' can insidiously grow out of all proportion; as Dr John White observes, we say that we only want enough, yet with the years enough is constantly redefined.

'Money is not evil but dangerous.' 'The rich fool was not a fool for harvesting abundant crops. He was a fool for letting his crops fill his horizon and determine his life-style' (The Golden Cow, John White). The preacher of Ecclesiastes certainly knew about its dangers. The problems of plenty are as great as those of want (Ec 5:10-16). Money accumulating in the bank is no good to anyone (v11), and hoarding only damages the hoarder (v13). The more we have the more we want (V10). Priding ourselves on our pious disregard of



'terms and conditions', we are only too glad if others negotiate them favourably for us. The more we have the more we find to spend it on (v11) -- a sort of 'Parkinson's law' -- and wealth, far from easing our worries often robs us of our peace (v12).

What a tragedy if, in seeking financial security for ourselves and our families, we rob our children of the chance to prove the faithfulness of God on whom we profess to be dependent.

Should we then despise money? Should we get rid of it all as evil? As a relatively well paid profession we cannot opt out of our stewardship. God has infinite resources, but he usually dispenses them via the Christian pocket. Perhaps some in missionary service can hardly be said to have enough! It is a salutary exercise to keep account for one week of money spent for ourselves and that spent for God.

Lord, who has given us richly all things to enjoy, touch and control our pockets as well as our hearts, so that our commitment to you may involve all that we have as well as all that we are.

Further reading: 1 Tim 6:17-21

15 juli 2013 ■

# Boekrecensie

ELINE STAM-ZWEMER is arts bij Eleos

## Impact van suïcide

Er verschenen recent twee boeken over de impact die suïcide op mensen kan hebben.

Het eerste betreft 'Impact van suïcide op GGz-medewerkers'. De auteur van dit boek, Floris Bijlsma, is werkzaam als teamleider op een gesloten afdeling voor psychiatrie. Hij heeft 21 medewerkers in de GGz geïnterviewd over suïcides, die ze op het werk hebben meegemaakt, en de impact die dat op hen had.

Het resultaat is een serie uitgebreide en openhartige verhalen, waarbij de geïnterviewde vertelt in welke relatie hij/zij stond tot de patiënt die zich suïcideerde, en wat de impact van zo'n suïcide op hem/haar persoonlijk was. Ook geven de geïnterviewden aan of er opvang was voor henzelf, en of dat voldoende was.

Helder komt in de ervaringsverhalen naar voren, dat de impact van een suïcide op het team van hulpverleners groot is. Vaak komt er een schuldvraag om de hoek kijken: heb ik wel goed gehandeld? Had ik het niet kunnen voorkomen? In sommige instellingen is een opvangteam beschikbaar voor medewerkers. De meeste medewerkers, die actief benaderd werden door een opvangteam, gaven aan hier een stuk erkenning in te vinden.

Na de interviews volgen een aantal hoofdstukken, geschreven door verschillende specialisten, die ieder vanuit hun vakgebied een thema rakend aan suïcide bespreken: trauma en impact, rouw, opvang na suïcide, opvang van NS-personeel na suïcide op het spoor.

Stuk voor stuk interessante thema's, die wat mij betreft verhoudingsgewijs een groter deel van het boek hadden mogen beslaan.

De interviews zijn namelijk wel interessant, maar vaak ook erg lang en uitgebreid. Dat is een nadeel aan dit overigens waardevolle boekje.

De waarde van het boekje zit vooral hierin, dat helder neergezet wordt dat een suïcide een traumatische gebeurtenis is voor een hulpverlener, en dat goede opvang na een suïcide onmisbaar is. Belangrijk is dat instellingen zich dit realiseren, al kan de uitwerking van de opvang dan verschillend zijn.



Een ander boekje met het onderwerp suïcidaliteit, 'Wat suïcidaliteit met je doet', is geschreven door een oud-collega van mij, Henrike Rebel. Zij is psychiatrisch verpleegkundige en verplegingswetenschapper. Ze heeft een boekje geschreven voor mensen die in hun omgeving suïcidaliteit meemaken. Hiervoor heeft ze vijf diepte-interviews gehouden met ervaringsdeskundigen:

vier met mensen, die zelf psychiatrisch patiënt zijn en een suïcidale periode hebben doorgemaakt, en een interview met een echtpaar dat twee zoons verloren heeft door suïcide. Deze interviews maken helder wat suïcidaliteit betekent voor de patiënt zelf en voor zijn omgeving.

Het tweede deel van het boek heeft een meer wetenschappelijk karakter: er worden cijfers genoemd over het voorkomen van suïcide, verschillende oorzaken van suïcidaliteit en beschermende factoren. Een apart hoofdstuk is gewijd aan suïcide bij jongeren, omdat onder hen de afgelopen jaren suïcide als doodsoorzaak is toegenomen. Ook de behandeling van suïcidaliteit, en het omgaan met suïcidale klachten door patiënten zelf en hun omgeving worden beschreven.

De christelijke achtergrond van de schrijver komt duidelijk naar voren in de hoofdstukken over hulp bij zelfdoding, en suïcidaliteit en geloof. Hierin worden dilemma's op een heldere manier en vanuit een duidelijk christelijke visie beschreven.

