

Geestelijke verzorging en gezamenlijke besluitvorming

Medisch-technisch gezien is er in ziekenhuizen steeds meer mogelijk. Van een nieuwe heup op je achtentachtigste tot complexe niertransplantaties waar verschillende donoren en ontvangers gelijktijdig bij betrokken zijn. Maar moet je alles willen wat kan?

De geestelijk verzorger is bij uitstek de professional die patiënten kan begeleiden bij ethische en existentiële keuzes rond de behandeling. Hij mag gezien worden als een ethische en spirituele counselor, die de patiënt kan helpen te ontdekken wat hij wel en niet wil en wat hij van zijn arts(en)

verwacht. Hoe verloopt die begeleiding precies, is er een geschikte methodiek en hoe waarborg je gezamenlijke besluitvorming en heldere communicatie?

Dit artikel behandelt het belang van onafhankelijke begeleiding bij ingrijpende medische keuzes waarvoor patiënten en hun ondersteuners zich gesteld zien. Aan de hand van de methode van de Dynamische Oordeelsvorming wordt duidelijk welke rol de geestelijk verzorger kan spelen en hoe hij als ondersteuner en *advocaat* van de patiënt een bijdrage kan leveren aan *gezamenlijke besluitvorming* als voorwaarde voor menswaardige zorg bij ingrijpende medische keuzes.

Aanleiding

In 2008 werd bij mijn moeder eierstokkanker geconstateerd. Na een grote operatie en een aantal chemokuren leek alles onder controle. Een jaar later bleken er toch uitzaaiingen te zijn, ondanks gunstige bloedwaardes. Dit keer was er geen curatieve behandeling meer mogelijk. Met een sterkere chemokuur kon het leven mogelijk verlengd worden. De kans dat ze daarmee nog vijf jaar zou leven was volgens de arts 20%. Mijn moeder moest kiezen: of een nieuwe chemokuur, met nare bijwerkingen en een slechte conditie tot gevolg, of stoppen met behandelen en hopen dat haar nog een goede tijd gegund was.

Na een gesprek met een geestelijke besloot mijn moeder de behandeling te staken en werd palliatief beleid ingezet. Haar oncoloog noemde het een dapper besluit, dat hij zelf ook genomen zou hebben.

Achteraf gezien had iedereen het gevoel dat ze de juiste keuze had gemaakt. Ook haar besluit om tijdens de laat-



Dr. Hugo Remmers

Geestelijk verzorger
Ziekenhuisgroep Twente
Postbus 7600
7600 SZ Almelo
E-mail: h.remmers@zgt.nl

ste fase niet meer te eten en drinken (te versterven), en daarmee het lijden te verkorten, bleek passend bij hoe mijn moeder in het leven stond.

Sinds die tijd realiseer ik mij het belang van onafhankelijke begeleiding bij existentiële keuzes tijdens de behandeling. Wij als kinderen waren niet belangeloos en konden haar niet goed helpen bij het maken van een keuze. De desbetreffende geestelijke daarentegen kon met haar praten over hoe ze in het leven stond, wat haar intuïtie was in dezen en hoe ze dacht over leven en dood.

Expertise geestelijk verzorgers

Geestelijk verzorgers zijn over het algemeen gekwalificeerd om patiënten bij dit soort keuzeprocessen te ondersteunen. Het zijn onafhankelijke gesprekspartners, die vooral goed kunnen luisteren, maar ook mensen bevragen op hun waarden en overtuigingen, op angsten en gevoelens, op wensen en verlangens, op vragen over leven en dood.

