

Hoofdstuk VII: Stervensbegeleiding vanuit de christelijke geloofsovertuiging

T.M.T.J. Broens, anesthesie-verpleegkundige

Hoofdstuk VII uit *“Wat is menswaardige gezondheidszorg?”*, onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr.

J.P.M. Lelkens, Colomba Oegstgeest, 1994

Om deze voordracht goed te kunnen interpreteren, zou ik willen aangeven, vanuit welke achtergrond deze moet worden begrepen. De problematiek rond de stervensbegeleiding wil ik benaderen vanuit mijn christelijke (Rooms-Katholieke) geloofsovertuiging en vanuit mijn functie als anesthesie-verpleegkundige in een middelgroot algemeen ziekenhuis. *De verpleegkundige in het algemeen*, en daar wil ik het speciaal over hebben, is immers degene, die bij de stervende vaak de *schakel en de essentiële intermediair* kan en mag zijn tussen hem, samen met zijn familie enerzijds en de diverse disciplines onder de hulpverleners zoals: de arts, de andere verzorgenden, de geestelijkheid en de vrijwilligers anderzijds.

Maar om terug te komen op de titel: Stervensbegeleiding vanuit de christelijke geloofsovertuiging. Bij deze titel zou men zowel een vraag- als een uitroep kunnen plaatsen. Een vraagteken, omdat het ons, christenen, in deze hedendaagse geseculariseerde tijd moeilijk gemaakt wordt deze stervensbegeleiding in praktijk te brengen; een uitroepteken, omdat deze voordracht een *appel* wil zijn aan alle christenen, stervensbegeleiding te blijven zien als een morele plicht jegens onze medemens, als een laatste hulp die wij kunnen bieden. Laten wij ervoor waken, dat dit van oudsher christelijk gebruik in ere zal worden gehouden. *De verpleegden* hebben daar recht op.

De titel van dit boek luidt: *“Wat is menswaardige gezondheidszorg?”*. In samenhang daarmee zou ik mij daarom eerst af willen vragen: wie is de mens vanuit de christelijke geloofsovertuiging?

A. De mens is een *persoon naar Gods beeld en gelijkenis*. Hij lijkt op God, maar is niet gelijk aan Hem. Dankzij Gods Almacht en Zijn Goedheid heeft Hij ons het leven geschonken; wij hebben het dus *niet* zelf gemaakt en genomen. Derhalve is de mens een *geschenk Gods, absoluut en uniek in zijn waarde*; een mens, die ons dierbaar is en waar wij beschermend mee om moeten gaan.

Als beschermer en daardoor als *rentmeester*, is ons die unieke mens, waarvan *ziel en lichaam onlosmakelijk en substantieel met elkaar verbonden zijn*, toevertrouwd. Om ons te helpen in ons rentmeesterschap hier op aarde, heeft God ons uit *Liefde* de helpende hand willen bieden en ons als hulpmiddelen en als leidraad (hier ziet men weer de *symbiose* tussen de *Liefde en de Wet*) ten eerste de *Wet* van de *Tien geboden* gegeven zoals staat in het Oude Testament (Ex. 20,1-17) en ten tweede, ter voltooiing daarvan, *het gebod van de Liefde* in het Nieuwe Testament (Joh. 13, 34-35), waarin staat: Een nieuw Gebod geeft Ik u. Gij moet elkaar liefhebben; zoals Ik u heb lief gehad, zo moet ook gij elkaar liefhebben. Hieruit zullen allen kunnen opmaken, dat gij Mijn leerlingen zijt, als gij de Liefde onder elkaar bewaart”.

In de parabel van de Barmhartige Samaritaan (Lc. 10,. 29-37) komt deze *Liefde tot de naaste* zeer duidelijk tot uitdrukking. De barmhartige is degene, die blijft stilstaan bij het *lijden* van de ander, dus *medelijdt met zijn naaste* (in de meest letterlijke zin van het woord), daar gevoelig voor is en daarom hulp biedt. Hij geeft zichzelf weg. Dat is dan ook het voornaamste punt van de *christelijke antropologie*: “De mens, die zichzelf pas volledig kan vinden door de totale overgave van zichzelf”. De essentiële fundamentele waarde van het Christendom tegenovergesteld aan bijvoorbeeld het egoïsme van de mens en de minachting voor de medemens, *nu* zeker net zo *actueel* als ten tijde van Christus.