Dit boek is een aanrader voor (christen-) medewerkers in de GGz, om de suïcidale patiënt en zijn familie op een goede manier te kunnen begeleiden.

### Naar aanleiding van

*Floris Bijlsma. De invloed van suïcide op GGz-medewerkers. Uitg. van Gorcum, 2012 / 292 pagina's / ISBN 9789023250630 / €42,50.*

*Henrike Rebel. Wat suïcidaliteit met je doet. Uitg. Boekencentrum, 2012 / 228 pagina's / ISBN 9789023926528 / €12,90 ■*



# Boekrecensie

ERIC BAC is huisarts in Waddinxveen

## Strijdlied

Bep, de moeder van schrijfster Noor Tjallingii, werd in 1908 geboren en overleed in 2007. De titel van het boek komt van de (socialistische) strijdlieparen die bij Beps ouders werden gezongen. Het lied en het strijden zijn twee belangrijke en steeds terugkerende thema's in het boek.

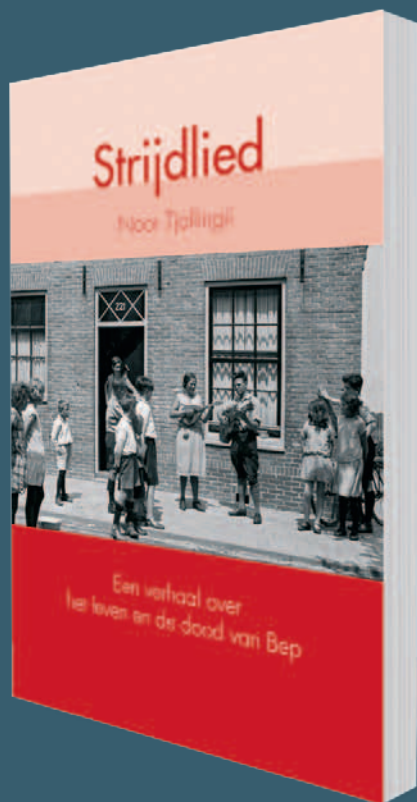
Een belangrijke gebeurtenis uit Beps kinderjaren was de (aanvankelijk niet onderkende) polio op 4-jarige leeftijd wat heeft geleid tot een blijvende handicap. Zo kon zij niet meedoen met allerlei spelletjes, waardoor eenzaamheid een thema in haar leven werd. Ook haar sterke, eigenzinnige en strijdbare karakter vindt hierin zijn oorsprong.

Vanaf haar 15<sup>e</sup> jaar raakte Bep betrokken bij de zogenoemde Mokergroep, een revolutionaire groep jongeren. Zij kreeg een relatie met de voorzitter Ger van Houten maar vlak voor hun trouwen werd hij veroordeeld voor het bezit van valse fietsplaatjes.

Na zijn vrijlating gingen zij hun weg als reizende muzikanten door Europa. Later woonden zij op een verschillende plaatsen tot zij een lege woning in Blaricum 'kraakten'. Zij benaderden de eigenaar en konden dit huis huren. Bep bleef hier meer dan 70 jaar wonen. Ger verongelukte in 1952, maar Bep kon zijn overlijden niet verwerken. Zij praatte met niemand over het verlies en het verdriet. De oudste dochter zegt later: 'het niet kunnen delen van het verdriet maakte ons elk apart eenzaam'. Bep knokte, haalde een diploma voor pedicure en kon zo net het hoofd boven water houden met haar 3 kinderen.

In het boek staan een aantal situaties die inzicht geven over hoe Bep in het leven staat. Zij wilde niet naar een gespreksgroep over wat je van lijden zou kunnen leren. *Lijden levert geen winst op, lijden loutert niet*, aldus Bep. Nadat alle kinderen uit huis waren gegaan, trad een periode op waarin eenzaamheid een grote rol speelde. Later beschrijft ze deze periode als 'een hel'.

Het zelfgekozen levenseinde komt twee keer aan de orde. Bep zegt ergens in het boek: *Ik had al eens gedacht: 'Als er weer oorlog komt, stap ik er uit'.* Maar



*dat kan een mens eigenlijk alleen als hij los is van alle banden.* De schrijfster denkt dat, naast de angst voor geweld, toch ook juist strijdbaarheid een rol heeft gespeeld in haar suicideplan. In 1949 koos Beps moeder voor de dood (door gasvergiftiging) nog geen jaar na een hersenbloeding. Er lijkt een parallel met het suicideplan van Bep tijdens de oorlogsdagen; voor beiden leek een bestaan zonder vrijheid ondraaglijk.

Bij de fysieke achteruitgang maakte Bep gebruik van hulpmiddelen die haar in staat stelden zelfstandig te blijven: driewieler in plaats van fiets en later een scootmobiel. De rolstoel, waarbij anderen stuurden, kon zij moeilijk aanvaarden. *Voor Bep was zelfstandigheid van levensbelang.*

Bep ging dementeren en het thuis functioneren werd ernstig bedreigd. Bep had altijd aangegeven nooit naar een verpleeghuis te willen. De kinderen stonden voor een dilemma: over haar grens gaan of haar thuis laten en hopen dat zij kwam te overlijden voordat het echt helemaal vast liep.

