



Een tragisch leven?

Gaat het in de casus ‘Een pilletje kan mij er bovenop helpen’ in eerste instantie om het al dan niet informeren van een patiënt, in tweede instantie betreft deze casus het goede leven zelf.

In de casus wordt een herkenbare situatie geschetst, die je in het ziekenhuis vaker tegenkomt. Een patiënt heeft slecht nieuws te horen gekregen, maar dit lijkt niet tot hem door te dringen. De verpleegkundige schakelt vervolgens de geestelijk verzorger in omdat zij zich hier zorgen over maakt. Het lijkt hier om een tragische casus te gaan.

Tragiek kan komen door een plotselinge omslag in het leven, maar ook langzaam het leven binnen sluipen. Dit laatste is hier het geval. Meneer is vanaf zijn veertigste jaar werkloos geraakt en heeft hierna nooit meer gewerkt. Ook heeft hij geen sociaal leven op kunnen bouwen. Hij heeft geen partner, woonde in bij zijn moeder, en familiebanden zijn verwaterd. Hij heeft zo te zien niets kunnen opbouwen in het leven en nu heeft hij niet meer lang te leven. Zijn leven is voorbijgegaan, maar was het ook de moeite waard? Was het een goed leven? Is een taak in het leven daarvoor noodzakelijk? Horen daar sociale relaties bij? Wie bepaalt dit? En ook al beziet een buitenstaander dit leven misschien als tragisch, heeft meneer dit zelf ook zo ervaren?

De geestelijk verzorger

Wat opvalt, is dat de geestelijk verzorger in opleiding zeer bij de meneer betrokken is. Ze zet zich voor meneer in en probeert de situatie te analyseren. Ze is nauwgezet en kijkt ook het dossier na. Ze heeft tegelijk een sterk normatief referentiekader. Hoewel ze het als dilemma formuleert, komt haar persoonlijke voorkeur in de beschrijving sterk naar voren. Ze vindt het belangrijk dat mensen goed afscheid kunnen nemen, zingevingsvragen kunnen bespreken en de balans op kunnen maken van hun leven. Ruimte bieden voor de afronding van het leven noemt ze een mensenrecht.

Voor een geestelijk verzorger is het van belang te verkennen waarom de verpleegkundige juist nu om bezoek voor meneer vraagt. Meneer verblijft immers al twee maanden op de palliatieve afdeling van het verpleeghuis. Waarom komt dit verzoek? Waarom komt het nu? Dit komt niet uit het verslag naar voren. Is het een kwestie van geen tijd en ruimte van het personeel om met meneer in gesprek te gaan? Of is het de verpleging die ermee tobt dat meneer de werkelijkheid niet onder ogen ziet? Hoe beïnvloedt dit de geestelijk verzorger? Voelt >



zij zich met deze vraag op pad gestuurd? Het lijkt erop alsof de geestelijk verzorger zich vooral richt op de medische aspecten, op de diagnose en prognose. Het is voor haar onduidelijk of meneer beseft heeft van de ernst van zijn ziekte. Heeft hij kanker of gaat ze mee in zijn versie dat het een virus betreft? Hierbij kan meespelen dat het een eerste kennismakingsgesprek betreft, waarin het gesprek gestart wordt op de laag van de feiten. Het is zowel voor de geestelijk verzorger als voor de patiënt vaak veilig om op deze laag een gesprek te beginnen en vervolgens naar diepere lagen van gevoelens, levensbeschouwing of spiritualiteit af te steken.

Ook stelt ze, al is dit heel voorzichtig een eigen diagnose, dat meneer mogelijk een stoornis uit het autismespectrum heeft. Bij mensen met een stoornis uit het autismespectrum is 'vaak sprake van een geschiedenis van problemen (...) bij werk vinden, werk houden, of bij het vinden en houden van een partnerrelatie'. 'Zij zien de wereld niet als een film maar als een stapel losse foto's. Zij zien hierdoor minder samenhang. Hierdoor kost het hen veel moeite om te begrijpen wat er gebeurt. Ook snappen zij vaak niet goed wat andere mensen bedoelen of voelen' (www.autisme.nl). Het is dan ook niet verwonderlijk dat de geestelijk verzorger hieraan denkt. Maar een eventuele stoornis uit het autismespectrum is niet in het dossier terug te vinden. Ze vertelt dat meneer geraakt is door de mensen die hij om zich heen ziet sterven. Dit zou tegen autisme kunnen pleiten.