<https://boeken.medische-ethiek.nl/hoofdstuk-vii-stervensbegeleiding-vanuit-de-christelijke-geloofs-overtuiging/> Versie/version: 23 maart 1994

Op basis van het bovenstaande en terugkomend op het thema van deze voordracht, kan men zeggen, dat men bij *stervensbegeleiding*, de “Care” of: *zorg voor de stervenden*, altijd te maken heeft met een medemens die stervende is, dus een zieke die *lijdt* in al zijn facetten.

B. Maar is het binnen de hedendaagse gezondheidszorg nog wel mogelijk de stervende medemens vanuit onze christelijke geloofsovertuiging de helpende hand te bieden?

Een aantal tendensen binnen de gezondheidszorg zijn minder gunstig voor de persoonlijke begeleiding van stervenden. In het moderne grootschalige ziekenhuis speelt het economische rendement een belangrijke rol. De intermenselijke verhoudingen zijn afstandelijk geworden, waardoor men de persoonsgerichte benadering van de patiënt uit het oog dreigt te verliezen. Dame Cicely Saunders, de oprichtster van de Engelse Hospice-beweging, noemt de ziekenhuizen dan ook onpersoonlijke medische burchten. Een andere factor, die voor de specifiek christelijke stervensbegeleiding nadelig kan zijn, is de verscheidenheid in opvattingen over de beschermwaardigheid en kwaliteit van het leven.

Volgens de hedendaagse utilitaristische ethiek kan het leven van de mens, wanneer het door ziekte is ontlusterd, eventueel zijn waarde en nut verliezen en zelfs voor de samenleving een belasting zijn. De christelijke geloofsovertuiging impliceert daarentegen, dat het leven onder alle omstandigheden waardevol blijft en beschermd dient te worden. Een goede stervensbegeleiding zal ertoe bijdragen, dat de stervende van de waarde van zijn leven overtuigt raakt en blijkt. Moeten wij daarom eigenlijk niet terug naar de kleinschaligheid van de Middeleeuwen? Ik zou zeggen: ja en nee. Van de ene kant was stervensbegeleiding vanuit de christelijke geloofsovertuiging toen altijd aanwezig, mede mogelijk gemaakt door de vele kloosters en kerken, waar hospitia en hospitalen aan verbonden waren (bijvoorbeeld het St. Jans Hospitaal in Brugge). De naastenliefde, die binnen de kleinschaligheid het best realiseerbaar is, speelde toen de hoofdrol, niet het grootschalige economische rendement.

Van de andere kant moet men een ontkennend antwoord op de voornoemde vraag geven. De moderne medische- en verpleegkundige kennis en mogelijkheden, vooral op het gebied van de palliatieve geneeskunde en verpleging, vereisen een technische benadering. De toepassing van geavanceerde medische ingrepen is echter alleen in de grootschalige medische centra realiseerbaar. Daardoor komt, wat de Engelse hospice-beweging met “Care” aanduidt, de persoonlijke, liefdevolle benadering van de stervende, in zekere zin, op gespannen voet te staan met “Cure”, de meer specifiek medische behandeling van de stervende.

C. De “Care” heeft, mede dankzij het wetenschappelijk onderzoek in Engeland, een eigen prominente plaats gekregen binnen de geneeskunde en de verpleging. Maar wat houdt het woord *care* eigenlijk letterlijk in?

In feite zegt het woord het al. Care betekent zorg, zorgen, zorgen voor, verzorgen, verplegen. Men zou de palliatieve zorg als volgt kunnen definiëren: “de actieve totale zorg voor patiënten op een moment, dat hun ziekte niet meer reageert op curatieve behandeling. Bestrijding van pijn en andere symptomen en van psychische, sociale en spirituele problemen staat voorop. Het doel van palliatieve zorg is de hoogst mogelijke kwaliteit van leven voor patiënt en familie” (WHO, 1989) De stervende heeft deze “care” het meest nodig. Is een verpleegkundige, met al haar competenties en verantwoordelijkheden, niet de meest aangewezen persoon om als intermediair te fungeren tussen de stervende met zijn familie enerzijds en medewerkers en andere hulpverleners anderzijds?