Tijdens een ziekenhuisopname na een val ging het hard achteruit. Zij stopte met eten en de kinderen bespraken met de huisarts de mogelijkheden van het begeleiden van het versterven in de thuissituatie. Thuisgekomen begint zij echter weer te eten. *Thuis was zij niet terminaal en het lukte het niet extra hulp te krijgen die het ons mogelijk had gemaakt de zorg thuis langer vol te houden. Tegelijk waren wij er vrij zeker van dat ze snel terminaal zou worden als ze naar een verpleeghuis zou moeten.*

Toen het moment van opname toch kwam, bleek dit scenario uit te komen; Bep at en dronk nauwelijks meer en overleed binnen drie weken. De schrijfster meldt: *Was het*



*weigeren van voedsel haar keuze? Bep was niet meer in staat om een balans op te maken, een besluit te nemen en dat uit te voeren. In die rationele zin was versterven niet haar keuze. Ik ben er echter van overtuigd dat haar weigering van voedsel een krachtige uiting was van de sterke eigen wil van deze wilsonbekwame vrouw, van haar wens in deze omstandigheden niet verder te leven.*

In het laatste deel van het boek gaat de schrijfster in op euthanasie bij dementerenden. In de euthanasiewet wordt ruimte gegeven voor de arts om gevolg te geven aan een verzoek tot levensbeëindiging op basis van een eerder (schriftelijk) geuite wil. Toch worden in dit boek ook haken en ogen besproken: '... Dan begrijpen ze dus ook niet waarom een dokter hun een dodelijk drankje of een dodelijke injectie zou geven. De kans dat ze gaan tegenstribbelen is niet denkbeeldig'.

Over het 'ondraaglijk lijden' uit de zorgvuldigheidscriteria citeert de schrijfster: 'de mens lijdt het meest aan

het lijden dat men vreest'. Valt deze vrees voor de toekomst onder het ondraaglijk lijden?

Het boek leest gemakkelijk. Er staan veel gebeurtenissen en citaten in die uitlokken tot overdenking. Het boek beschrijft veel schokkende, maar ook grappige en herkenbare gevolgen van dementie. En ook confronterende spiegels van hoe het in de zorg kan gaan! Al deze dingen maken het boek zeer lezenswaardig. Ik ervaar de leegte in het boek als schokkend. Zonder God lijkt er geen uitweg in het ouder, zwakker en eenzamer worden.

---

*Naar aanleiding van*

*Strijdlid. Noor Tjallingii. Uitgeverij Mijn Eigen Boek, Amsterdam, 2012 / 325 pagina's / ISBN9789051799989 / € 19,90 ■*

## Boekrecensie

RIEN TEN BRINKE is AIOS psychiatrie

# Wat depressie met je doet

'Wat depressie met je doet' is een deel in de serie 'Wat ... met je doet'. In de andere delen worden onder andere burnout, angst en alcoholproblematiek besproken. De auteur geeft aan dat het niet in de eerste plaats gaat over depressie als ziekte met bepaalde symptomen, maar vooral over de betekenis van depressie in het leven van mensen. De persoonlijke kant van het boek wordt direct duidelijk: in het eerste deel worden vijf interviews met patiënten weergegeven, waarin hun persoonlijke verhalen voor het voetlicht worden gebracht.

In het tweede deel wordt ingegaan op diverse vragen rondom depressie. Allereerst staat de auteur stil bij het leed van depressie. Het valt op dat hij naast de patiënt gaat staan, onder andere door de wij-vorm te gebruiken. Vervolgens is de vraag aan de orde of depressie wel een echte ziekte is. Zowel de relevantie van deze vraag als het antwoord erop - een duidelijk 'ja' - worden goed onderbouwd besproken. Het volgende hoofdstuk gaat in op het verschil in kwetsbaarheid voor het krijgen van deze ziekte. Ook de behandeling krijgt een belangrijke plaats, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen 'pillen, praten en doen'. In begrijpelijke taal wordt de lezer geïnformeerd over de huidige

inzichten. Hoewel het boek geen uitgebreide wetenschappelijke verhandeling is, blijft het ook zeker niet oppervlakkig en de lezer kan desgewenst in aparte grijze vlakken verdiepende informatie vinden.

De relatie tussen depressie en geloof wordt besproken aan de hand van vragen als: 'maakt depressie ongeloofig?', 'maakt geloof depressief?', maar ook: 'is suïcide een (onvergeeflijke) zonde?'. Bij het behandelen van deze vragen geeft de auteur blijk van een heldere, Bijbelse visie, zonder gemakkelijke antwoorden te willen geven. Erg mooi is dat door het hele boek compassie voelbaar is met de patiëntengroep waarover en waarvoor het geschreven is.