De afgelopen vier jaar heb ik mij als geestelijk verzorger sterk gemaakt om de begeleiding bij existentiële keuzes in de behandeling onder de aandacht te brengen van patiënten, naasten, verpleegkundigen, artsen

en paramedici. Met name op de dialyseafdeling, maar ook steeds vaker op andere afdelingen zoals oncologie, worden patiënten gewezen op dit aanbod. Dialysepatiënten hebben, evenals oncologiepatiënten, vaak te

maken met ingrijpende keuzes. Willen zij wel of niet gereanimeerd worden bij een hartstilstand? Willen zij wel of niet in aanmerking komen voor een nieuwe nier? Tot hoever moeten zij doorgaan met behandelen, als de bijwerkingen en risico's van het dialyseren hun tol eisen? Om als geestelijk verzorger patiënten goed te kunnen ondersteunen is nauwe samenwerking met artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en andere zorgverleners essentieel. De geestelijk verzorger hoort,

Voor veel patiënten staan existentiële thema's en ethische dilemma's een medisch ingrijpende keuze in de weg

in dat geval, deel uit te maken van het multidisciplinair overleg en kan desgewenst aanschuiven bij een familiegesprek met een arts. Zodoende krijgt hij een reëel beeld van de situatie en kan hij zijn bijdrage afstemmen met het behandelteam. Ook moet de geestelijk verzorger geschoold zijn op dit gebied. Deskundigheidsbevordering rond morele counseling en Dynamische Oordeelsvorming is daarbij van belang. Dynamische Oordeelsvorming is een beproefde methode uit de wereld van de organisatieadvies, intervisie en mediation. Het blijkt ook geschikt voor de begeleiding van patiënten bij het nemen van een weloverwogen besluit over een behandeling. Het model kan als methodische ondersteuning dienen voor de praktijk van *Shared Decision Making* (SDM), oftewel gezamenlijke besluitvorming. SDM houdt in dat arts en patiënt samen, in goed overleg, tot een beleid komen dat het beste bij de patiënt past. Ook andere disciplines en naasten worden, indien nodig, hierbij betrokken. SDM verkleint zo ongewenste variatie tussen professionals, verbetert de interactie en vergroot de eigen regie van de patiënt, aldus de literatuur (Veenendaal et al., 2013). Het ideaal van SDM wordt breed gesteund door zorgaanbieders, de KNMG

(zie noot 1), de overheid (ministerie van VWS, RIVM: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu), patiëntenorganisaties en verzekeringen. Anderzijds worden er ook steeds meer kritische kanttekeningen gehoord bij het idee van gezamenlijke besluitvorming. Is de patiënt wel zo autonoom als men denkt? Is hij werkelijk in staat om, kwetsbaar en afhankelijk als hij is, weloverwogen besluiten nemen (Struijs, 2014)? Is de medische informatie niet veel te complex en kan de arts niet beter zelf een inschatting maken over de te nemen keuze?

Gezamenlijke besluitvorming bevordert de kwaliteit van de zorg mits de existentiële en ethische overwegingen van de patiënt ook een stem krijgen. Juist vanwege de kwetsbare en afhankelijke positie van de patiënt, die vaak existentieel verward is door de opname of na een slechtnieuwsgesprek, heeft methodische begeleiding door een geestelijk verzorger bij gezamenlijke besluitvorming een meerwaarde. Een geestelijk verzorger is immers bij uitstek een professional die gevoel heeft voor de existentiële- en (zorg)ethische dimensie (zie noot 2) binnen de behandeling en tijdens de opname.

Hij heeft zowel aandacht voor de beleving, de biografie, de spiritualiteit als de zingeving van de patiënt, in de zorgethische context van een ziekenhuisopname.

Hiermee sluiten we aan bij een suggestie uit het ZonMW signalement *Moet alles dat kan?* (Haft, 2013), die de geestelijk verzorger noemt als mogelijke gesprekspartner. Aan de hand van een casus en de methodiek van

de Dynamische Oordeelsvorming werken we uit hoe de geestelijk verzorger deze rol kan invullen.

Casus: het dilemma

Meneer de Klerk is een tengere, eigenzinnige man van 73. Hij oogt als halverwege de zestig. Hij is in 1989 gescheiden en daarna verhuisd vanuit de voormalige DDR naar Nederland. Hij heeft twee dochters en een zoon. Alleen met de jongste dochter, die nog in Oost-Duitsland woont, heeft hij contact. In Nederland heeft De Klerk vooral contact met een buurman. De Klerk heeft hartklachten en hij heeft al een aantal jaar een knieprothese, die los is komen te zitten. Hij heeft er al een jaar last van en wordt doorverwezen naar de orthopedische afdeling van het plaatselijke ziekenhuis. De specialist stelt een relatief eenvoudige operatie voor; met een lang revalidatietraject. Na de operatie ontstaat er een ontsteking in de knie. Hij moet langer in het ziekenhuis blijven en krijgt antibiotica. Op dat moment komt de geestelijk verzorger

