

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/21507>

Please be advised that this information was generated on 2021-01-24 and may be subject to change.

WGBO in de praktijk: starten en stoppen van hemodialyse bij een 90-jarige patiënt

M.G.M.OLDE RIKKERT, A.LELIE, H.A.M.J.TEN HAVE, H.W.VAN HAMERSVELT EN W.H.L.HOEFNAGELS

Dames en Heren,

Voor patiënten met bepaalde chronische ziekten zijn geavanceerde medisch-technische voorzieningen beschikbaar die het leven kunnen verlengen en de ziektelast kunnen verminderen. Sommige behandelingen kunnen thuis worden toegepast (bijvoorbeeld: chronische ambulante peritoneale dialyse of (par)enterale voeding), terwijl andere alleen in een ziekenhuis kunnen plaatsvinden (bijvoorbeeld: chronische intermitterende hemodialyse of periodieke transfusie van bloedprodukten). Vanwege de vergrijzing zal men steeds vaker ook bij ouderen voor de keuze staan of een dergelijke behandeling gestart dient te worden. Bovendien kan de vraag opkomen hoe lang een chronische behandeling, vooral als die plaatsvindt bij een oudere patiënt, gecontinueerd moet worden. In het verpleeghuis heeft deze vraag bij uitstek betrekking op het wel of niet continueren van sondevoeding.¹ In het ziekenhuis is de beslissing over zowel het starten als het stoppen van chronische hemodialyse een frequent voorkomend moreel dilemma. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) geeft het kader aan waarbinnen deze besluitvorming moet plaatsvinden. De patiënt moet geïnformeerd worden en zijn toestemming is vereist. In geval van wilsonbekwaamheid van meerderjarigen worden andere voorwaarden gesteld ten aanzien van de besluitvorming. De wet geeft echter niet aan hoe de wilsonbekwaamheid in de praktijk bepaald moet worden.

In deze klinische les willen wij laten zien dat de besluitvorming in dergelijke casussen kan verbeteren wanneer verschillende dimensies van het morele dilemma systematisch worden besproken. Herhaalde klinimetric van medische, psychologische en functionele graadmeters in een ruime periode van observatie van de patiënt kan daarbij van nut zijn om de individuele prognose te verhelderen en vragen omtrent de wilsonbekwaamheid te beantwoorden. Met een functionele beoordeling wordt in de geriatrie een evaluatie van het prestatievermogen van een persoon op globaal niveau (mobiliteit en zelfredzaamheid) en op meer specifiek orgaanniveau (cog-

Zie ook de artikelen op bl. 1780 en 1795.

nitie, continentie, gehoor, visus en communicatieve vaardigheden) bedoeld. Bepalend hiervoor zijn psychische, somatische en sociale factoren en hun interacties.

Patiënt A is een 90-jarige man die in het Academisch Ziekenhuis Nijmegen (AZN) wordt behandeld met chronische intermitterende hemodialyse. De oorzaak van de nierinsufficiëntie is niet met zekerheid bekend. Gezien de zeer trage achteruitgang van de nierfunctie in meer dan 20 jaar en het ontbreken van proteïnurie gaat het waarschijnlijk om tubulo-interstitiële nefritis dan wel chronische pyelonefritis. Voorbijgaande postrenale obstructies door een overloopblaas bij prostaathypertrofie in 1981 en door een uretersteen in 1989 hebben de verslechtering van de nierfunctie versneld.