---

*Naar aanleiding van*

*Arie Jan de Lely. Wat depressie met je doet. Uitg. Boekencentrum, aug.2012 / 156 pagina's / ISBN 978 90 239 2150 9 / € 15,90 ■*



Onlangs verscheen van artsenorganisatie KNMG het standpunt *Medische beslissingen rond het levenseinde bij pasgeborenen met zeer ernstige afwijkingen*. Hierin geeft de KNMG handvatten aan artsen hoe te handelen als verder behandelen bij een baby medisch zinloos is geworden. Doel is 'het besluitvormingsproces van artsen over het levenseinde van zieke pasgeborenen inzichtelijk voor ouders en samenleving te maken' en om duidelijk te krijgen 'wat zorgvuldig medisch handelen rond het levenseinde inhoudt'.

# Lijden bij levensbeëindiging van pasgeborenen

## Over wie gaat het?

Het rapport roept diverse vragen op. Om te beginnen is niet op voorhand duidelijk over welke groep pasgeborenen het gaat. Aan de ene kant lijkt het te gaan over kinderen die toch niet meer 'te redden zijn': medici hebben wel een behandeling ingezet in de hoop dat het kind er uiteindelijk bovenop zou komen, maar de behandeling is ineffectief en zinloos. Het kind zal sowieso overlijden en de vraag van het rapport is: mogen wij dat overlijden versnellen?

Aan de andere kant lijkt het over een grotere groep kinderen te gaan: kinderen namelijk bij wie de behandeling *wel* is aangeslagen en die (min of meer) zelfstandig kunnen overleven, maar die een leven van ernstig lijden tegemoet gaan. Hier is dus een situatie zonder actuele stervensfase. Op die laatste groep komen wij aan het slot van dit artikel nog terug.

## Spierverslappers

In dit artikel gaan wij ervan uit dat het KNMG-standpunt zich tot de eerste categorie beperkt: kinderen die feitelijk al stervende zijn, of kinderen met een zo geringe levenskans en die zo ernstig lijden dat doorbehandelen alleen maar lijden en ellende toevoegt. De beslissing om het kind niet te behandelen is al genomen (of je die beslissing nu billijkt of niet), het kind

zal onherroepelijk sterven. Over deze groep patiëntjes zegt het standpunt het volgende: 'Een te langdurig stervensproces waarbij het gaspen (= naar adem happen) aanhoudt kan bij de ouders ernstig lijden veroorzaken en kan een gerechtvaardigde reden zijn om het leven opzettelijk te beëindigen'. De commissie beargumenteert dit onder andere met de opmerking dat 'Het rekening houden met het lijden van de ouders en het lijden dat zij aanwezig achten te zijn bij hun kind mogelijk kan bijdragen aan hun rouwverwerking'. Concreet denkt de KNMG hier bij levensbeëindiging aan het toedienen van spierverslappers die het ademen onmogelijk maken. Nu worden bij heel kleine baby's buiten de stervensfase wel vaker spierverslappers toegediend, bijvoorbeeld wanneer hun eigen beperkte ademhaling de werking van de beademingsmachine verstoort of om doorgaande epileptische aanvallen te stoppen. Wordt de beademing uitgezet om het kind te laten sterven, en tegelijkertijd gestopt met het toedienen van de spierverslappers, dan kan het echter zijn dat het kind alsnog gaat ademen. Voortgezette toediening van spierverslappers zou in die gevallen voorkomen dat een kindje lange tijd naar adem blijft happen. Kreeg een kind eerder geen spierverslappers toegediend, dan kan volgens de KNMG ook in die gevallen soms besloten worden om spierverslappers



*De KNMG zou er goed aan doen om het lijden van de ouders als zelfstandige overweging uit het rapport te schrappen*

toe te dienen in de stervensfase. Hier is de verbinding tussen de toediening van dit middel en de intentie om het leven te beëindigen nog directer en is melding dus nog belangrijker.

Het toedienen van spierverslappers is waarschijnlijk een praktijk die al langer gebeurde maar aangemerkt werd als een vorm van stervensbegeleiding en dus niet als levensbeëindigend handelen. In het huidige rapport wordt deze praktijk openlijk benoemd en als uiterst middel gerechtvaardigd geacht. In die zin is het rapport een waardevol voorbeeld van de transparantie waar we in Nederland zo trots op zijn.

## *We moeten niet doen alsof er tussen beslissingen rond het levenseinde bij pasgeborenen en die bij ouderen geen enkele parallel zou bestaan*

### **Het lijden van de ouders**

Waardevol in het rapport is ook dat gepleit wordt voor een goede voorbereiding en begeleiding van ouders op het aanstaande overlijden en stervensproces. De situaties waar het hier over gaat, zijn voor ouders doorgaans buitengewoon tragisch en droevig. Toch bleef kritiek niet uit. In *Trouw* van 28 juni noemde voorzitter Wilma Duijst van het Forensisch Medisch Genootschap het een brug te ver dat het lijden van anderen, namelijk de ouders, mee mag wegen bij het actief beëindigen van een leven. Het zou een veel

breder discussie openen of lijden van de familie en naasten (bijvoorbeeld bij volwassenen met dementie of comateuze patiënten) mag meewegen in een besluit tot levensbeëindiging. Ook NPV directeur Ruth Seldenrijk gebruikte dit hellend vlak argument in een eerste reactie.