in beeld. Nu De Klerk weet dat zijn opname langdurig zal worden vraagt hij om een bezoek van de geestelijk verzorger. Op zijn verzoek is de geestelijk verzorger ook aanwezig bij een aantal gesprekken met de arts en

meneer De Klerk. In een van die gesprekken vertelt de arts dat er nierkanker bij De Klerk is vastgesteld. Er zijn uitzaaiingen gevonden in zijn longen en zijn been. De betrokken internist-oncoloog laat weten dat genezing niet meer mogelijk is. Wel kunnen zog. angiogenese-remmers de groei van de uitzaaiingen remmen. Inname van de angiogenese-remmers zal genezing van de knieontsteking tegenwerken. In dat geval zal meneer De Klerk niet meer kunnen lopen. De internist-oncoloog stelt meneer De Klerk voor een moeilijke keuze: wil hij wel of niet proberen zijn nierkanker te remmen?

Hoe groot de kans is dat de remmers daadwerkelijk een levensverlengend effect zullen hebben, kan de oncoloog niet inschatten. Meneer De Klerk vraagt zich hardop af of hij nog wel wil doorleven met dit perspectief. Hij overweegt euthanasie.

Dynamische Oordeelsvorming

Om De Klerk te ondersteunen bij zijn keuze werkt de geestelijk verzorger met het model van Dynamische Oordeelsvorming. Het model beschrijft hoe mensen individueel of in groepen kunnen komen tot gefundeerde oordelen en weloverwogen besluiten (Broek, 2014). Het model geeft alle aspecten van menselijke overwegingen in het besluitvormingsproces een plaats: feiten; gedachten, idealen en waarden; gevoelens en intuïties; wensen en doelen; middelen en mogelijkheden. Het betreft bovendien verleden, heden en toekomst in de besluitvorming.

Zonder begeleiding van een geestelijk verzorger was het niet ondenkbaar dat meneer De Klerk depressief of apathisch was geworden

Daarmee doet het model enerzijds recht aan de persoonlijke levensvisie en waarden van de patiënt en anderzijds aan de objectiveerbare realiteit en de beschikbare middelen. Met deze onderscheidingen ontrafelt het model de kluwen van vage vermoedens, emoties, sympathieën en antipathieën of ingesleten psychologische patronen, die kenmerkend zijn voor alledaagse besluitvormingsprocessen. Dit bevordert bewuste oordeelsvorming en het helpt iemand die voor een dilemma staat om een evenwicht vinden tussen emotionele, rationele en wils-motieven.

Het model wordt dynamisch genoemd omdat oordeelsvorming procesmatig van karakter is en in de dynamiek van het voortgaande leven tot stand komt. Werken met dit model leidt idealiter tot een concreet besluit, maar verdisconteerd dat de uitvoering van het besluit zelf dynamisch van karakter is en bij veranderende omstandigheden, zoals nieuwe medische uitslagen, opnieuw om een aanpassing van het oordeels- en keuzeproces kan vragen. Dynamische oordeelsvorming sluit naadloos aan bij het normale proces van adequate oordeelsvorming en besluitvorming. Het is dus geen statische methodiek met strikt opeenvolgende stappen. Op ieder moment kan nieuwe informatie en nieuwe inzichten betrokken worden bij oordeelsvorming en besluitvorming. De gespreksbegeleider gebruikt het model als een 'gereedschapskist', waaruit hij het instrument kiest dat op dat moment van belang is.

De patiënt hoeft zelf het model niet te beheersen, hoewel het verhelderend kan werken om het lemniscaatmodel (zie figuur hieronder) aan de patiënt te laten zien en aan de hand daarvan de diverse aspecten te verkennen.