Patiënt is weduwnaar en heeft zes dochters. Hij is vitaal en zeer op zijn vrijheid gesteld. Na een ernstige valpartij in 1991 en een myocardinfarct in 1992 was het echter noodzakelijk dat hij in een verzorgingshuis ging wonen. Tijdens de langdurige begeleiding door de nefroloog wordt hij uitvoerig en herhaaldelijk geïnformeerd over de te verwachten voor- en nadelen van dialyse. Hij wordt in deze keuze beslisvaardig geacht en dit wordt bevestigd in het onderzoek van de geconsulteerde klinisch geriater. Zijn geestelijke vermogens blijken slechts beperkt door een matige inprentingsstoornis. Patiënt vertoont geen stemmingsstoornis en heeft nog een duidelijke levenswil. Hoewel de wens om zijn vrijheid zo lang mogelijk te behouden hem lang heeft weerhouden om met dialyse te starten, doen ernstige jeuk en algehele malaise hem uiteindelijk toch hiertoe besluiten. Er is dan inmiddels sprake van een terminale nierinsufficiëntie. De dialyse wordt gestart in december 1993. Vooral vermindering van zijn jeuk en misselijkheid wordt als behandeldoel geformuleerd. Na de start van de dialyse verdwijnen deze klachten inderdaad. Patiënt blijft echter ernstige vermoeidheidsklachten houden, ondanks een acceptabele hemoglobineconcentratie van 5,5-6,0 mmol/l, bereikt met behulp van erythropoëtine. Met een dialysedosis van 3 maal 3 h per week en een gemiddelde ureumreductieratio (1 - ureumwaarde na dialyse/ureumwaarde voor dialyse) van 60% lijkt onvoldoende dialyse uitgesloten. De gemeten dialysedosis, dat is de voor de renale restklaring gecorrigeerde k.t/v, bedraagt immers 1,2-1,3 (k.t/v = ureumklaring door kunstnier ×

Academisch Ziekenhuis, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Afd. Geriatrie: M.G.M.Olde Rikkert, assistent-geneeskundige; prof.dr. W.H.L.Hoefnagels, klinisch geriater.
Afd. Nierziekten: dr.H.W.van Hamersvelt, nefroloog.
Katholieke Universiteit, vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, Nijmegen.
Mw.drs.A.Lelie, ethicus-onderzoeker; prof.dr.H.A.M.J.ten Have, arts-ethicus.
Correspondentie-adres: M.G.M.Olde Rikkert.

dialysetijd/verdelingsvolume voor ureum; de algemeen geaccepteerde ondergrens hiervan voor adequate dialyse is circa 1.0). In medische zin treden overigens geen complicaties op. Patiënt zelf, zijn familie en de behandelende artsen nemen al met al een positief effect van dialyse waar op zijn kwaliteit van leven, doch dit is minder groot dan verwacht. Patiënt geeft desondanks in deze fase herhaaldelijk aan de dialyse te willen voortzetten.

Na enkele goede maanden nemen zijn geheugenbeperkingen vanaf augustus 1994 duidelijk toe. Hij is wisselend gedesoriënteerd in tijd en plaats. Vanaf september krijgt hij in het verzorgingshuis visuele hallucinaties, waar hij met agitatie op reageert. Zijn verzorgingsbehoefte neemt toe. Ook tijdens de dialyse zijn er nu perioden van desoriëntatie, afwezigheid van ziekte-inzicht en motorische onrust, maar hij heeft geen dialysehypotensie. De onverklaarde verwardheid is voor de nefroloog aanleiding om de geriater wederom te consulteren, met bovendien de vraag of de dialyse gestopt moet worden. Deze laatste vraag blijkt enerzijds samen te hangen met de onrust van de patiënt tijdens dialyse, waardoor deze behandeling in technische zin bemoeilijkt wordt. Anderzijds staat voor de behandelende nefroloog de zin van de dialyse ter discussie.

In een eerste bijeenkomst van patiënt, familie, huisarts, verpleegkundigen, nefroloog en klinisch geriater wordt unaniem besloten tot observatie van de patiënt op de afdeling Geriatrie van het AZN. De complexiteit van het dilemma en het ontbreken van een diagnose voor de cognitieve stoornissen zijn hiervoor de redenen. Er wordt overeengekomen een ruime periode te gebruiken voor het besluitvormingsproces over het wel of niet continueren van de dialyse.

Bij opname in september 1994 zien wij een bleke, magere, in zichzelf gekeerde man. Hij oogt conform zijn kalenderleeftijd. Bij algemeen lichamelijk onderzoek zijn er geen nieuwe bevindingen. Zijn gehoor is redelijk, zijn visus beiderzijds duidelijk beperkt. Hij loopt zelfstandig met een stok. Zijn gang is echter onzeker en het risico te vallen is duidelijk vergroot. De bevindingen bij gedragsobservatie en psychiatrisch onderzoek zijn:

- duidelijke defecten in korte- en lange-termijngeheugen met continue desoriëntatie in tijd en wisselende desoriëntatie wat plaats en persoon betreft;
- apraxie zonder agnosie of afasie;
- wisselend niveau van bewustzijn, aandacht en concentratie;
- verminderd ziektebesef, oordeelsvermogen en abstract denkvermogen;
- de stemming is niet somber, maar er zijn perioden van achterdocht en agressie zonder hallucinaties.