Nu is het natuurlijk de vraag wat we bedoelen met 'het lijden van de ouders'. Ten eerste kunnen ouders lijden omdat zij het *kind* zien lijden. Daar kun je verschillende vragen bij stellen: op grond van welke verschijnselen weet men dat het kind inderdaad lijdt?

Zijn ouders voldoende toegerust om verschijnselen goed te kunnen interpreteren? En een vraag daarvoor: hoe zeker kunnen artsen bij pasgeborenen met zeer ernstige afwijkingen lijden objectiveren? Op dit punt verschillen deskundigen nog sterk van mening en dat komt onvoldoende terug in het standpunt. Hoe dan ook, je kunt in dit geval nog steeds zeggen dat de basis voor de beslissing ligt in het lijden van het kind.

Maar het kan, ten tweede, ook zijn dat het kind nauwelijks of niet lijdt (bijvoorbeeld omdat het comateus

>>



is) maar dat de ouders het trage stervensproces of bepaalde verschijnselen niet meer kunnen aanzien en er dus vooral of uitsluitend zélf onder lijden. In dat geval is het lijden van de ouders de primaire, en volgens het rapport een gerechtvaardigde, reden voor de actieve levensbeëindiging.

Met de ruimte die het rapport laat voor deze laatste mogelijkheid wordt ons inziens wel een lijn gepasseerd. Of hier een term als 'het hellend vlak' op zijn plaats is, valt nog te bezien. Maar we moeten ook niet doen alsof er tussen beslissingen rond het levenseinde bij pasgeborenen en die bij ouderen geen enkele parallel zou bestaan. Ook bij andere patiënten kan een ziekte- en stervensproces dermate lang duren dat familieleden hierdoor getraumatiseerd dreigen te raken. Een euthanasieverzoek bij bijvoorbeeld kankerpatiënten is

## *Het maximale comfort van het kind zelf dient in het middelpunt van de overwegingen te staan*



in nogal wat gevallen mede ingegeven door de wens om de naasten een langdurig sterfbed te besparen. Ook komt het voor dat mensen palliatieve sedatie weigeren omdat zij niet willen dat hun familieleden dan met een onvoorspelbaar lang sterfbed worden geconfronteerd. Inderdaad is ook de vrees van critici niet helemaal uit te sluiten dat bij bijvoorbeeld dementerenden en comateuze patiënten in een terminale fase de toediening van een euthanaticum een klein duwtje kan zijn om de naasten voor een mentale collaps te behoeden. Hoe begrijpelijk ook, die weg moeten we niet op gaan. De KNMG zou er goed aan doen om het lijden van de ouders als zelfstandige overweging uit het rapport te schrappen. Het maximale comfort van het kind zelf dient in het middelpunt van de overwegingen te staan.

### **Die andere groep....**

Zoals gezegd gaat dit rapport over een heel kleine groep kinderen. De belangrijkste vragen op het gebied van levensbeëindiging bij pasgeborenen liggen bij die gevallen waarbij kinderen niet in de stervensfase zijn: 'kinderen die niet sterven, maar wel ondraaglijk lijden' en waarbij over levensbeëindiging wordt gesproken. Ook in deze groep zijn er die grote controversen over wat dan ondraaglijk is (en wat daar aan gedaan kan worden), hoe lijden omschreven en gemeten kan worden, en welke rol toekomstig lijden of toekomstige kwaliteit van leven speelt bij beslissingen over leven en dood. Onze indruk uit de huidige discussie is dat die twee kampen nog onvoldoende met elkaar in gesprek zijn. Het zou goed zijn om toekomstige commissies breder samen te stellen wanneer zij adviseren over deze problematiek.

*Dr. D. Mul is kinderarts in Den Haag en lid van CMF Nederland, Dr. T.A. Boer is universitair docent ethiek bij de Protestantse Theologische Universiteit en lid van diverse (medisch-)ethische commissies.*

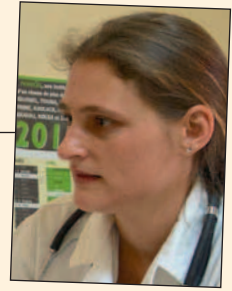
*Van hun hand verscheen eind 2012 in de Lindeboomreeks het boek Goede zorg. Christelijk geïnspireerde ethiek van geval tot geval (Amsterdam: Buijten en Schipperheijn (ISBN 9789058 816818).*

*Zie voor het besproken standpunt: [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl)*

Bronvermelding:  
Nederlands Dagblad, 4 juli 2013 ■

# Dokter in Dakar

TABITHA KIEVIET-VAN IMMERZEEL is tropenarts in Dakar (Senegal)



Malick, een oude, magere man wordt binnengebracht in mijn spreekkamer. Totaal verzwakt en uitgedroogd door diarree. Zelfs zijn prachtige traditioneel Senegalese gewaad kan zijn ziekte niet verbergen. Een enorme tas met medicijnen met daarbij een pakket aan papieren van eerdere medische bezoeken worden door zijn dochter op mijn bureau uitgesteld. Ze is hoger opgeleid en is in staat de zorg te betalen die haar bejaarde vader nodig heeft. Nodig?