Om het model te verduidelijken is het wel raadzaam een bepaalde fasering aan te brengen:

1) *Gevoelens*. Het begint in het midden van het lemniscaat, bij het hier en nu, waar het gevoelsleven van de patiënt zich afspeelt. Bij existentiële beslissingen gaat het praktisch altijd om een beklemmend gevoel: "Ik moet iets beslissen waarover ik niet kan beslissen. Wat ik ook doe, het is nooit goed..."

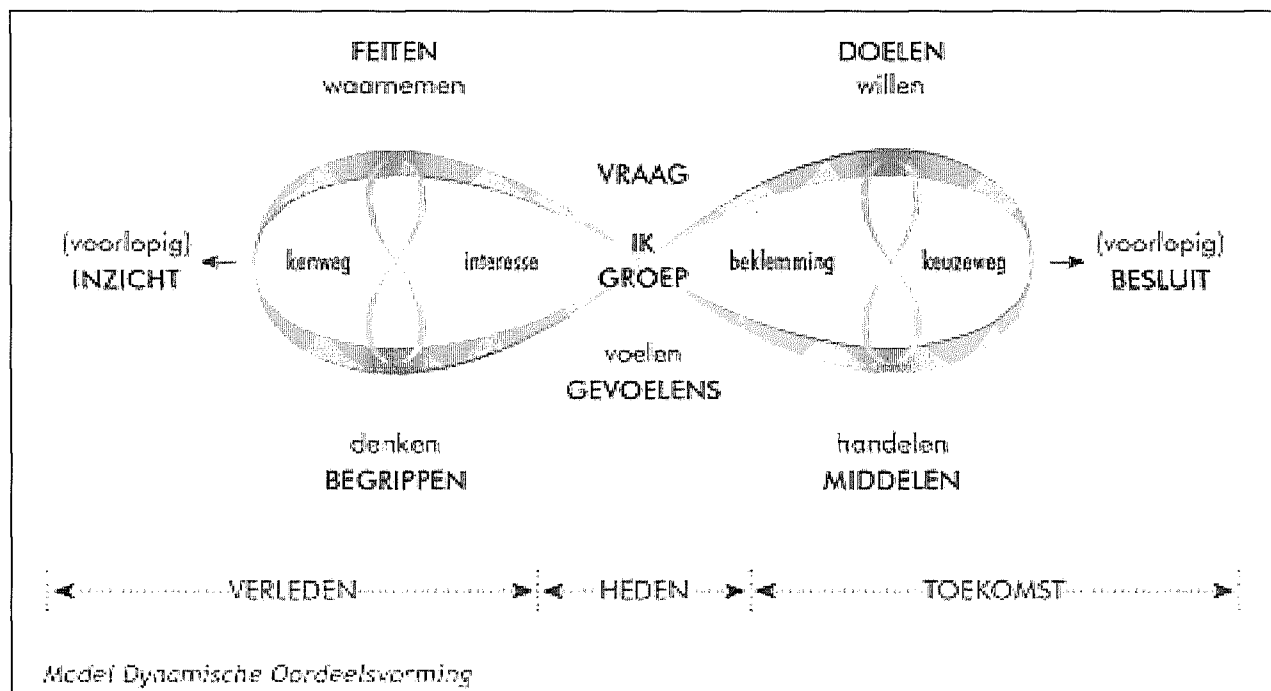
In het *gevoel* drukt de persoon uit hoe hij zich verhoudt tot zichzelf, tot anderen, de situaties en verschijnselen. Daarbij geeft de begeleider speciaal aandacht aan het waarnemen en bevragen van het gevoel en de getoonde emoties.

2) *Vraag*. Analyse van die gevoelens leidt tot de tweede fase, het formuleren van de hoofdvraag, eventueel nader uitgesplitst in subvragen. Voor welke vraag ziet de patiënt zich geplaatst?

3) *Feiten*.

Om hier antwoord op te kunnen geven moeten in de derde fase de reeds bekende feiten op tafel komen. Rond het medische proces vervult de arts een hoofdrol. Het gaat hier met name om de feiten over de gezondheid van de patiënt, maar ook om de feiten die een rol spelen in de context van de vraag.

