
De geestelijk verzorger als euthanasieconsulent?

Een verkennende aanzet voor visie en beleid

Geestelijk verzorgers vervullen de functie van euthanasieconsulent. Hoe verhouden de taken vanuit deze rollen zich tot elkaar? Welke beleidsmatige en juridische kaders zijn hierbij in het spel? Marjolein Rikmenspoel doet een verkennende aanzet voor beantwoording van deze vragen.

Marjolein Rikmenspoel

IN JULI 2014 ZIJN ER KAMERVragen gesteld over de wijze waarop ziekenhuizen omgaan met vragen en verzoeken rond euthanasie. De Minister stelt in haar antwoord¹ dat zij het van belang vindt dat er in elke zorginstelling ruimte is om te spreken over het levenseinde en dat verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding worden gesignaleerd en in behandeling genomen. Hulpvragen dienen altijd te worden onderzocht, ook omdat het bespreken van de mogelijkheden de patiënt rust en vertrouwen kan geven. Zij ziet meerwaarde in het aanstellen van een specifieke functionaris. Zij laat echter zorginstellingen vrij om zelf te bepalen op welke wijze de dienstverlening op het gebied van euthanasie moet worden ingebed in de organisatie. Dit artikel exploreert de taken van een 'euthanasieconsulent' in het licht van het werk van de geestelijk verzorger.

Consulent voor arts, patiënt en organisatie

In het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht (ASz) wordt sinds 1997 binnen het team Geestelijke Verzorging de functie van 'euthanasieconsulent' vervuld. De euthanasieconsulent is spil in het proces dat uiteindelijk kan leiden tot het verrichten van euthanasie door een arts bij een patiënt. Een hulpvraag aan de consulent mondt lang niet altijd uit in een euthanasieverzoek aan de arts. Van de 109 aanvragen voor contact met een euthanasieconsulent in het ASz leidde uiteindelijk in 15 gevallen tot een verzoek om euthanasie dat door de arts gehonoreerd werd. Het team GV van het ASz heeft een protocol Euthanasie opgesteld, dat onderdeel uitmaakt van het Kwaliteitshandboek.

De term euthanasie houdt in: opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan betrok-

kene op diens verzoek.³ Die ander moet altijd een arts zijn, zoals een specialist, huisarts, verpleeghuisarts of psychiater. Hulp bij zelfdoding door een arts valt strikt genomen niet onder dit begrip, maar het verschil is in de praktijk zo klein, dat deze variant in dezelfde wet is geregeld. Deze variant komt in de praktijk weinig voor. (De handelende persoon is de patiënt in plaats van de arts: de patiënt neemt zelf een drankje tot zich). Wanneer een patiënt daadwerkelijk een verzoek doet tot actieve levensbeëindiging, is op de arts-patiëntrelatie de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding³ van toepassing. In deze wet staat beschreven hoe de betrokken arts moet handelen. De arts is gebonden aan een aantal zorgvuldigheidseisen, zoals het inschakelen van een onafhankelijke tweede arts.

Mensen die te horen hebben gekregen dat zij ongeneeslijk zien zijn, hebben vaak veel vragen over de weg naar de dood toe. Patiënten kunnen vanuit religieus of levensbeschouwelijk oogpunt worstelen met vragen rond het al dan niet aangaan van behandelingen, het aanvaarden van ziekte en lijden en ook met de morele toelaatbaarheid van actieve levensbeëindiging. Dit geldt ook voor familie en naasten van de patiënt. Een hulpvraag zal vaak voortkomen uit een behoefte tot verkenning van de situatie en kan deels een behoefte aan praktische informatie inhouden. De benaming euthanasieconsulent, als specifieke functionaris, positioneert het hulpaanbod helder. Er gaat van deze term een duidelijk signaal uit: zowel de patiënt als zijn persoonlijke omgeving weten waar ze terecht kunnen met vragen. Omdat mensen met vragen en zorgen omtrent overlijden soms de weg naar een geestelijk verzorger niet weten te vinden of om wat voor reden ook geen beroep op geestelijke verzorging willen doen, wordt door de euthanasieconsulent een drempel weggenomen en wellicht ook een taboe doorbroken.

