

en indexen **Schrijfopdracht Ethiek**

m.b.t. de stelling:

**Een patiënte die in de war is, bijv. door dementie, die haar medicijnen weigert, mag je ongemerkt haar medicatie mengen door haar eten.**

**Tamara Blokland  
0778265  
klas VLK-2-G1**

## **Inhoudsopgave**

|                 |   |
|-----------------|---|
| Inleiding       | 2 |
| Analyse         | 2 |
| Conclusie       | 5 |
| Literatuurlijst | 7 |

## Inleiding

Dementie is een tamelijk veel voorkomende aandoening, die bovendien door de vergrijzing van de bevolking sterk toeneemt. Dementie kan op iedere leeftijd voorkomen, maar doet zich toch meestal voor bij ouderen. Boven de 65 jaar komt de ziekte van Alzheimer bij 2,5 % van de bevolking voor. Als we ook andere vormen van dementie daarbij optellen, dan bedraagt dat percentage 5 %. Afhankelijk van de onderliggende oorzaak is bij dementie verbetering of een stabiele toestand mogelijk. Meestal is echter sprake van geleidelijke verslechtering. Deze verslechtering treedt vooral op in de cognitieve functies van de patiënt. Ook kan het gedrag van de patiënt sterk veranderen. Een patiënt kan bijvoorbeeld in de war zijn, dat hij niet begrijpt waarom hij medicatie krijgt en ook niet in staat is hier verduidelijking in te krijgen (Vandereycken & Van Deth 1997:120). Een gevolg hiervan kan zijn dat de patiënt zijn medicatie weigert in te nemen. En dan? Moet de patiënt zijn wil gerespecteerd worden en hoeft hij de medicijnen niet te nemen? Of worden zijn medicijnen ongemerkt door zijn eten gemengd, omdat hij die medicijnen nu eenmaal nodig heeft? De vraag is dus hoe je het beste kan handelen in een situatie waarin een demente patiënt door verwardheid als gevolg van die dementie zijn medicatie weigert?

## Analyse

Op de vraag hoe te handelen bij een situatie als deze is geen eenduidig antwoord te geven. In dit soort kwesties moet er een balans gevonden worden tussen wat nodig is voor de patiënt om de kwaliteit van zijn leven en/of het leven zelf te behouden enerzijds, en de wil van de patiënt anderzijds om een juiste beslissing te kunnen maken. Per patiënt zal deze balans uit verschillende factoren bestaan en dus ook tot verschillende resultaten leiden (Wilmot et al. 2002:6).

Bij demente patiënten met verwardheid als gevolg van de ziekte kan deze keuze echter niet door henzelf genomen worden. Hun wil kan niet zonder meer gerespecteerd worden omdat ze door hun cognitieve achteruitgang niet meer in staat zijn om samenhangende beslissingen te maken (Meisel 1989, in Moody 2003:18). De keuze dient dan door anderen gemaakt te worden, bijv. door familieleden of door de arts. Verpleegkundigen spelen hierin een grote, ondersteunende rol omdat zij vaak veelvuldig in contact zijn geweest met de patiënt en dus over veel bruikbare informatie betreffende de patiënt kunnen beschikken.

Voor het nemen van beslissingen voor volwassenen die hiertoe zelf niet meer in staat zijn bestaan verschillende benaderingswijzen. Deze variëren van de “best interests” standaard tot de “substituted judgement” standaard (Moody 2003:18).

De “best interests” standaard (best interests = in het belang van de patiënt, wat het beste is voor de patiënt) is erop gericht om de belangen te beschermen van personen die niet in staat zijn om zelf beslissingen te nemen over hun behandeling, omdat zij niet in staat zijn om de voor- en nadelen per behandeling met elkaar te vergelijken. De belangen van een patiënt worden bij deze standaard beschermd door telkens na te gaan wat de patiënt nodig heeft om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te verkrijgen (Beauchamp and Childress 1994, in Moody 2003:18).

De benadering van de “substituted judgement” (substituted judgement = vervangend oordeel) daarentegen heeft als doel om beslissingen rondom behandeling op dezelfde manier te nemen (voor zover dat mogelijk is) als de patiënt gedaan zou hebben, wanneer deze nog wél in staat was geweest om keuzes te maken. Een vervangend oordeel kan verschillende vormen hebben. Zo is er de mogelijkheid dat familieleden van de patiënt en/of iemand die gevolmachtigd is door de patiënt proberen vast te stellen wat de patiënt in een dergelijke situatie gewild zou hebben. Een andere vorm is de wilsverklaring. Een patiënt kan hebben vastgelegd, in een periode waarin hij nog wel wilsbekwaam was, wat zijn wensen zouden zijn mocht hij in deze situatie terecht komen (Newton 1999, in Moody 2003:18).