4) *Middelen*. Bij de vierde fase gaat het om de benodigde zorg in de toekomst. Dan komen naast de arts – die zijn prognose geeft – ook de transferverpleegkundige, mogelijk de maatschappelijk werker en de naasten in beeld. De transferverpleegkundige en de maatschappelijk werker kunnen vertellen en overleggen welke nazorg mogelijk en gewenst is en waar de nazorg uit kan bestaan. Met de naasten en met man-



telzorgers kan overlegd worden welke zorg verder mogelijk is.

- 5) *Begrippen.* In fase vijf staan de gedachten van de patiënt centraal. Hier speelt de geestelijk verzorger de voornaamste rol. Aan hem om te achterhalen hoe de patiënt de diagnose (*feiten*) en de prognose (*middelen*) interpreteert. Welke gedachten heeft de patiënt hierover? Welke waarden zijn in het geding? Door welke levensbeschouwelijke bril kijkt hij naar de situatie? Wat betekent de situatie voor hem? Welke coping strategie is zinvol?
- 6) *Doelen.* Fase zes draait om het verhelderen van de doelen van de patiënt. Ook hier heeft de geestelijk verzorger een taak. Wat wil de patiënt nog in zijn leven? Welke facetten van zijn leven zijn nog onvoltooid? Wat is blijven liggen? Een biografische benadering is in deze fase van belang.
- 7) *Besluit.* Als de vorige fasen genoegzaam doorlopen zijn, is de patiënt in staat een besluit te verwoorden.

Het model in praktijk

Nadat meneer De Klerk de diagnose 'kanker' van de dokter te horen heeft gekregen, vraagt hij de geestelijk verzorger, met wie hij inmiddels een vertrouwensband had opgebouwd, om hem te begeleiden om tot een goede keuze te komen. De arts zegt dat hij over twee weken contact met meneer De Klerk zal opnemen om te horen wat diens besluit is. De geestelijk verzorger krijgt van De Klerk toestemming om bij de gesprekken met de arts en familie aanwezig te zijn en om desgewenst met zijn arts te mogen overleggen. De geestelijk verzorger gebruikt het model Dynamische Oordeelsvorming om meneer De Klerk te helpen een besluit te nemen.

- 1) *Gevoel.* Meneer De Klerk voelde zich *verraden*, toen hij hoorde dat hij ongeneeslijk ziek was. Zijn primaire reactie was: "Waar heb ik dit

aan verdiend? Wie doet me zoiets aan?"

Hij voelde zich boos maar ook verslagen. Boos op de artsen van het eerste ziekenhuis: "Waarom hebben zij die kanker niet ontdekt? Waarom hadden ze niet eerder zijn knie geopereerd? Dan had nu de kanker aangepakt kunnen worden."

Maar hij voelde zich ook teruggeworpen op zichzelf en op (de confrontatie met) zijn familie.

- 2) *Vraag.* De vragen van meneer De Klerk zijn: "Wat moet ik doen nu bij mij kanker is geconstateerd?" Als de geestelijk verzorger doorvraagt, kan meneer De Klerk zijn vragen meer specifiek maken: "Moet ik wel of niet de kanker proberen te rekken? Moet ik opgeven en euthanasie aanvragen? Waar kan ik wonen, als ik ga aftakelen? Wie kan mij dan steunen?"

Open vragen stellen, een empathische houding en samenvallen zijn van cruciaal belang bij het model van de Dynamische Oordeelsvorming

- 3) *Feiten.* De arts vertelt meneer De Klerk over de diagnose: de uitgezaaide nierkanker, de hartproblemen en de ontsteking in de knieprothese. Met de verpleegkundige brengt De Klerk ook zijn sociale situatie in kaart: alleenstaand, klein netwerk, weinig financiële middelen.

- 4) *Middelen.* De arts vertelt De Klerk wat de prognose is en loopt de diverse medische opties langs: de mogelijke behandeling met angiogenese-remmers, de kans dat ze aanslaan, de onzekere kans op levensverlenging, de negatieve uitwerking op de knieontsteking en de hartproblemen van De Klerk en de verwachting van een lang revalidatietraject.