Overdag is patiënt sociaal niet actief en heeft hij veel hulp nodig bij zijn algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Hij is wisselend incontinent voor faeces, heeft een gestoord slaap-waakritme en eet matig. Het aanvullende neuropsychologische onderzoek levert wegens sufheid en visusbeperking van patiënt onvoldoende gegevens voor een diagnose op. De wisselingen in zijn bewustzijn en gedrag zijn niet duidelijk diurnaal en hangen ook niet duidelijk samen met de dialyse.

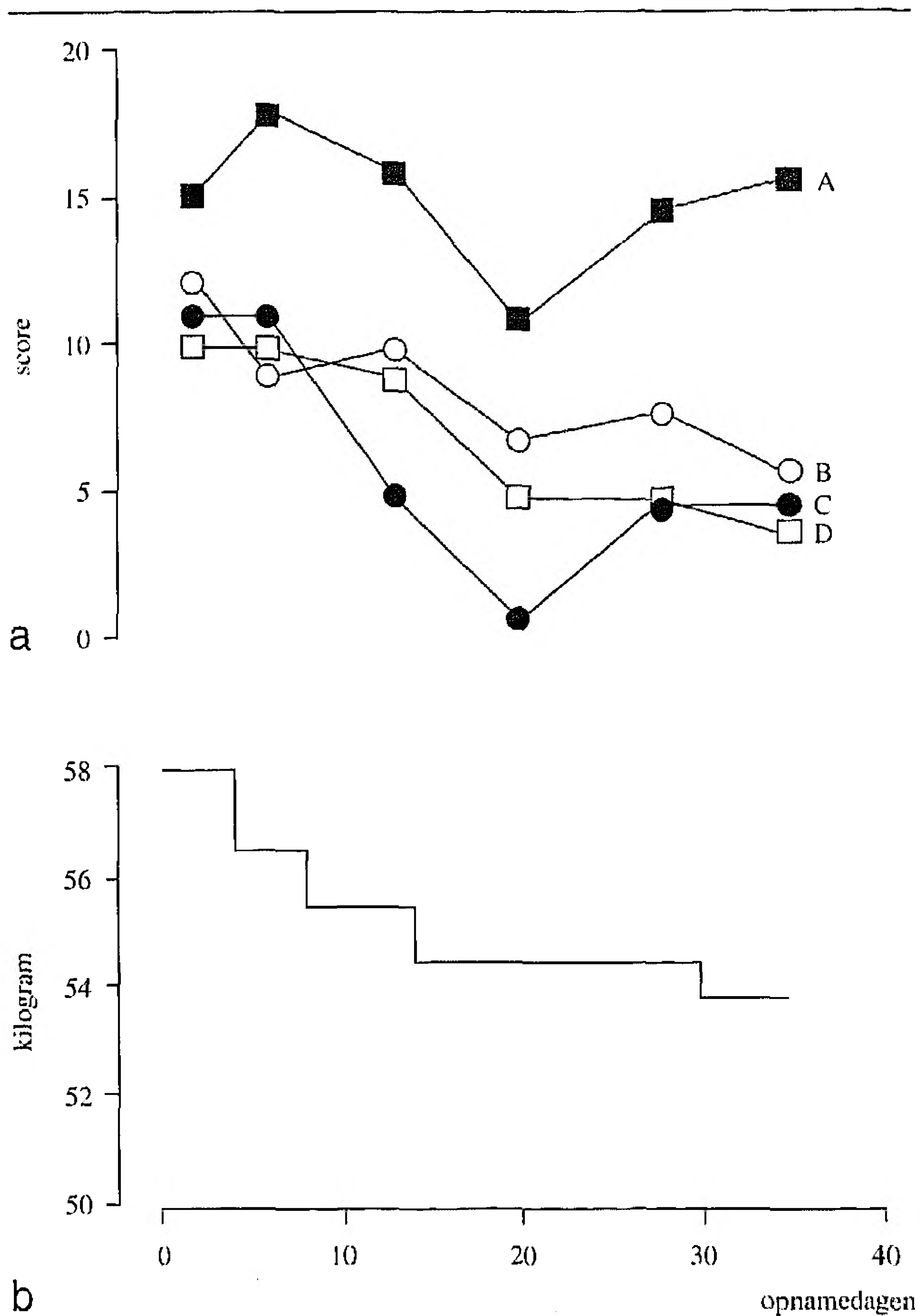
Cerebrale computertomografie toont centrale en corticale atrofie zonder tekenen van infarcering of subduraal hematoom. Elektro-encefalografie laat een beeld zien van diffuse encefalopathie. Bij uitvoerige metabole screening wordt echter niet de oorzaak van de psychische stoornissen gevonden. Patiënt gebruikt de volgende medicijnen: digoxine (0,0625 mg 1 maal per 2 dagen; de digoxinespiegel is goed), captopril (12,5 mg 2 dd), ferrofumaraat (200 mg 2 dd); atenolol (12,5 mg 3 maal per week), calciumcarbonaat (9 g/dag), polystyreensulfonzuur (30 g 1 dd), alfacalcidol (0,25 µg 1 dd), haloperidol (0,5 mg 2 dd) en vitamine B-complex. Een intoxicatie wordt onwaarschijnlijk geacht, evenals een belangrijke bijdrage van de laag gedoseerde hydrofiele β -blokker aan de cognitieve stoornissen.