Volgens Dewing (2002) is het zo dat “decisions made in the patient’s best interests should go beyond medical interests and include factors such as the last known wishes and beliefs of the person as well as current wishes and wellbeing” (in Moody 2003:18). Een patiënt heeft er dus het meeste baat bij als een beslissing niet alleen op medische gronden wordt genomen. Ook de huidige kwaliteit van het leven en de eventuele wensen die een patiënt zou hebben gehad in deze situatie spelen een belangrijke rol in de besluitvorming. Bij deze benadering zijn de standaarden van “best interests” en

“substituted judgement” samengevoegd en kan dus voor een patiënt de meest gunstige beslissing genomen worden, mits er tussen de verschillende factoren overeenstemming bereikt kan worden. Het kan echter zo zijn dat wat als het beste wordt gezien voor een persoon in een bepaalde situatie, niet overeenkomt met de wensen van een patiënt in die bepaalde situatie zoals die eerder zijn vastgesteld in bijv. een wilsverklaring. Een bepaald dement persoon heeft bijvoorbeeld erg veel last van beangstigende wanen en hallucinaties, hij zou veel baat kunnen hebben bij het gebruik van antipsychotica. Deze persoon heeft echter, voordat hij dement werd, op schrift laten stellen dat hij, mocht hij ooit door een of andere reden wilsonbekwaam worden, geen medicamenteuze behandeling wil. Hij heeft die keuze toen gemaakt omdat naar zijn mening de meeste medicijnen toch troep zijn en omdat hij in een dergelijke situatie niet wil dat zijn leven “onnodig gerekt” wordt door het gebruik van medicijnen. Hier is dus geen overeenstemming tussen beide factoren, maar juist een conflict. En wat dan?

The Nursing and Midwifery Council (2002) heeft in de *Code of Professional Conduct* een richtlijn vastgesteld over hoe te handelen bij weigering van behandeling: “When patients or clients are no longer legally competent and thus have lost the capacity to consent to or refuse treatment and care, you should try to find out whether they have previously indicated preferences in an advance statement. You must respect any refusal of treatment or care given when they were legally competent, provided the decision is clearly applicable to the present circumstances and there is no reason to believe that they have changed their minds” (in Moody 2003:19). Als een wilsonbekwame patiënt dus weigert om zijn medicatie in te nemen, probeer je er eerst achter te komen of de patiënt een wilsverklaring heeft en of daar iets in staat betreffende het gebruik van medicijnen. Een dergelijke wilsverklaring moet aan een aantal voorwaarden voldoen, wil hij rechtsgeldig zijn en dus gebruikt kunnen worden. Art. 7:450 lid 3 BW stelt:

In het geval waarin een patiënt van zestien jaren of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, worden door de hulpverlener (...), de kennelijke opvattingen van de patiënt, geuit in schriftelijke vorm toen deze tot bedoelde redelijke waardering nog in staat was en inhoudende een weigering van toestemming (...), opgevolgd. De hulpverlener kan hiervan afwijken indien hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht.

Een wilsverklaring is dus alleen geldig bij patiënten van zestien jaar of ouder, moet schriftelijk zijn vastgelegd toen de patiënt nog wilsbekwaam was en moet een duidelijke opdracht bevatten tot het nalaten van een bepaalde behandeling. Als de wilsverklaring rechtsgeldig is, moet als laatste worden vastgesteld of de omstandigheden van de betreffende situatie overeenkomen met de omstandigheden zoals deze in de wilsverklaring vastgesteld zijn en of er geen redenen zijn om aan te nemen dat de patiënt van gedachten is veranderd. Hierbij is het verstandig om bij collega's na te gaan hoe zij de situatie zien. Pas dan kan de wilsverklaring nageleefd worden en is het juridisch verplicht om de wens van de patiënt betreffende het weigeren van een bepaalde behandeling te respecteren.

Als er echter niet aan al deze voorwaarden kan worden voldaan is de wilsverklaring niet geldig. Ook kan een hulpverlener besluiten “van een geldige wilsverklaring af te wijken indien hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht” (Art. 7:450 lid 3 BW). Een dergelijke reden kan zijn, als de verklaring niet van recente datum is, dat sinds de opstelling er zich medische ontwikkelingen hebben voorgedaan waarvan het redelijk is te veronderstellen dat die tot een andere verklaring zouden hebben geleid. Ook als de wilsverklaring voor meer dan één uitleg vatbaar is of als niet voldoende zeker is wie de verklaring heeft opgesteld, kan besloten worden om de verklaring niet op te volgen (Beumer & Den Hartog-van Ter Tholen 2002:104-105).