Informatieplicht

Dat de patiënt niet geïnformeerd is, is uiterst onwaarschijnlijk. Vanwege de wet op de genees-

kundige behandelingsovereenkomst (WGBO) heeft de arts een informatieplicht. De verpleegkundige heeft aangegeven dat meneer door de arts op de hoogte gesteld is van zijn ziekte. Inmiddels woont meneer al twee maanden op de palliatieve afdeling. Dat meneer dit niet teruggeeft in het gesprek kan tweeërlei oorzaak hebben: of deze informatie is niet goed overgenomen doordat hij inderdaad een stoornis heeft of dit heeft met de coping van meneer te maken.

Moreel beraad

De geestelijk verzorger beschrijft dat ze een multidisciplinair overleg wil organiseren. De manier waarop ze dit weergeeft, doet denken aan de dilemmamethode van het moreel beraad. Hierin denk je na over de vraag wat goed is om te doen in een ethische kwestie.

Een moreel beraad richt zich op het morele dilemma waar je je voor geplaatst ziet. In deze dilemmamethode wordt altijd gezocht naar het brandpunt. Wanneer werd door jou het dilemma gevoeld? Waarom juist daar? Probeer als vraagsteller de situatie nogmaals te beleven in je herinnering.

Het dilemma wordt vervolgens in de ik-vorm gesteld. Wat waren voor jou op dat moment de handelingsalternatieven? Was dat het moment dat je bij meneer stond en hij over een pilletje begon? Of was dat later, toen je terugkwam op je kamer?

Een keuze tussen enerzijds informatieplicht en anderzijds het recht op niet-willen weten kan nog gepreciseerd worden. De dilemma-vraag zou kunnen zijn: Moet ik meneer met de waarheid confronteren of moet ik het zo laten? Of: Moet ik de arts vragen meneer te informe-



ren of moet ik meneer in zijn eigenheid respecteren? Want wie heeft er een informatieplicht? Is dit de arts of is dit een taak van de geestelijk verzorger?

‘Het tragische’

Maar in deze casus is er meer aan de hand. In het moreel beraad gaat het erom wat je in deze situatie moet doen, de keuze waar je voor staat. Hier lijkt zich iets af te spelen dat zich bevindt buiten de rationele benadering die een beraad impliceert. Het onttrekt zich aan het maken van keuzes. Als geestelijk verzorger word je aangetrokken door iets wat daar achter ligt. In deze casus zou ik dat ‘het tragische’ noemen.

Er zijn dingen in het leven waar we niets aan kunnen doen of veranderen. Als de geestelijk verzorger moet vaststellen dat meneer de informatie niet heeft kunnen aanvaarden en dat gesprekstechnieken ontoereikend zijn, is zij dan niet het domein van het tragische binnengestapt? Met de technieken die in het moreel beraad gebruikt worden, kunnen we dat tragische niet definiëren. Het komt wel aan de orde, maar impliciet, meer op het niveau van ervaringen van de betrokken behandelaars. Noodzakelijk, maar in wezen nog onontgonnen terrein.

In mijn promotieonderzoek naar tragiek en moreel beraad probeer aan te geven dat het element van het tragische invloed uitoefent op ons denken. In onze ervaring van tragiek komen onze normen en waarden duidelijk aan de oppervlakte, waardoor onze keuzes uiteindelijk

sterk bepaald worden. Als wij in staat zijn het tragische binnen het moreel beraad aan de orde te stellen, kunnen we die impliciete betekenis omzetten in herkenbare morele directieven. Dit is een proces van bewustwording waar volgens mij een specifieke taak voor de geestelijk verzorger is weggelegd.

Leren aanvaarden

Terug naar de casus. Gaat het er hier niet om het tragische te leren aanvaarden, wanneer

duidelijk is dat meneer de informatie niet heeft kunnen verwerken en dat gesprekstechnieken ontoereikend zijn? Dit

gaat verder dan een keuze om wel of geen informatie te verstrekken. Het gaat om een levensvisie, waarin een morele keuze geïntegreerd kan worden. Juist dit loslaten van middelen stelt de geestelijk verzorger in staat de relatie met meneer vast te houden. Zij kan naast hem blijven staan en van hieruit kan er een soort verzwegen begrip voor de ander ontstaan – iets van een geheim. De eigenheid van de geestelijk verzorger kan liggen in het ten dienste voor anderen zoeken naar betekenis van het goede leven en het omgaan met contingentie in het bestaan. Die erkenning van dat geheim binnen het moreel beraad opent nieuwe perspectieven voor behandelaars, om om te gaan met het tragische dat zij tegenkomen. <

Benita (drs. C.B.) Spronk is geestelijk verzorger van VU medisch centrum en is bezig met een promotieonderzoek naar tragiek en moreel beraad bij prof. G.A.M. Widdershoven. cb.spronk@vumc.nl