Op grond van deze bevindingen luidt de diagnose 'multicausaal dementiesyndroom volgens DSM-IV-criteria, gecompliceerd door een chronisch delier'. De schommelingen in het interne milieu door de hemodialyse zullen waarschijnlijk hebben bijgedragen aan de wisselingen in bewustzijn, stemming en gedrag. Het is bekend dat een delier ten gevolge van chronische metabole ontregeling lang kan duren.

Om eventuele functieverandering in de tijd vast te leggen verricht men tijdens de opname wekelijks 4 verschillende klinimetrische observaties (figuur). Beoordelingen van cognitie, mobiliteit, zelfzorg en welbevinden vinden aan het eind van de ochtend plaats en niet direct na dialyse. Behoudens de loopscore van Tinetti zijn deze meetinstrumenten uitgebreid gevalideerd; het is mogelijk gebleken om met behulp van seriële metingen veranderingen bij individuele patiënten op te sporen.^{2,3} Tevens wordt patiënt dagelijks gewogen. Hij blijkt geleidelijk gewicht te verliezen. De dialyse wordt hierdoor in technische zin bemoeilijkt omdat het streefgewicht steeds moet worden bijgesteld (zie de figuur).

Uit de herhaalde klinimetrische evaluatie blijkt dat patiënt functioneel in ADL-score en mobiliteit achteruitgaat, hetgeen wordt bevestigd door de verpleegkundige rapportage. De 'Mini-mental state examination'-score verandert niet, maar wijst met een gemiddelde waarde van 15 wel op een dementiesyndroom. De ervaren kwaliteit van leven neemt af. Bij navraag geeft patiënt echter te kennen de dialyse te willen continueren. Hij weet op die momenten echter niet meer wanneer hij voor het laatst gedialyseerd is en waarom dit gebeurt.

Hij wordt door de geriater niet langer beslisvaardig geacht ten aanzien van het wel of niet stoppen met dialyse. Patiënt heeft in een eerder stadium geen wilsverklaring geschreven. Gezien de vrij snelle functionele achteruitgang lijkt hij zich in een preterminale fase te bevinden. Dialyse draagt naar de mening van het behandelteam nu niet meer bij tot verbetering van zijn kwaliteit van leven. Bovendien wordt de dialyse in toenemende mate bemoeilijkt door de psychogeriatrische stoornissen en het gewichtsverlies. Het alternatief – overlijden door uremie – wordt als een milde dood beoordeeld. In de morele afweging vindt het behandelteam daarom de nadelen van dialyse voor deze patiënt, zowel in medi-



Klinimetrische waarden (a) en streefgewicht (b) van patiënt A. De klinimetrische waarden betreffen: (A) cognitie ('Mini-mental state examination'; score-uiterssten: 0-20); (B) welbevinden ('Philadelphia geriatric center morale scale'; 0-17); (C) mobiliteit (loopscore van Tinetti; 0-28) en (D) zelfzorg (Barthel-index voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen; 0-20). Van deze meetschalen werden Nederlandse vertalingen gebruikt.

sche-technische zin als binnen zijn psychosociale kader, zwaarder wegen dan de voordelen.