- 5) *Begrippen.* De geestelijk verzorger voert diverse gesprekken met meneer De Klerk en vraagt hem naar de gedachten en vragen die bij hem boven komen. Het levert een ambivalent beeld op: heeft het überhaupt wel zin om door te gaan? Kan ik er niet beter een eind aan maken als ik straks volledig afhankelijk van zorg ben en toch niet lang meer te leven heb? Anderzijds: wat zou ik daar mijn dochter en kleinkind mee aandoen? Ik zie haar al zo weinig en zou graag nog mijn rol als opa op me willen nemen. Wat betekenen mijn kinderen eigenlijk voor mij? Moet ik nog in het reine komen met mijn verleden? Moet ik weer contact zoeken met mijn kinderen, die mij zoveel hebben aangedaan? Kan ik hen vergeven en kunnen zij mij vergeven?

Waarom de boodschap van de arts en de beslissingen die hij moet nemen zo'n grote impact hebben op meneer De Klerk wordt duidelijk in een van de gesprekken die hij met de geestelijk verzorger voert.

De Klerk vertelt dat hij in 1988 gescheiden is, nadat hij zijn zoon en echtgenote had betrappt op ontucht. Hij heeft beiden bij de politie aangegeven, wat resulteerde in een gevangenisstraf voor zowel zijn echtgenote als

zijn zoon. Vervolgens heeft hij een scheiding aangevraagd en is vanuit de toenmalige DDR naar Nederland verhuisd. Daar heeft hij sindsdien gewerkt in de schoonmaakbranche. Met zijn verhuizing heeft hij een streep willen zetten onder deze ingrijpende gebeurtenis. Na zijn verhuizing naar Nederland is hij twee van zijn drie kinderen uit het oog verloren.

Voor de begeleiding bij keuzeprocessen zoals bij meneer De Klerk is het van belang om niet (al te) normatief te worden. Het is bijvoorbeeld verleidelijk om een patiënt in de richting van een eind-goed-al-goed-verhaal te willen begeleiden, waarin hij in het reine komt met zichzelf, zijn familie en zijn situatie. Het gaat bij geestelijke begeleiding en bij de Dynamische Oordeelsvorming niet zozeer om de levensvisie

van de geestelijk verzorger, maar om het nabij zijn bij de ander en om een verheldering van de existentiële vraag waar de patiënt zich voor gesteld ziet en een antwoord op moet zien te vinden. Open vragen stellen, een empathische houding en samenvatten zijn daarbij van cruciaal belang.

Meneer de Klerk blijkt getekend door het leven: hij zegt zelf teleurgesteld te zijn in het leven. Hoewel hij

christelijk is opgevoed, heeft hij geen plaats voor God meer in zijn levensovertuiging: "God zou zo'n ellendig leven nooit toestaan."

Bovendien heeft hij nooit enige steun ervaren van 'boven'. Ook hier geldt dat de rol van de geestelijk verzorger er niet in bestaat deze uitspraken in twijfel te trekken of er iets tegenover te stellen, als meneer De Klerk daar geen aanleiding toe geeft. Door te luisteren naar het verhaal van de ander en verhelderende vragen te stellen krijgt hij, als vanzelf, een helder inzicht in zijn eigen situatie. Op basis daarvan kan hij zijn arts straks duidelijk maken wat zijn wensen zijn en wat hij van zijn arts verwacht.

Doelen. Na de gesprekken met de geestelijk verzorger, waar overigens ook de arts een aantal maal bij betrokken is, heeft meneer De Klerk een helder zicht op wat er aan de hand is en wat dat voor hem betekent. Nu ontstaat er ruimte om naar de toekomst te kunnen kijken. De Klerk krijgt van de transferverpleegkundige informatie over de plek waar hij verzorgd zou kunnen worden: een verpleeghuis en op termijn mogelijk een hospice. Omdat de verpleegkundige weet dat De Klerks dochter in Duitsland woont, vraagt zij of een verpleeghuis in Duitsland een optie is, dicht bij zijn dochter. Ondersteund door de geestelijk verzorger maakt De Klerk duidelijk dat hij dat niet wil. Hij wil graag zijn dochter en kleindochter zien, maar prefereert een verpleeghuis in zijn eigen omgeving, zodat hij makkelijk bezocht kan worden door zijn kennissen uit de buurt. Als de geestelijk verzorger vraagt hoe hij het contact met zijn familie voor zich ziet, zegt De Klerk dat hij graag een aantal dagen in een vakantiehuisje naar Duitsland zou gaan om daar zijn dochter en haar familie intensiever mee te maken. Met de verpleegkundige bespreekt De Klerk de praktische kanten van dit plan.