## Marktwerving of misleiding

Uit de papier verzameling maak ik op dat er sprake is van een vergrote prostaat met verdenking op maligniteit. Er is een katheter gegeven, meerdere antibiotica en nog een rits medicijnen. Een oorzaak voor de chronische diarree is niet ver te zoeken. De dochter van Malick vertelt dat hij zo snel mogelijk geopereerd moet worden aan zijn prostaat. In deze toestand lijkt me een operatie niet verstandig. Ik leg dit aan haar uit en benadruk het belang van kwaliteit van leven. Ik kies 3 medicijnen uit de tas waar hij baat bij kan hebben, ORS en een afspraak de volgende dag. Malick en zijn dochter zijn erg dankbaar dat er nu eindelijk naar hen geluisterd wordt. De grote zak medicijnen die achter blijft is mijn winst...

Senegal is een ontwikkelingsland. Er gaan kinderen dood aan ziekten die makkelijk te voorkomen of behandelen zijn. Daar komen mensen graag voor in actie. Zoals president Obama die zojuist een bezoek bracht aan dit land. Hij (met de lokale minster) stelt voor dat zorg voor kinderen onder 5 jaar gratis moet worden. Dat is geweldig nieuws! In veel ontwikkelingslanden zorgen kosten voor gezondheidszorg met regel voor persoonlijke catastrofes. Dat zie ik in de dagelijkse praktijk bij mijn eigen patiëntenpopulatie. Toch denk ik dat er nog wat winst te behalen is op een ander terrein.

“Dit medicijn is erg effectief bij een hoest en kan zelfs aan baby’s voorgeschreven worden”. Ibrahim Sarr is een medicijnvertegenwoordiger. Hij is van de Wolof afkomst, over het algemeen lange mensen met een erg donkere huid en een assertief karakter. Hij is net gekleed en op zijn tablet laat hij een flitsende presentatie zien van zijn product. Het gaat om een combinatiepreparaat van salbutamol, een antihistaminicum en nog iets. Een groot Frans farmaceutisch bedrijf ziet blijkbaar geld in de Senegalees met de griep of verkoudheid. Als ik wat doorvraag over wetenschappelijke onderbouwing krijg ik niet veel respons, wel een brede glimlach.

De meeste basiszorg wordt in Senegal gedaan door



verpleegkundigen en die zijn snel verleid om dergelijke producten voor te schrijven. Het is een warrige chaos van marktwerving en misleiding. De klant is vaak de dupe. In dit geval een laag opgeleide Senegalees met één euro op zak in een wereldstad vol medisch aanbod. Het onrecht zit hem niet alleen in het feit dat mensen arm zijn, maar ook in de uitbuiting van een patiënt die genezing zoekt.

Een groot deel van mijn dagelijks werk bestaat uit het afwegen van kosten en baten naar gelang het budget van de patiënt en deze beslissing samen met de patiënt te nemen. Dit betekent soms geen pathologieonderzoek bij een uitgebreid cervixcarcinoom, geen medicijnen voor een griep en in de meest schrijnende gevallen een enveloppe met geld voor de eerste hulp. Het betekent de patiënt zien in zijn sociaal maatschappelijk toestand, zijn verhaal horen. Het maakt een verschil. Het is een van de redenen waarom we als simpele gezondheidspost een goede reputatie hebben met een onverminderde patiëntenstroom. Marktwerving? ■



# Oor, oog & blik

BAREND FLORIJN

Onvermogen en onmacht. Machteloosheid bij uitzichtloos lijden is voor de arts een ongewenste werkelijkheid. Dit wil je niet. Hoe geef je hoop? Wat kun je doen bij sterven? *Eu thanatos*. Is een goede - dood een actieve handeling? Of biedt palliatief begeleiden een perspectief op iets wat onbegrijpelijk is? Is pijn volledig behandelbaar of onderschatten we pijn?

## ...ik zie iemand, ik zie zie iemand nog één of twee keer, en daarna verdwijnt hij op tragische wijze...<sup>1</sup>

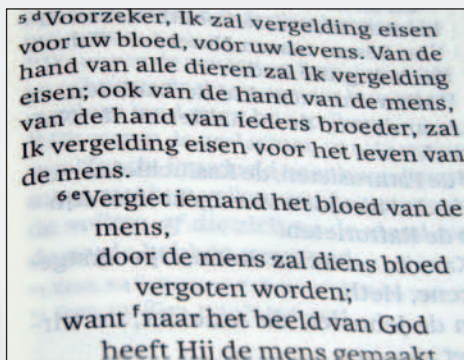
Films als *Amour* en *Il y a longtemps que je t'aime* zijn heel precies als het gaat om de moeilijkheid rondom de ethiek van euthanasie. Handelen met de dood als gevolg bij een geliefde in het geval van *Amour*, of bij een kind in het geval van *Il y a longtemps que je t'aime*. Dit handelen is door een ander dan de betrokkene. Degene die handelt heeft de intentie om de betrokkene te doden. Het motief van de handeling is gelegen in het belang van de betrokkene. En er is een verzoek van de betrokkene.<sup>2</sup>