Ook binnen de ziekenhuisorganisatie kan behoefte ontstaan aan ondersteuning op het gebied van ethische en levensbeschouwelijke aspecten van euthanasie. Hierbij kan gedacht worden aan de verpleegkundigen, die de dagelijkse zorg hebben voor de patiënten. Een instelling kan een medewerker overigens niet verplichten tot actieve betrokkenheid bij euthanasie. Onder artsen is

sprake van ‘gemengde gevoelens’ vanwege de persoonlijke belasting die het besluitvormingsproces en de levensbeëindigende handeling meebrengen.⁴ De artsorganisatie KNMG stelt dat ‘lang niet alle artsen bereid c.q. moreel in staat zijn de bestaande wettelijke ruimte, die luider dan ooit op grond van zelfbeschikking door de maatschappij wordt geclaimd, volledig te benutten.’⁵

Wanneer een arts zelf een verzoek niet in behandeling wil nemen, moet hij of zij de patiënt doorverwijzen naar een collega. Patiënten zijn zich vaak bewust van het feit dat hun verzoek een belasting betekent voor hun arts. Soms wordt er echter ook druk uitgeoefend op een arts, omdat men euthanasie beleeft als een recht. Ook in dergelijke situaties kan de euthanasieconsulent ondersteuning en begeleiding bieden.

Hulpvraag komt vaak voort uit een behoefte tot verkenning

De taak van de euthanasieconsulent ligt dus op het vlak van levensbeschouwelijke en morele counseling voor alle bij euthanasie betrokken personen en alle vragen op dat gebied. Daarnaast is er een bemiddelende rol in geval van een concreet euthanasieverzoek. De consulent heeft in de fase van medische beoordeling en eventuele uitvoering een coördinerende rol en moet goed op de hoogte zijn van de regels en beleidsstandpunten van diverse partijen om het proces soepel te kunnen laten verlopen.

De geestelijk verzorger als euthanasieconsulent

Een geestelijk verzorger zet de patiënt/cliënt centraal. Hij of zij is competent waar het gaat om, bondig samengevat, begeleiding bij zingeving en ethische aspecten in zorgverlening (levensbeschouwelijke en morele counseling). Die brede counselende taak vormt de grootste overlap met de taken van een euthanasieconsulent.

Een rolcombinatie kan vanuit het oogpunt van de cliënt gunstig uitpakken. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld uiteindelijk niet voor euthana-

sie kiest, kan de euthanasieconsulent als geestelijk verzorger ondersteunend in contact blijven bij het verdere ziekteproces. En bij een daadwerkelijk euthanasieverzoek kan een euthanasieconsulent / geestelijk verzorger niet alleen bij de verheldering van de hulpvraag competent geestelijke begeleiding bieden, maar ook rond de uitvoering – denk bijvoorbeeld aan rituele expressie rond een zelf beschikte dood – en in nazorg aan betrokkenen.

Bij artsen kan echter ook behoefte bestaan aan ondersteuning op het vlak van geestelijke verzorging als aanvulling op hun eigen professionele taken. De artsenorganisatie KNMG is in 2012 een campagne gestart die artsen en patiënten aanspoort tijdig met elkaar over het levenseinde te spreken.⁶ Het gaat daarbij niet zozeer om het bespreekbaar maken van actieve levensbeëindiging, maar om algemene bewustwording en het bespreken van wensen en mogelijkheden in brede zin, zoals ook de optie van niet (door) behandelen. In de praktijk zal keuzeproblematiek onderwerp zijn van gesprek. Dit betekent een extra taak voor artsen, die primair zijn opgeleid om zich bezig te houden met diagnostiek en behandeling op somatisch of psychisch vlak. Een euthanasieconsulent / geestelijk verzorger kan in dit verband uitstekend een schakelrol vervullen in de gespreksvoering ter ondersteuning van zowel arts als patiënt.

De euthanasieconsulent en geestelijke verzorging

De vraag is of de rol van euthanasieconsulent vanuit de verschillende sectoren principieel verenigbaar kan worden geacht met die van de geestelijk verzorger. Een euthanasieconsulent treedt immers niet alleen ter verheldering luisterend op, maar ook actief handelend als informatieverstrekker en coördinator. Een euthanasieconsulent zal in de praktijk euthanasie niet ‘promoten’, maar werkt in ruime zin wel mee aan het proces en zou daarmee gezien kunnen worden als voorstander of pleitbezorger. De rol van euthanasieconsulent kan zo op gespannen voet staan met geestelijke verzorging in het klerikale of diaconale model. In 2007 was er een geestelijk verzorger wiens zending werd ingetrokken, omdat de rol van EC onverenigbaar werd geacht met de rooms-katholieke leer. Het is de vraag welk standpunt andere zedende instanties innemen. Het Humanistisch Ver-

bond is expliciet voorstander van euthanasie als waardig levenseinde. Voor de groep institutioneel niet gezonden geestelijk verzorgers lijkt deze vraag niet aan de orde.