Zij is toch degene, die de meeste tijd aan het bed van de stervende doorbrengt. Zonder zelfoverschatting zou ik dat toch wel willen stellen. (Graag zou ik ter verduidelijking erbij willen zeggen, dat de verpleegkundige haar werk niet goed zou kunnen verrichten zonder de hulp van de andere disciplines, zoals bijvoorbeeld de zieken-



en bejaardenverzorgenden, de artsen, dus ieder met zijn verantwoordelijkheden, competenties en vaardigheden).

D. Maar wie is de stervende, wat zijn zijn gevoelens, waar de verpleegkundige mee geconfronteerd wordt?

Een stervende is een mens, die *“totale pijn”* heeft, die men zou kunnen onderverdelen in:

I. De *fysieke pijn*, die het gehele lichaam binnendringt en zich uit in:

- a. onrust;
- b. benauwdheid, waardoor er paniek kan ontstaan om te stikken, hetgeen vele oorzaken kan hebben;
- c. depressies;
- d. misselijkheid;
- e. braken;
- f. incontinentie van faeces of urine;
- g. decubitus;
- h. gebrek aan eetlust;
- i. onaangename mond.

II. De *psycho-sociale pijnen*, die men kan onderverdelen in:

1. De *emotionele pijn*, veroorzaakt door gevoelens van:

- a. depressie;
- b. geïsoleerdheid en eenzaamheid;
- c. afhankelijkheid;
- d. onrust;
- e. hulpeloosheid, vertwijfeling, eenzaamheid in het o.a. verwerken van emoties;
- f. onevenwichtigheid;
- g. uitgerangeerd te zijn;
- h. schaamte voor incontinentie van faeces en urine;
- i. neerslachtigheid;

2. De *maatschappelijke pijn*:

De stervende moet zijn familie, vrienden en kennissen achterlaten. Financiële problemen spelen ook vaak een rol.

3. De *geestelijke pijn*:

De stervende gaat zich afvragen wat de zin van het leven is, of het nog wel zinvol is en geborgenheid kan geven. Hij kan, en dat gebeurt ook vaak, gaan worstelen met het Geloof en zich af gaan vragen, waarom hij nu juist moet lijden, waarom doet God hem dit nu aan! Een priester of een dominee is hier uiteraard de aangewezen persoon om hulp te bieden.

E. Om de stervende in *zijn totale pijn* bij te kunnen en te mogen staan, heeft een verpleegkundige, vanuit haar christelijke geloofsovertuiging, allereerst haar Geloof in God, de Schepper van Hemel en Aarde, nodig, om als haar uitgangsprincipe te dienen. Haar naaste is stervende, waardoor haar gaven om hulp te bieden worden gemobiliseerd. Dat houdt tevens in, dat zij vanuit haar belofte van geheimhouding handelt samen met de arts of ook, indien noodzakelijk, tegen de arts in (in geval van opdrachten, die tegen haar geweten ingaan), het leven beschermt en het lijden verzacht. Maar om deze gaven te kunnen mobiliseren zou men van een christelijke verpleegkundige bepaalde eigenschappen kunnen en mogen verwachten, zoals:

- 1. Een sterke positieve levensovertuiging, waaraan ik vanuit mijn praktiserende geloofsbeleving toe wil voegen



het ontmoeten van Christus in de H. Eucharistie en het gebed tot Maria en de H. Jozef, de patroon van de stervenden.