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden als wettelijke vereisten wordt in Nederland geëist voor levensbeëindigend handelen. Uitzichtloos als een objectief door artsen beoordeeld gegeven. Ondraaglijk als subjectief, een door de patiënt ervaren situatie. Patiënten verschillen onderling in hun draagkracht van lijden. Voor artsen hangt het onder meer af van persoonlijkheid, hun ervaring en de mate waarin zijzelf in staat zijn om hun persoonlijk lijden in hun leven te integreren.<sup>3</sup>

Wat betekent de gift van het leven in Bijbels perspectief? De Naardense vertaling verwoordt in Genesis 9: "...uw eigen bloed, van uw eigen bezielde levens, dat zal ik opeisen, uit de hand van al wat in het wild leeft eis ik het, en uit de hand van de roodbloedige mens: uit de hand van eens mans broeder eis ik de ziel van de roodbloedige mens op..." Het zelfbeschikkingsrecht bij euthanasie stuit hier op een grens. Het kan niet de basis waarop het zich fundeert vernietigen. Het leven maakt zelfbeschikking immers pas mogelijk. De ziel stuit hier de zelfbeschikking.

Maar wat nu als door ondraaglijk lijden het *bezielde leven* niet meer te behandelen is? Overruled de zorgplicht van de arts het gewetensbezwaar van diezelfde arts dan niet? Want wat kun je nog met de ziel in je

dagelijkse praktijk van evidence based, van techniek, het soms *star-mechanische*<sup>4</sup>, en alle andere verantwoordelijkheid? Vraagt het zielsbegrip daarom ons geloof in het debat tegen zelfbeschikking? Is de ziel dan een bruikbare steun voor het gewetensbezwaar?



5d Voorzeker, Ik zal vergelding eisen voor uw bloed, voor uw levens. Van de hand van alle dieren zal Ik vergelding eisen; ook van de hand van de mens, van de hand van ieders broeder, zal Ik vergelding eisen voor het leven van de mens.  
6e Vergiet iemand het bloed van de mens, door de mens zal diens bloed vergoten worden; want naar het beeld van God heeft Hij de mens gemaakt

"Als er geen ziel is, als onze ervaring nergens bevestigt dat er iets dergelijks onderscheiden van het lichaam bestaat, dan resteert het lichaam."<sup>5</sup> Binnen deze moderne (medische?) opvatting is er voor de ziel geen plaats. Plato noemt in de dialoog *Phaedo* de dood de scheiding van de ziel van het lichaam.<sup>5</sup> Wat heeft de moderne dokter daaraan? Misschien geeft

het een beetje hoop bij ondersteuning. Bezieling als medicijn tegen pijn. Kan dat werken? "Vroeger waren mensen gretiger in dit opzicht, of kwistiger. Toen dachten we dat zon, maan, sterren, donderwolken, bomen, planten, vulkanen en zelfs ziektes een ziel hadden. Alles om ons heen zat net zo vol bedoelingen als wijzelf. De wereld keek ons aan."<sup>6</sup> ■

### Noten

1. Reve G, Het boek van violet en dood. Uitgeverij L.J. Veen, Amsterdam 1996. blz. 1
2. ten Have HAMJ, ter Meulen RHJ, van Leeuwen E, Levensbeëindigend handelen in: Medische Ethiek, Bohn Stafleu van Loghum, 2003. blz. 310
3. Eijk WJ, Hendriks LJM, Raymakers JA, Medische zorg rond het levenseinde in: Handboek Katholieke Medische Ethiek, Parthenon, 2010. blz. 409
4. Nietzsche F, Oneigentijdse beschouwingen. Uitgeverij de Arbeiderspers, Amsterdam 2008. blz. 207.
5. Visser G, De bezinning op de dood in de moderne filosofie. Wapenveld 2000; 50(6): 10-15.
6. Keizer B, Bezielde wereld. In: Waar blijft de ziel? Amsterdam 2012. blz. 15



# Studentikoos

JANTINE WOULDSTRA

## Nieuws van het studentenbestuur

Het is weer september, tijd om het studieritme weer op te pakken! Maar na een aantal weken vakantie is de eerste dag studie/co-schap altijd weer even inkomen! Gelukkig is het goede nieuws dat er ook weer een nieuw CMF-jaar voor de deur staat! Een jaar vol verdiepende en gezellige activiteiten en natuurlijk als afsluiter het ICMDA Wereldcongres in Rotterdam. Wij als studentenbestuur hebben er weer zin in komend jaar!