Na de observatieperiode van 5 weken volgt opnieuw een moreel beraad. Alle betrokkenen, behalve de patiënt, zijn hierbij wederom aanwezig. De conclusies over diagnose en prognose worden besproken. De dochters zien de dialyse in toenemende mate als een belasting voor hun vader: hij klaagt steeds meer over de lange duur ervan en zij vinden hem in toenemende mate verward na afloop. Zij menen dat hun vader, indien hij nog voldoende ziekte-inzicht zou hebben, niet zou kiezen voor verdere levensverlenging in afhankelijkheid van medische technologie. In goed overleg wordt vervolgens besloten dat de dialyse gestopt zal worden en dat patiënt terug zal gaan naar het verzorgingshuis. De huisarts zal ter plekke de palliatieve zorg overnemen.

Dit beleid wordt geëffectueerd in november 1994. De familie neemt een groot deel van de dagelijkse zorg rond het sterfbed op zich. Na 2 weken overlijdt de patiënt. De dochters vermelden in het overlijdensbericht dat hun vader 'rustig en waardig' is overleden.

Internationaal en nationaal is er een sterke stijging van het aantal oudere patiënten bij wie dialyse wordt gestart.⁴ In Nederland geldt geen absolute leeftijdsgrens. De stelregel dat de biologische leeftijd in dezen meer bepalend is dan de kalenderleeftijd lijkt algemeen geaccepteerd.⁵ In een Portugese groep patiënten bij wie dialyse gestart werd boven de leeftijd van 80 jaar, werd een acceptabele actuariële overleving gevonden van 89%, 78% en 48% over respectievelijk 6, 12 en 24 maanden na de start, ondanks de uitgebreide comorbiditeit in deze groep ouderen.⁶ Ouderen hebben vergeleken met jongeren een slechtere prognose als zij worden gedialyseerd, maar dit is meer een effect van de toename van de comorbiditeit dan van de leeftijd zelf.⁴ Over de effecten van hemodialyse op de kwaliteit van leven van oude patiënten wordt in de literatuur verschillend geoordeeld. Wij pleiten ervoor om bij twijfel over het starten van dialyse bij ouderen een lage drempel te hanteren voor een proefbehandeling. Een dergelijke proefperiode van dialyse kan worden gebruikt om te zien of expliciete behandeldoelen ook inderdaad bereikt worden.

Neu en Kjellstrand vonden in een grote groep dialysepatiënten (1766 patiënten van alle leeftijden) 22% sterfte door het staken van de dialyse in een onderzoeksperiode van 18 jaar.⁷ De helft van de groep patiënten bij wie gestopt werd, was niet wilsbekwaam. In al deze gevallen was een medische complicatie aanleiding om te stoppen. In 73% van de gevallen werd de discussie door de arts begonnen en in 27% door de familie. In de V.S. is het stoppen van dialyse momenteel de belangrijkste doodsoorzaak bij dialysepatiënten ouder dan 70 jaar.⁴ Moss geeft in zijn overzicht over dialyse bij ouderen twee rechtvaardigingsgronden voor het staken van dialyse: het weigeren van dialyse door een hiertoe beslisvaardige patiënt en een ongunstige balans van voor- en nadelen van dialyse.⁵

BEPALING VAN WILSBEKWAAMHEID

Respect voor de autonomie van een patiënt veronderstelt diens wilsbekwaamheid. De WGBO omschrijft dit begrip als het in staat zijn tot 'een redelijke waardering van de belangen ter zake' (onder andere artikel 7:405). Dit sluit aan bij de precisering van Dillmann en Legemaate van het globale begrip 'wilsbekwaamheid' tot het beter toetsbare begrip 'beslisvaardigheid ten aanzien van een bepaald probleem'.⁸ Aan deze beslisvaardigheid worden volgens hen meerdere aspecten onderscheiden:

- een keuze kenbaar kunnen maken;
- feitelijk begrip hebben van de belangrijkste elementen van een keuzesituatie;
- rationele manipulatie van de gegevens kunnen verrichten; en
- inzicht hebben in de aard van de eigen situatie.