omdat men euthanasie beleeft als een recht

Past actieve betrokkenheid bij euthanasie in het specialisme-model dat geestelijke verzorging opvat als zorgspecialisme? Informatieverstrekking en coördinatie rond de uitvoering van een euthanasieverzoek gaan verder dan het verhelderen van een hulpvraag. De wetgever stelt dat beslissingen rond het levenseinde niet ‘tot normaal medisch handelen behoren, maar een handelen betreffen dat maatschappelijk genormeerd is’.⁷ Euthanasie wordt beleidsmatig niet opgevat als onderdeel van palliatieve zorg. Het ASz ziet consultatie bij euthanasie echter als onderdeel van stervenbegeleiding en palliatieve zorg. Van de Ende verwijst voor wetenschappelijke onderbouwing van de rol van de euthanasieconsulent naar antropologisch onderzoek van Pool (1996) en The (2000). Een onderbouwde visie vanuit het gezichtspunt van de geestelijke verzorging bestaat bij mijn weten niet. Zijn alle taken van de euthanasieconsulent verenigbaar met de kerntaken van een geestelijk verzorger, zoals geformuleerd in de geldende beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen?

Er bestaat geen overzicht hoe zorginstellingen de geestelijke verzorging en zorg rond euthanasieproblematiek momenteel invullen. Directies gaan verschillend om met eisen op het gebied van opleiding en zending bij werving en aanstelling van geestelijk verzorgers. De rol van EC kan bij een team Geestelijke Verzorging belegd worden, maar dat hoeft in het geheel niet het geval te zijn. In het ASz is per geestelijk verzorger formeel 4 uur per week voor de taak van EC ingeruimd.

Euthanasie buiten een zorginstelling

Extramuraal leeft niet minder behoefte aan ondersteuning rond actieve levensbeëindiging dan intramuraal. De meeste van de uitdrukkelijke verzoeken om euthanasie – in 2011 waren er landelijk 13.400 verzoeken om levensbeëindiging – wor-

den gericht aan de huisarts. In het ASz is in 2013 van de reeds genoemde 15 gehonoreerde aanvragen slechts 4 keer euthanasie uitgevoerd in het ziekenhuis. Het merendeel van de gevallen vond elders plaats (thuis, verpleeghuis, hospice). In de praktijk fungeert vaak de huisarts als euthanasieconsulent. In de driedubbele positie van geconsulteerde, beslisser en uitvoerder ontbeert de huisarts ondersteuning, zowel praktisch, emotioneel als geestelijk. Ook patiënten ontberen aanbod van levensbeschouwelijk en morele counseling en rituele expressie rond euthanasie. Als het gaat om euthanasie lijkt hier sprake van braakliggend terrein. Licht hier vooral een taak voor vrijgevestigde geestelijk verzorgers? Gaat de hulpvraag dan

Euthanasieconsulent zal in de praktijk euthanasie niet 'promoten'

primair uit van de huisarts of van een patiënt of van beide? En hoe zit het dan met de vergoeding van gemaakte uren? Tijdig spreken over het levenseinde kan betekenen dat hulpvragen zullen opkomen bij mensen lang voordat zij opgenomen worden in een instelling, denk bijvoorbeeld aan de wens om een wilsbeschikking op te stellen. En hoe kunnen geestelijk verzorgers / euthanasieconsulenten betrokken blijven bij mensen die uit het ziekenhuis ontslagen worden om elders te sterven? De minister stelt in genoemde brief dat samenwerkingsafspraken met de eerste lijn ook een mogelijkheid is om euthanasiebeleid vorm te geven.

Rechtspositie euthanasieconsulent

De genoemde Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding regelt de positie en daarmee de rechtsbescherming van de behandelende arts en patiënt in hun onderlinge relatie. Indien een arts om persoonlijke redenen niet wil ingaan op een euthanasieverzoek, dient hij of zij door te verwijzen naar een collega-arts. De positie van een euthanasieconsulent is wettelijk niet geregeld.⁸ Voor de in een instelling werkzame geestelijk verzorger speelt, al dan niet in combinatie met het genoemde punt van zending, net als voor een arts de vraag van het persoonlijk geweten en

de emotionele belasting. Bestaat er in relevante gevallen een mogelijkheid of zelfs verplichting om door te verwijzen naar een collega euthanasieconsulent of geestelijk verzorger? De rol van andere consulenten buiten de directe arts-patiëntrelatie – denk aan vrijwilligers van Stichting de Einder of NVVE – is evenmin wettelijk geregeld en moet worden afgeleid uit jurisprudentie. Mutatis mutandis is dit een aandachtspunt voor vrijgevestigde geestelijk verzorgers. Het lijkt gewenst dat de overheid komt met richtlijnen en liefst waarborgen voor hulpverleners/euthanasieconsulenten met het oog op de huidige principiële strafbaarheid van hulp bij zelfdoding door iedereen die geen arts is. Een eenduidige functie- en taakomschrijving van de euthanasieconsulent met bijbehorende kwalificatie-eisen of beroepscode is met het oog hierop wellicht noodzakelijk.