2. Eerbied voor de absolute waarde van de persoon vanaf de conceptie tot aan de dood.
 3. Zij is vaak het eerste luisterende oor in gesprekken met de stervende, waartoe de gave van het volledig wegcijferen van zichzelf behoort, hetgeen nederigheid als voorwaarde stelt.
 4. Open en eerlijk staan tegenover het gevoelsleven van de stervende. Je erin kunnen verplaatsen, hetgeen als een sterk therapeutisch middel kan werken.
 5. Troost bieden, maar tegelijkertijd niet opdringerig zijn.
 6. De bereidheid hebben om over de aanvaarding van de dood te spreken, waarbij de priester en de dominee middels een persoonlijk gesprek en gebed een essentiële rol spelen voor de stervende. Voor de Rooms-Katholiek zijn de drie H. Sakramenten, te weten de H. Eucharistie, de Biecht en het H. Oliesel, extra genademiddelen.
 7. Genegenheid tonen en/of sympathie proberen op te brengen.
 8. Samen met de familieleden er zijn voor de stervende, niet in plaats van of los van hen, opdat zij, doordat zij bij het stervensproces betrokken worden, de mogelijkheid krijgen beter het rouwproces te verwerken.
 9. Zij is niet enkel de verlengde arm van de arts, maar draagt ook een grote eigen verantwoordelijkheid ten opzichte van de stervende, van waaruit zij kan handelen, hetgeen een goede observatie vereist van de fysieke en geestelijke toestand van de stervende.
- Als voorbeeld zou ik kunnen noemen het toedienen van medicijnen waartoe zij binnen bepaalde marges zelfstandig bevoegd is. Zij is buiten de familie de meeste tijd aan het bed van de stervende; hoort het meeste, zowel van hem als van de familie en de andere betrokkenen; is er tot en met het overlijden bij en kan hen allen bijstaan, door bijvoorbeeld alleen al aanwezig te zijn.
10. Een christelijk verpleegkundige kan en moet, indien noodzakelijk, bescherming bieden aan de stervende, wanneer andere betrokkenen plannen maken voor de actieve beëindiging van diens leven.
 11. Een verpleegkundige die bij de stervensbegeleiding is ingeschakeld, dient over een evenwichtig karakter te beschikken en kan gevoel voor humor goed gebruiken.
 12. Goed gevoel hebben voor collegialiteit in al zijn facetten.

Als men nu de *gevoelens* van een *stervende* en de *gaven* en *gevoelens* van een *verpleegkundige*, beiden in al hun onvolmaaktheden, naast elkaar plaatst, dan blijkt dat een christelijke stervensbegeleiding diepe zin heeft en in de praktijk kan worden gerealiseerd. Deze "Care" is een menselijke benaderingswijze, die de patiënt als mens het meest recht doet in zijn laatste levensfase. *Het is dé remedie tegen de euthanasie*. Euthanasie is niets anders dan een zwakgebod van de onvolmaakte mens en van een maatschappij, die tekortschiet.

Overigens is niet alleen de stervende mens, maar ook de hulpverlener zelf doel van de stervensbegeleiding. Niemand heeft wellicht de diepste betekenis van de christelijke stervensbegeleiding zo duidelijk verwoord als Moeder Teresa: "Gelukkig zij, die werken in een tehuis voor stervenden, want zij mogen 24 uur per dag het Lichaam van Christus aanraken."

F. Zou derhalve de menselijke zorg (de "Care") die een verpleegkundige aan de stervende biedt, niet tegelijkertijd een therapie (een "cure") kunnen zijn in de meest christelijke zin van het woord? De persoonlijke benadering van de verpleegkundige kan heilzaam (curatief) zijn voor de stervende in diens *emotionele, geestelijke en maatschappelijke pijnen*. Dit stelt hem in staat het lijden en toekomstig sterven te aanvaarden en in *innerlijke harmonie met God, zichzelf en zijn omgeving* de dood tegemoet te gaan. Vanuit die *innerlijke harmonie* kan de stervende echter op zijn beurt *heilzaam (curatief) voor de verpleegkundige, zijn familie en de andere betrokkenen zijn*. Zij worstelen immers als toeschouwers van het lijden met hun eigen gevoelens. Hier

<https://boeken.medische-ethiek.nl/hoofdstuk-vii-stervensbegeleiding-vanuit-de-christelijke-geloofs-overtuiging/> Versie/version: 23 maart 1994

stoten we op de kern van de christelijke antropologie: *De mens kan zichzelf niet volledig vinden, tenzij door de eerlijke gave van zichzelf. Het frappante daarvan is, dat de relatie tussen de stervende en zijn omgeving er een wordt van geven en ontvangen. Op deze wijze wordt de christelijke naastenliefde realiteit.*

G. Tenslotte zou ik u graag enkele concrete mogelijkheden willen vermelden om de christelijke stervensbegeleiding in praktijk te brengen.