Mede op basis hiervan is door het ministerie van Justitie en het voormalige ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een handreiking gepubliceerd met concrete richtlijnen voor de bepaling van wilsbekwaamheid ten aanzien van behandelbeslissingen.⁹ Hierin

wordt het centrale begrip nader omschreven: 'Een patiënt kan als wilsbekwaam worden beschouwd, als hij er blijk van geeft de op zijn bevattingsvermogen afgestemde informatie te begrijpen naar de mate die voor de aard en de reikwijdte van de aan de orde zijnde beslissing noodzakelijk is. Die informatie betreft de aard van de gezondheidstoestand, de aard en het doel van de voorgestelde behandeling, de aard en het doel van eventuele alternatieven, de te verwachten gevolgen van de voorgestelde behandeling en de te verwachten gevolgen van het achterwege laten van de behandeling.' Indien een patiënt wilsonbekwaam wordt geacht, moet zekerheid bestaan dat niet slechts sprake is van een tijdelijke wilsonbekwaamheid (bijvoorbeeld in geval van een delier). De wilsbekwame patiënt moet zijn keuze kenbaar kunnen maken.

Een eerste voorwaarde voor een zorgvuldige beoordeling van wilsbekwaamheid is het op juiste wijze aanbieden van de informatie. Een oudere patiënt kan beperkingen hebben in visus, gehoor en snelheid van informatieverwerking. Het is allereerst noodzakelijk het functionele niveau voor deze communicatieve en intellectuele vaardigheden van een patiënt te kennen. De wijze waarop de informatie wordt aangeboden moet hierbij passen. Het blijkt dat luid en duidelijk spreken, het gebruik van tekeningen en schriftelijke toelichting en het herhaaldelijk aanbieden van de informatie het begrip kunnen verbeteren.¹⁰

Om iemands wilsbekwaamheid te kunnen beoordelen is het noodzakelijk te weten of er psychiatrische stoornissen aanwezig zijn. Niet alleen de aanwezigheid, maar ook de ernst van stoornissen bepaalt de wilsbekwaamheid. In een enquête onder 2100 Amerikaanse artsen bleek dat 72% ten onrechte van mening was dat iedere patiënt met dementie ook wilsonbekwaam is.¹¹ De ernst van de dementie, de overgebleven cognitieve vaardigheden en de complexiteit van het dilemma bepalen of iemand wilsbekwaam is. De reikwijdte van de beslissing bepaalt welk niveau van wilsbekwaamheid nodig is. Door in een gesprek met de patiënt zijn begrip en de verwerking van de informatie te onderzoeken, kan men zijn wilsbekwaamheid ten aanzien van het betreffende probleem beoordelen. Overigens is voor de WGBO de patiënt wilsbekwaam tot het tegendeel is bewezen. Er moet een duidelijke reden zijn om het vermogen van een patiënt tot een autonome beslissing in twijfel te trekken.

Is een patiënt wilsbekwaam, dan is zijn toestemming vereist om dialyse te kunnen starten. Wanneer een wilsbekwame patiënt dialyse wenst te stoppen, moet aan deze wens gehoor worden gegeven. Bij een eventuele beoordeling van de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van deze beslissing is niet de aard van de uiteindelijke keuze, maar de mate van begrip en oordeelsvermogen bepalend. Voor een verstrekkende beslissing zoals het stoppen van dialyse mag een relatief hoog niveau van wilsbekwaamheid worden geëist; daarbij moet in het bijzonder een te behandelen depressie worden uitgesloten.