### Fellowship

Dit collegejaar willen we als studentenbestuur de onderlinge 'fellowship' versterken! Kom gerust eens naar een kringavond of een thema-avond in één van de studentensteden! Of maak eens kennis met CMF-ers uit heel Nederland tijdens de Najaarsconferentie (16 november) of tijdens het Studentencongres (31 januari - 2 februari)! Noteer deze data alvast in je agenda! En zie voor andere data de agenda op [www.cmf-nederland.nl](http://www.cmf-nederland.nl)

### Studentencongres in nieuw jasje

De congrescommissie is alweer druk aan de slag met de voorbereidingen voor het nieuwe studentencongres. Het thema houden we nog even geheim, wel kunnen we alvast verklappen dat we een nieuwe locatie hebben en ook de opzet van het congres in een nieuw jasje is gestoken! Meer details volgen de komende maanden! Houdt voor updates de nieuwsbrief, de website en facebook in de gaten! Krijg je de nieuwsbrief van CMF-studenten nog niet? Meldt je dan aan via [studentenwerker@cmf-nederland.nl](mailto:studentenwerker@cmf-nederland.nl)

### Organisatietalent gezocht

Naast deelnemen aan een CMF-activiteit is het ook heel leuk om iets te organiseren binnen CMF. We zijn altijd op zoek naar talent! Lijkt het je leuk om betrokken te zijn in je eigen studiestad of lijkt het je leuk om deel te nemen aan het landelijke studentenbestuur? Mail voor meer informatie: [studentenwerker@cmf-nederland.nl](mailto:studentenwerker@cmf-nederland.nl)

*Hartelijke groeten, namens het hele studentenbestuur  
Jantine Woudstra, CMF-studentenwerker ■*



Dag allemaal,  
In 2011 ben ik begonnen als studentenwerker voor CMF. Een functie waarin ik veel verschillende dingen heb gedaan en geleerd en velen van u ook heb ontmoet op een conferentie of elders. Na zo'n tweeënhalve jaar studentenwerker te zijn geweest, ben ik op 1 september 2013 gestopt met deze taak. Jantine Woudstra heeft begin dit jaar al een groot deel van mijn taken overgenomen en is nu de studentenwerker. Wellicht met gauw weer een tweede studentenwerker aan haar zijde (bij het schrijven van dit stukje is dit nog niet bekend).

Hartelijke groeten, *Annet Bos-van de Beek*

# Agenda

21 SEPTEMBER 2013

### NPV Jongerevent

Thema: Trending topics for life  
Locatie: Nunspeet  
Informatie: [www.npvzorg.nl](http://www.npvzorg.nl)

28 SEPTEMBER 2013

### NPV Jongerevent

Thema: Trending topics for life  
Locatie: Hasselt  
Informatie: [www.npvzorg.nl](http://www.npvzorg.nl)

2 OKTOBER 2013

### NPV Symposium

Thema: Christelijke zorg  
Locatie: Assen  
Informatie: [www.npvzorg.nl](http://www.npvzorg.nl)

3 OKTOBER 2013

### Interserve: Informatieavond over uitzending

Locatie: Amersfoort  
Informatie: [www.interserve.nl](http://www.interserve.nl)

4 OKTOBER 2013

### Congres Geloof in Zorg

Thema: Jouw geloof in zorg  
Locatie: Doorn  
Informatie: [www.geloofinzorg.nl](http://www.geloofinzorg.nl)

16 OKTOBER 2013

### NPV Thema-avond

Thema: Afscheid nemen  
Locatie: Moerkapelle  
Informatie: [www.npvzorg.nl](http://www.npvzorg.nl)

16 NOVEMBER 2013

### CMF najaarsconferentie

Thema: Tandje hoger toontje lager  
Locatie: 't Hoge Licht, Driebergen  
Informatie: [www.cmf-nederland.nl](http://www.cmf-nederland.nl)

30 NOVEMBER 2013

### Thema avond Lucasorde

Thema: volgt  
Locatie: Amersfoort  
Informatie: [www.lucasorde.nl](http://www.lucasorde.nl)

voor meer informatie of activiteiten in Nederland kijk op:  
**[www.cmf-nederland.nl](http://www.cmf-nederland.nl)**

voor internationale conferenties, zie: **[www.icmda.net](http://www.icmda.net)**

# CMF Najaarsconferentie

## *Medische carrière:* **tandje hoger toontje lager?**

Het onderwerp van de conferentie is de thematiek van carrière maken en rekening houden met de eigen krachtbronnen. Daarnaast over hoe burn-out te voorkómen, wat een groot probleem is onder artsen, vooral ook onder arts-assistenten. Verder over het spanningsveld tussen werk en privé, bijvoorbeeld als getrouwde man of vrouw.

### Zaterdag 16 november

't Hoge Licht, Driebergen



Otto de Bruijne



Paul Donders



Esme Wiegman

#### **Sprekers:**

##### **Otto de Bruijne**

*presentator, spreker en kunstenaar*

##### **Paul Donders**

*trainer van xband*

#### **Workshops** (onder andere):

1. Trainen van veerkracht en voorkómen van burn-out o.l.v. een trainer van xband
2. Combineren van medische carrière en zorg voor gezin o.l.v. Hilde Westerman-Dannenberg, chirurg
3. De toekomst van de christelijke zorg o.l.v. **Esme Wiegman**, regiomanager bij de Landelijke Huisartsen Vereniging. Tot voor kort was ze woordvoerder zorg van de ChristenUnie

Voor aanmelding of meer informatie:

**[www.cmf-nederland.nl](http://www.cmf-nederland.nl)**