In gevallen waarbij een wilsverklaring niet nageleefd wordt omdat deze niet geldig is of omdat daar andere gegronde redenen voor zijn, of als er überhaupt geen wilsverklaring is opgesteld, kan de wil van een patiënt niet direct nageleefd worden. De volgende stap is dan nagaan of er familieleden of gevolmachtigden van de patiënt zijn om zijn wensen te vertegenwoordigen. In overleg met een arts kunnen zij dan bepaalde besluiten nemen. Indien er ook geen relevante familieleden of gevolmachtigden van de patiënt zijn, moeten beslissingen door een hulpverlener, vaak een arts, op basis van de “best interests” criteria genomen worden (Moody 2003:19). De beslissing hoe te handelen bij het weigeren van medicatie wordt dan bepaald door te kijken naar wat het beste is voor de

patiënt. Het streven is om de kwaliteit van het leven zo hoog mogelijk te houden en/of te krijgen. Wat er besloten wordt verschilt dus per patiënt. Zo kan bij een zeer zieke, terminale patiënt worden besloten om deze niet te gaan dwingen tot het nemen van bepaalde medicijnen als deze het lijden alleen maar verlengen. Als dezelfde patiënt echter de medicijnen weigert die zijn lijden verlichten, zal er besloten worden dat de patiënt op de een of andere manier toch de medicijnen binnen krijgt. In deze gevallen is er een verminderende kwaliteit van leven die onomkeerbaar is, eventuele behandeling is er dan alleen op gericht om zoveel mogelijk comfort in de laatste levensfase te bewerkstelligen. Bij patiënten met dementie die nog een voldoende kwaliteit van leven hebben en waarbij medicatie er voor zorgt dat deze kwaliteit ook behouden blijft, zal bij het weigeren van medicatie besloten worden dat de patiënt de medicatie op een of andere manier toch binnen moet krijgen. Hetzelfde geldt voor demente patiënten met een verminderde kwaliteit van leven waarbij medicatie er voor kan zorgen dat de kwaliteit van leven kan verbeteren tot een acceptabel niveau. In deze twee gevallen is het voor de patiënt dus het beste om medicatie te krijgen omdat deze de kwaliteit van leven behoudt en/of verhoogd. Als de patiënt de medicatie weigert moet er een manier worden gevonden om de medicatie toch bij de patiënt binnen te krijgen. Het kan dan dus inderdaad nodig zijn om de medicatie ongemerkt door het eten van de patiënt te mengen.

## Conclusie

Wat is een juiste manier van handelen in een situatie waarin een demente patiënt door verwardheid als gevolg van die dementie zijn medicatie weigert?

Ten eerste moet beseft worden dat de wensen van demente patiënten die last hebben van verwardheid niet zonder meer gerespecteerd kunnen worden omdat ze door hun cognitieve achteruitgang niet meer in staat zijn om samenhangende beslissingen te maken (Meisel 1989, in Moody 2003:18). Belangrijke keuzes, ook die betreffende medicatie, dienen dan door anderen gemaakt te worden, bijv. door familieleden of door de arts. De verpleegkundige heeft hierin een grote en ondersteunende rol.

Een patiënt heeft er het meeste baat bij als deze beslissingen niet alleen op medische gronden worden genomen. Ook de huidige kwaliteit van het leven en de eventuele wensen die een patiënt zou hebben gehad in deze situatie spelen een belangrijke rol in de besluitvorming (Dewing 2002, in Moody 2003:18)

De tweede stap is dan dat er een daadwerkelijk besluit moet worden genomen over wat te doen. The Nursing and Midwifery Council (2002) heeft in de *Code of Professional Conduct* een richtlijn vastgesteld over hoe te handelen bij weigering van behandeling. Deze richtlijn kan onderverdeeld worden in verschillende stappen. Als een verpleegkundige deze stappen puntsgewijs volgt in een situatie waarin een demente patiënt zijn medicatie weigert, wordt er op een juiste manier gehandeld en kan er tot een weloverwogen besluit worden gekomen. Hieronder een beknopte weergave van die stappen:

- Allereerst probeer je er achter te komen of de patiënt een wilsverklaring heeft en of daar iets in staat betreffende het gebruik van medicijnen. Een dergelijke wilsverklaring moet aan een aantal voorwaarden voldoen, wil hij rechtsgeldig zijn en dus gebruikt kunnen worden. Volgens Art. 7:450 lid 3 BW is een wilsverklaring alleen geldig bij patiënten van zestien jaar of ouder, de verklaring moet schriftelijk zijn vastgelegd toen de patiënt nog wilsbekwaam was en de verklaring moet een duidelijke opdracht bevatten tot het nalaten van een bepaalde behandeling. Als de wilsverklaring rechtsgeldig is, moet als laatste worden vastgesteld of de omstandigheden van de betreffende situatie overeenkomen met de omstandigheden zoals deze in de wilsverklaring vastgesteld zijn en of er geen redenen zijn om aan te nemen dat de patiënt van gedachten is veranderd. Hierbij is het verstandig om bij collega's na te gaan hoe zij de situatie zien. Pas dan kan de wilsverklaring nageleefd worden en is het juridisch verplicht om de wens van de patiënt betreffende het weigeren van een bepaalde behandeling te respecteren.
- Als een wilsverklaring niet aan alle voorwaarden kan voldoen zoals die bij het eerste punt gesteld zijn en dus niet geldig is, of als er überhaupt geen wilsverklaring is opgesteld, kan de

wil van een patiënt niet direct nageleefd worden. De volgende stap is dan nagaan of er naaste familieleden of gevolmachtigden van de patiënt zijn om zijn wensen te vertegenwoordigen. In overleg met een arts kunnen zij dan bepaalde besluiten nemen.

- Indien er ook geen relevante familieleden of gevolmachtigden van de patiënt zijn, moeten beslissingen door een hulpverlener, vaak een arts, op basis van de “best interests” criteria genomen worden (Moody 2003:19). De beslissing hoe te handelen bij het weigeren van medicatie wordt dan bepaald door te kijken naar wat het beste is voor de patiënt. Het streven is om de kwaliteit van het leven zo hoog mogelijk te houden en/of te krijgen. Wat er besloten wordt verschilt dus per patiënt. Bij patiënten met dementie die nog een voldoende kwaliteit van leven hebben en waarbij medicatie er voor zorgt dat deze kwaliteit ook behouden blijft, zal bij het weigeren van medicatie besloten worden dat de patiënt de medicatie op een of andere manier toch binnen moet krijgen. Hetzelfde geldt voor demente patiënten met een verminderde kwaliteit van leven waarbij medicatie er voor kan zorgen dat de kwaliteit van leven kan verbeteren tot een acceptabel niveau. In deze twee gevallen is het voor de patiënt dus het beste om medicatie te krijgen omdat deze de kwaliteit van leven behoudt en/of verbeterd. Als de patiënt de medicatie weigert moet er een manier worden gevonden om de medicatie toch bij de patiënt binnen te krijgen. Het kan dan dus inderdaad nodig zijn om de medicatie ongemerkt door het eten van de patiënt te mengen.

Bij een situatie waarin een demente patiënt door verwardheid als gevolg van die dementie zijn medicatie weigert, kan het volgen van de stappen van de richtlijn uit de *Code of Professional Conduct* een zeer goede houvast bieden om een goed overzicht te krijgen van de situatie. Het is dan immers zeker dat alle factoren die belangrijk zijn bij het nemen van het besluit bekeken worden. Binnen de verschillende stappen wordt duidelijk aangegeven op welke factoren gelet moet worden. Hierin is natuurlijk echter veel “speelruimte” aanwezig, omdat per patiënt verschilt welke factoren bij hem van invloed zijn en in welke mate. Omdat het vaak een ethische kwestie betreft, zullen ook de normen en waarden van de betreffende behandelaar een rol kunnen spelen.

Mij lijkt het dus goed om de stappen van de richtlijn te gebruiken om een compleet overzicht van alle beïnvloedende factoren te krijgen en voor enige sturing over hoe met deze beïnvloedende factoren om te gaan. Het is hierin wel erg belangrijk te beseffen dat deze factoren per patiënt verschillend kunnen zijn en dus ook tot verschillende uitkomsten kunnen leiden. Blijf ook kritisch naar jezelf kijken of je wel zo objectief mogelijk bent, en je je niet teveel laat leiden door je eigen normen en waarden. Het kan hierbij erg waardevol zijn om situaties met collega's te bespreken, zodat je van verschillende mensen hoort hoe zij er over denken, en dus ook met verschillende standpunten kennis kunt maken. In ethische kwesties lijkt het mij namelijk niet juist als besluiten hierin worden genomen op basis van wat één persoon denkt dat juist is.

## Literatuurlijst

Beumer, F.J.A. & R.M. den Hartog-van Ter Tholen. 2002. *Recht voor verpleegkundigen*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.

Moody, J. 2003. 'Dementia and personhood: implications for advance directives'. *Nursing older people* 15 (4):18-21

Vandereycken, W. & R. van Deth. 1997. *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Wilmot, S. et al. 2002. 'Ethical issues in the feeding of patients suffering from dementia'. *Nursing Ethics* 9 (6):599-611