Indien een patiënt wilsonbekwaam wordt geacht op

het moment van het morele dilemma kan een wilsverklaring richting geven aan de te nemen beslissing. In dit kader wordt gepleit voor het opstellen van een ziektespecifieke wilsverklaring. Hierin doet een wilsbekwame patiënt een uitspraak omtrent de gewenste handelwijze in geval van die complicaties die bij zijn ziekte en behandeling het meest voorkomen.¹² In geval van het starten van dialyse kan zo reeds bij aanvang met de patiënt overlegd worden onder welke omstandigheden hij niet meer behandeld wil worden. Indien er geen wilsverklaring is, zal de behandeling volgens de WGBO (artikel 7:465) bepaald moeten worden in overleg tussen de behandelende artsen en de wettelijke vertegenwoordiger (curator of mentor), de persoonlijk gemachtigde of onbenoemde vertegenwoordiger(s) (echtgenoot, levensgezel, ouders, kinderen of broers en zussen). In principe volgt de behandelende arts in geval van wilsonbekwaamheid de mening van de vertegenwoordiger, tenzij dit niet verenigbaar is met zijn eigen verantwoordelijkheid als hulpverlener. De WGBO stelt dat een hulpverlener pas zorg levert passend bij een 'goed hulpverlenerschap' als hij handelt conform de 'op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de [...] professionele standaard' (artikel 7:453). Deze algemene professionele standaard bepaalt wanneer met een behandeling wel of geen resultaat valt te behalen, en wanneer een behandeling in algemene zin eventueel als medisch zinloos kan worden beschouwd. Indien er wel resultaat te verwachten is, moet er een individuele afweging volgen: wat betekent de behandeling voor deze patiënt? Hoe groot is objectief gezien de belasting, wat zijn de ervaren lasten van de behandeling en wat is het individuele voordeel? Op grond van deze op de patiënt toegesneden afweging kan een behandeling die nog wel effect kan hebben, voor een bepaalde patiënt niet meer gewenst en dus op individuele basis medisch zinloos zijn.¹³ Het starten van dialyse bij een patiënt die wilsonbekwaam is vanwege een dementiesyndroom is op basis van een dergelijke individuele afweging vrijwel altijd ongewenst.

KLINIMETRIE EN INDIVIDUELE PROGNOSE

De inschatting van een individuele prognose kan bij een moeilijke besluitvorming een cruciale rol spelen. Herhaalde klinimetrische bepalingen kunnen het afstemmen van de prognose van één of meer chronische ziekten op de betreffende afzonderlijke patiënt verbeteren.¹⁴ Tevens kunnen functionele implicaties van ziektelast worden vastgelegd. In de geriatrie staan ons daarvoor meerdere goed gevalideerde meetinstrumenten ten dienste. Wanneer men ruim de tijd neemt voor dergelijke ingrijpende beslissingen kan men de patiënt goed en herhaaldelijk observeren.

MOREEL BERAAD

In het AZN is een model ontwikkeld voor moreel beraad op de afdeling.¹⁵ Drie waarden staan hierbij centraal: de gezondheid en het welbevinden van de patiënt, het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverleners. Essentieel voor het morele beraad is dat in één of meer multidisciplinair

re zittingen meerdere dimensies van het gezondheidsprobleem van de patiënt besproken worden:

- de medische dimensie (diagnose, behandelmogelijkheden en prognose);
- de verpleegkundige dimensie (verpleegkundige diagnose, functionaliteit en sociaal netwerk van de patiënt); en
- de persoonlijke dimensie (de waarden van de patiënt, diens wensen, religie, gezin, bijzondere omstandigheden).

Dit overleg eist van alle betrokkenen een intensieve dialoog met de patiënt.

BESPREKING VAN DEZE CASUS

De indicatie voor het starten van dialyse bij deze 90-jarige patiënt werd vooral gevormd door zijn ernstige klachten. Het levensverlengende effect van de behandeling werd op dat moment ook gewenst door de patiënt. Hij gaf, na herhaaldelijk op passende wijze te zijn geïnformeerd, toestemming om dialyse te starten en hij werd hiertoe wilsbekwaam geacht. De inprentingsstoornissen wettigden nader onderzoek van zijn wilsbekwaamheid. Vanwege het gunstige effect van de dialyse in het licht van de gestelde behandeldoelen werd deze na de proefperiode gecontinueerd.

De toenemende psychiatrische stoornissen na 9 maanden dialyse riepen echter de vraag op of de behandeling niet alsnog gestopt moest worden. Om deze vraag te beantwoorden volgde men de werkwijze van het morele beraad. Bovendien moest wederom de wilsbekwaamheid van patiënt worden beoordeeld. Op grond van diverse gesprekken met patiënt, de bevindingen bij het neuropsychologisch onderzoek en de klinische observaties werd hij niet meer beslisvaardig geacht volgens de genoemde criteria. Het gebrek aan ziekte-inzicht en de stoornissen in het abstract denken en het oordeelsvermogen verhinderden het feitelijk begrip van de eigen situatie en een afweging van de keuzemogelijkheden. Hoewel er wisselingen waren in het klinisch beeld, bleef de wilsonbekwaamheid bestaan. Er was geen geschreven wilsverklaring voorhanden. Van zelfbeschikking in de strikte zin kon dus geen sprake zijn.