Specifieke scholing en kennis

De taken van een euthanasieconsulent vallen voor een deel samen met die van een geestelijk verzorger in een ziekenhuis, maar de rol van euthanasieconsulent kan worden opgevat als specialisatie. De behoefte aan aanvullende scholing van de geestelijk verzorger is mede afhankelijk van zijn of haar werkveld. In een ziekenhuis kan gedacht worden aan drie thema's: ethiek, organisatie en beleid, samenwerking.⁹ Naar mijn idee vergt met name de coördinerende taak rond een euthanasieaanvraag niet alleen om basale wetkennis, maar strekt het tot aanbeveling zich op de hoogte te houden van jurisprudentie ter zake en een gevoeligheid te ontwikkelen ten aanzien van de verhouding tussen arts, patiënt en in voorkomende gevallen zorgorganisatie waar het gaat om rechten en plichten rond een euthanasieverzoek. Hierin zou een bijscholing kunnen voorzien.

Tot slot

Dit artikel biedt een inventarisatie van aandachtspunten met betrekking tot de 'euthanasieconsulent' in het licht van het werk van de geestelijk verzorger. Misschien is het mogelijk als beroepsgroep een breed gedragen visie te ontwikkelen op de omgang met vragen en verzoeken rond actieve levensbeëindiging. Hierbij zou de nieuwe beroepsstandaard Geestelijke Verzorging, waarvan de Proeve momenteel ter consultatie ligt, als uitgangspunt kunnen dienen.


Marjolein Rikmenspoel (1969) is recent afgestudeerd als geestelijk verzorger. Zij is jurist, auteur van twee boeken over spirituele intelligentie en publiciste (marjolein@notos.info).

Literatuur

- Ende, B. van de (2014). 'Geestelijk verzorger en euthanasieconsulent: uitstekend verenigbare functies', in: S. Körver (red.), *In het oog, in het hart. Geestelijke verzorging 2.1* (Nijmegen: Valkhof Pers), pp. 33-45.
- Ottens, M. (2004). *Euthanasieconsulent en Geestelijk verzorger in een Algemeen Ziekenhuis*. Alblisserdam.
- Pool, R. (1996). 'Euthanasie', *Medisch Contact* 51, nr. 21, pp. 705-707.
- The, A-M. (2000). *Euthanasieconsulent in het voormalige Drechtstedenziekenhuis. Verslag van een evaluatie*. Amsterdam.
- Werkveldraad ziekenhuizen van de VGVZ (2014). 'Rapportage werkgroep specialisatie' (niet gepubliceerd).
- Protocol Euthanasie (2014), Albert Schweitzer ziekenhuis (niet gepubliceerd).
- Tweede Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (2012). Den Haag: ZonMw.
- De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*. KNMG-standpunt, 23 juni 2011.

Noten

- 1 Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer betreffende Kamervragen, kenmerk 642117-123488-PG, 28 juli 2014.
- 2 Deze definitie stamt uit 1985 en is afkomstig van de Staatscommissie Euthanasie.
- 3 Wet van 12 april 2001, houdende toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding).
- 4 Zie de onder Bronnen opgenomen Evaluatie 2012 WtI, p. 14.
- 5 In preambule van het KNMG-standpunt 2011.
- 6 Spreek op tijd over uw levenseinde. KNMG, NFK, NPV, NPCF, NVVE ANBO, PCOB en Unie KBO, Utrecht: 2012. Er is ook een artsenversie van deze brochure. Zie www.knmg.nl/levenseinde.
- 7 Memorie van Toelichting (nr. 3), 26691, De toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding), Tweede Kamer de Staten-Generaal vergaderjaar 1989-1999, p.18.
- 8 Pans houdt een pleidooi voor een regeling voor de euthanasie-consulent, maar gebruikt deze term voor artsen zijnde niet SCEN-arts. Zie Pans, E. (2014). Normen nodig voor euthanasieconsulent, *Medisch contact*. 1066-1068.
- 9 Deze punten worden naast andere genoemd in de rapportage van de werkgroep specialisatie van de Werkveldraad ziekenhuizen. Andere werkvelden is gevraagd om ook met een dergelijke rapportage te komen.



Opgetild