1. Sinds het begin van de jaren dertig bestaan er in Engeland speciale opvangtehuizen voor stervenden. Recent zijn er ook in Nederland enkele van deze tehuizen, "*hospices*" genaamd, opgericht. Voor de filosofie achter de hospicezorg moge hier verwezen worden naar het boek van Shirley du Boulay over Dame Cicely Saunders: "Een leven voor de stervenden" en de brochure van de Stichting "Behoud van Leven", geschreven door Prof. Dr. J.P.M. Lelkens.

2. De stervensbegeleiding kan ook worden verbeterd door *Het bevorderen van de thuiszorg*. Deze thuiszorg zou eventueel vanuit de hospices, alsook vanuit de bestaande verpleeg- en verzorgingstehuizen kunnen worden ondersteund. Het zou ideaal zijn, als de thuiszorg het hele etmaal zou kunnen omvatten. Doel van de thuiszorg is dat de hulpverlener in samenwerking met de familie en andere mensen uit zijn omgeving de stervende de mogelijkheid biedt in alle rust en *in de eigen omgeving thuis temidden van dierbaren te sterven*. Hoewel de overheid de thuiszorg sterk bevordert, vormen de beperkte financiële middelen en de 8-urige werkdag een obstakel. Daardoor wordt de nadruk meer op de strikt medisch-verpleegkundige behandeling (de "Cure") gelegd, dan op de menselijke zorg (de "Care"). De stervensbegeleiding richt zich daardoor meer op het verzachten van de lichamelijke symptomen en complicaties, dan op het verhelpen van de "*totale pijn*".

3. Voor de bestrijding van somatische pijn die niet op de gebruikelijke analgetica reageert, zou men moeten kunnen terugvallen op *afdelingen* binnen de bestaande instellingen voor gezondheidszorg gespecialiseerd in de *pijnbestrijding*. Mede uit hoofde van mijn functie als anesthesie-verpleegkundige zou ik op het grote belang daarvan willen wijzen. Men zou kunnen denken aan bijvoorbeeld permanente pijnbloccades door middel van alcohol-injecties.

4. Niet alleen voor chronisch zieken, maar tegelijkertijd ook voor terminale patiënten zouden *ziekenreizen* kunnen worden georganiseerd. Van harte zou ik daarom, vanuit mijn persoonlijke ervaring, Lourdes in Zuid-Frankrijk willen noemen. De plaats waar Maria is verschenen aan Bernadette en waar veel voor de zieken wordt gebeden. Tevens is Lourdes ook de plaats, waar de zieke in "*zijn totale pijn*" centraal staat. Daarom kan men dit oord "EEN GROOT HOSPICE" noemen. Tijdens die reizen en het verblijf aldaar kan de "*care een 'cure'*" en de "*cure een 'care'*" worden. De zieken die terugkomen zijn geestelijk gesterkt en worden er daardoor toe in staat gesteld om tot volledige aanvaarding en overgave te komen.

5. Zowel bij de thuiszorg als bij de verzorging in een hospice of verpleeg- en verzorgingshuis is het van groot belang dat alle medewerkers inzake de bescherming van het leven van menselijke personen op dezelfde lijn zitten. Vanuit mijn eigen ervaring als bestuurslid van beide soorten huizen van R.K. signatuur, zou ik willen benadrukken, dat het essentieel is, dat bestuur, directie en staf volledig hetzelfde Pro-Life uitgangspunt innemen. Zij kunnen ten eerste niet zonder elkaar functioneren. Bovendien moeten zij er borg voor staan dat de bewoners van de betreffende huizen een vredige oude dag mogen beleven en met een gerust hart zonder angst voor actieve levensbeëindiging kunnen sterven. Deze angst, die reëel aanwezig is, mag niet worden onderschat.

Dames en heren, voordat ik mijn voordracht ga afsluiten zou ik een beroep op u allen willen doen en een appèl aan u willen richten. De *persoon van de stervende moet centraal staan* en verdient op de allereerste plaats bescherming tegen alle hedendaagse tendensen en stromingen binnen de samenleving en de gezondheidszorg.



<https://boeken.medische-ethiek.nl/hoofdstuk-vii-stervensbegeleiding-vanuit-de-christelijke-geloofs-overtuiging/> Versie/version: 23 maart 1994

Laat het *pro-life* standpunt, de *care-cure* en de *cure-care* filosofie in GODS naam prevaleren boven alle andere, in mijn ogen, secundaire belangen.

Overgenomen met toestemming van uitgeverij Colomba.