Na herhaaldelijk multidisciplinair overleg werd het nadeel van dialyse zoveel groter geacht dan het onzekere voordeel dat het continueren van dialyse als ongewenst werd beschouwd. Er bestond hierbij gelukkig geen verschil van mening tussen de kinderen van de patiënt, die optraden als de vertegenwoordigers, en degenen die hem behandelden. Allen hadden de indruk dat de patiënt meer gebaat was bij het stoppen van dialyse dan bij het gevolg geven aan zijn, in een eerder stadium geuite, wens met dialyse door te gaan.

Dames en Heren, het al dan niet starten of stoppen van chronische dialyse bij ouderen is een steeds vaker voorkomend probleem. Een algemene oplossing hiervoor is niet te geven. Starten van dialyse kan ook op hoge leeftijd zinvol zijn, doch men moet zo nodig van deze beslissing terug durven komen. De besproken patiënt is uitzonderlijk vanwege de zeer hoge leeftijd waarop ge-

start is met dialyse. Tevens is het opmerkelijk dat de dialyse binnen een jaar weer werd gestopt zonder dat er sprake was van een medische complicatie. Dit illustreert de mogelijkheid van een flexibele houding ten aanzien van starten en stoppen van dialyse. Wij hebben getracht een algemene strategie te schetsen die in deze moeilijke afwegingsprocessen van dienst kan zijn. Het blijft echter zo dat moeilijke morele dilemma's pas kunnen worden opgelost na zorgvuldig wikken en wegen.

LITERATUUR

- ¹ Tan IY, Bosch JSG van den. Meningsverschil over sondevoeding bij een demente patiënt. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:385-8.
- ² Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986;34:119-26.
- ³ British Geriatrics Society/Royal College of Physicians working party. Standardised clinical instruments and measurement scales for elderly patients. London: Royal College of Physicians, 1992.
- ⁴ Kjellstrand CM, Hylander B, Collins AC. Mortality on dialysis - on the influence of early start, patient characteristics, and transplantation and acceptance rates. Am J Kidney Dis 1990;15:483-90.
- ⁵ Moss AH. Dialysis decisions and the elderly [review]. Clin Geriatr Med 1994;10:463-73.
- ⁶ Neves PL, Sousa A, Bernardo I, Anunciada AI, Pinto I, Bexiga I, et al. Chronic haemodialysis for very old patients. Age Ageing 1994;23:356-9.
- ⁷ Neu S, Kjellstrand CM. Stopping long-term dialysis. An empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. N Engl J Med 1986;314:14-20.
- ⁸ Dillmann RJM, Legemaate J. Ethiek, recht en dementie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1992;47:827-46.
- ⁹ Ministerie van Justitie. Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. 's-Gravenhage: Ministerie van Justitie, 1994.
- ¹⁰ Tymchuk AJ, Ouslander JG. Optimizing the informed consent process with elderly people. Educ Gerontol 1990;16:245-57.
- ¹¹ Markson LJ, Kern DC, Annas GJ, Glantz LH. Physician assessment of patient competence. J Am Geriatr Soc 1994;42:1074-80.
- ¹² Singer A. Disease-specific advance directives. Lancet 1994;344:594-6.
- ¹³ Dupuis HM. De morele aanvaardbaarheid van non treatment decisions. In: Dupuis HM, Meinders AE, redacteuren. Wel of niet behandelen? Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, 1995:87-99.
- ¹⁴ Branch LG, Meyers AR. Assessing physical function in the elderly [review]. Clin Geriatr Med 1987;3:29-51.
- ¹⁵ Post Academisch Onderwijs Geneeskunde. Moreel beraad op de afdeling. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1993.

Aanvaard op 28 maart 1995

Bladvulling

We gaan vooruit

Zoo staat de geneeskunde onzer dagen 'in het teken der therapie'. eindigt Spreker. Wij mogen ons daarover verheugen. Vijftig jaar lang heeft het geduurd, alvorens de pathologische anatomie een algeheele reformatie onderging, zonder aan de therapie ten goede te komen. Eerst het indringen in het wezen der ziekteoorzaken geeft ons een blik in het wezen der ziekte zelf. En daarmee opent zich het morgenrood van een wetenschappelijke, van een causale therapie.

(Particuliere Correspondentie. Ned Tijdschr Geneesk 1895; 39I:731.)