- 6) *Besluit.* Nadat dit alles is besproken, is meneer De Klerk in staat om een keuze te maken.

Zijn existentiële verwarring en boosheid over zijn diagnose, resulterend in gevoelens van onmacht, maken plaats voor realiteitszin en inzicht in wat hem te doen

staat. Hij voelt geen ruimte om in het reine te komen met zijn verleden. Hij wil wel graag de familie van zijn dochter beter leren kennen, waaronder een achterkleindochter van nog geen twee jaar oud, die hij nog nooit gezien heeft. Hij besluit de chemo uit te stellen, omdat hij zich fit genoeg wil voelen als hij afreist naar zijn geboortestreek. Hij besluit geen angiogenese-remmers te nemen. Zo gezegd zo gedaan. Nadat hij het bezoek aan zijn familie heeft

gebracht, wordt hij opnieuw opgenomen in het ziekenhuis, ditmaal met een gebroken been. Hij doet wederom zijn verhaal aan de geestelijk verzorger. Het bezoek heeft hem goed gedaan: "Toen ik mijn achterkleindochter op schoot had, schoten de tranen me in de ogen. Het leven was groter dan alle ellende die ik heb meegemaakt. Ik zag in haar dat het leven doorgegeven wordt en verdergaat. Dat geeft hoop."

Na de opname verslechtert de situatie van De Klerk in rap tempo. Op de achtergrond blijft de geestelijk verzorger fungeren als advocaat, vertrouwenspersoon en bemiddelaar. Hij houdt contact met de behandelend arts en met de transferverpleegkundige, zodat allen op een lijn staan. Ook informeert hij de dochter van meneer De Klerk als er nieuwe informatie beschikbaar is en hij zelf niet in staat is om te bellen. Daardoor komt zij op de meest cruciale momenten naar Nederland om hem te bezoeken. Dit alles in nauw overleg met De Klerk.

Na enige tijd is de situatie zodanig dat meneer De Klerk naar een verpleeghuis moet. De geestelijk verzorger blijft hem sporadisch bezoeken en informeert tevens zijn collega in het desbetreffende verpleeghuis, waardoor hij wat extra aandacht krijgt. Na vijf maanden overlijdt hij en wordt gecremeerd zonder plechtigheid, op zijn eigen manier.

Discussie

Begeleiding door een geestelijk verzorger met behulp van Dynamische Oordeelsvorming is geen garantie op de beste uitkomst, medisch-technisch gezien. Uit bovenstaande casus blijkt dat het medische verloop mogelijk niet wezenlijk is veranderd door de begeleiding van de geestelijk verzorger. De begeleiding heeft wel positieve effecten voor het psychisch en geestelijk welbevinden van De Klerk. Zonder deze begeleiding was het niet ondenkbaar dat meneer De Klerk depressief of apathisch was geworden. Of dat hij zelf een einde aan zijn leven had gemaakt of zijn euthanasiewens had doorgezet. De vraag hiernaar speelde steeds mee op de achtergrond en kwam ook tijdens de gesprekken serieus ter sprake. Door zijn vragen, gedachten, waarden en

De geestelijk verzorger heeft zowel aandacht voor de beleving, de biografie, de spiritualiteit als de zingeving van de patiënt, in de zorgethische context van een ziekenhuisopname

wensen te verhelderen raakte deze overweging naar de achtergrond. Het leven – hoe zwaar en beperkt dan ook – bleek hem kostbaarder dan de dood.

Conclusie

Uit deze casus blijkt dat meneer de Klerk, en waarschijnlijk vele patiënten met hem, in eerste instantie niet toe zijn aan het maken van medisch ingrijpende keuzes, omdat existentiële thema's en ethische dilemma's een overwogen keuze in de weg staan.

Begeleiding van een geestelijk verzorger, het toepassen van Dynamische Oordeelsvorming en gezamenlijke besluitvorming, kunnen ervoor zorgen dat patiënten zich kunnen verhouden tot de verwarrende situatie waarin ze terecht zijn gekomen. Een geestelijk verzorger kan de voorwaarden scheppen die nodig zijn voor een juiste oordeelsvorming en de uiteindelijke keuze in de behandeling, door aandacht te vragen voor de gelaagdheid van een oordeel- en keuzeproces: zowel verleden, heden en toekomst, als denken, voelen en willen vragen om een zekere integratie, evenals het niveau van de feiten, van de beleving, van de biografie en van de spiritualiteit.

Met het hanteren van de Dynamische Oordeelsvorming en een juiste, open gespreksattitude, is de geestelijk verzorger hiertoe in staat. Hij is daarmee bovendien een competente en relevante partner in het proces van *gezamenlijke besluitvorming*.

Samenvatting

Medisch-technisch gezien is er steeds meer mogelijk in ziekenhuizen. Maar moet je alles willen wat kan? De auteur beargumenteert aan de hand van een casus dat geestelijk verzorgers de aangewezen professionals zijn om patiënten te ondersteunen bij hun ethische en existentiële keuzes tijdens de behandeling. Zij kunnen ervoor zorgen dat patiënten erachter komen wat zij wel en niet willen en wat zij van hun arts verwachten.

De Dynamische Oordeelsvorming blijkt een geschikte methode om ook de ethische, spirituele en existentiële overwegingen te overzien, zodat patiënten echt in staat zijn om gezamenlijk besluiten te nemen, samen met hun arts, hun naasten en relevante anderen.

Trefwoorden: *Existentiële keuzes, geestelijke verzorging, gezamenlijke besluitvorming.*

Summary

Medical technical possibilities are on the increase in hospitals. But is it wise to want everything that is possible? The author argues in a case study that spiritual counsellors are preeminent professionals able to guide patients in ethical and existential choices regarding treatments. They are able to help patients to discover what they do want and what they do not want, so they can better clarify what they expect from their doctors.

The Dynamic Judgement model turns out to be a suitable methodology to help oversee not only the medical technical options, but also the ethical, spiritual and existential considerations. This way patients will be able to make *shared decisions* together with doctors, relatives and others.

Noten

- 1 KNMG: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Zie bv. KNMG webpublicaties: Tijdig spreken over het levenseinde. En: Passende zorg in de laatste levensfase.
- 2 In de zorgethiek staan niet zozeer de medisch-ethische waarden centraal als weldoen, niet schaden en respect voor de autonomie en rechtvaardigheid, maar wordt de relationele context benadrukt. De mens wordt gezien als een sociaal, relationeel, op elkaar betrokken en zorgend wezen, waarbij de desbetreffende context een cruciale rol speelt. Niet universele waarden staan centraal maar juist de kwetsbare kant van mensen, de afhankelijkheid en onderlinge betrokkenheid. Zie bv. Nistelrooy I. Basisboek zorgethiek, over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen. Relief/Berne, 2012.

Literatuur

- Brock M van der. Praktijkboek Dynamische oordeelsvorming, een middel tot ontwikkeling van mens en organisatie. Zeist: Uitgeverij Christoffor, 2014. Zie ook www.dialogo.nl.
- Haaft G. Moet alles dat kan? Vragen rond medische beslissingen bij het begin en einde van het leven. Den Haag: ZonMw Signalement, 2013.
- Struijs AL. Wanneer samen beslissen niet vanzelf spreekt. Reflecties van patiënten en artsen over gezamenlijke besluitvorming. Den Haag: Signalering Ethiek en Gezondheid, 2014/2.
- Veenendaal H van, Stalmeier P, Broek I van den, Baas-Thijssen M, Drenthen T, Hilders C en Otten W. Kiezen en delen: gedeelde besluitvorming als pijler voor goede zorg. Tijdschrift Kwaliteit in Zorg, 2013; 3: 4-6.