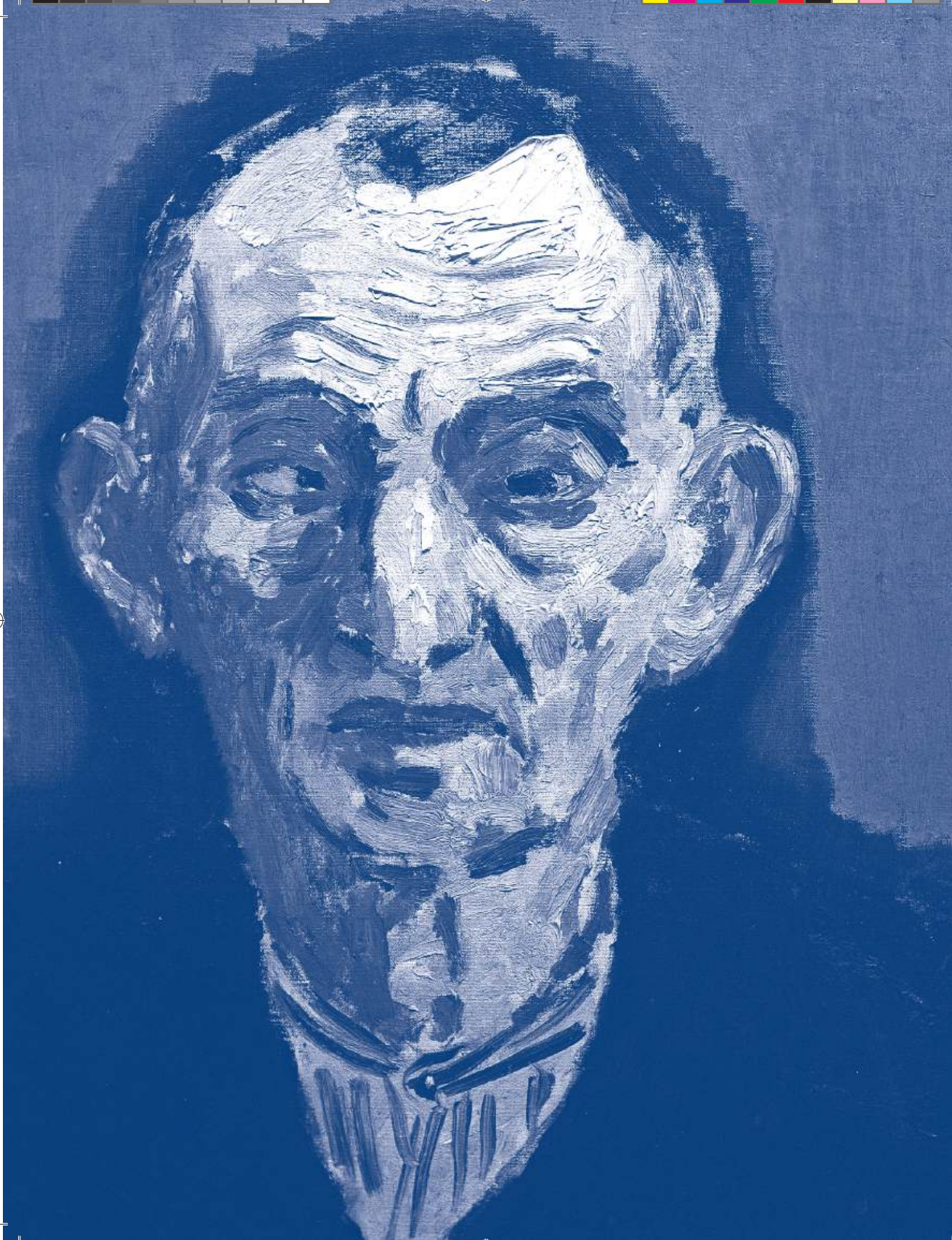






# ‘Een pilletje kan mij er bovenop helpen’

## Situatie

*De heer K. is ongeveer 70 jaar oud; hij is ongehuwd en heeft langere tijd alleen gewoond nadat zijn moeder is overleden. Hij is enig kind van zijn ouders. Meneer werkte in een vleesfabriek en is op z'n veertigste werkloos geraakt. Daarna heeft hij nooit meer gewerkt. Meneer heeft weinig contacten. De burens zoeken hem zo nu en dan op en zijn zijn contactpersonen. De contacten met de familie zijn verwaterd. Vroeger logeerde hij wel bij neven, maar nu ziet hij hen haast niet meer.*

*Meneer heeft in het ziekenhuis gelegen en woont/verblijft sinds twee maanden op de palliatieve afdeling van het verpleeghuis. Hij heeft kanker en de inschatting is dat hij niet meer zo lang te leven heeft. Kortgeleden heeft de geestelijk verzorger op verzoek van de verpleegkundige een kennismakingsgesprek gehad met meneer. Uit dit gesprek blijkt dat meneer geen idee heeft van de ernst van zijn ziekte en het perspectief. Bij navraag meent de verpleegkundige dat meneer door de arts op de hoogte is gesteld van zijn ziekte.*

*Meneer is alleenstaand en heeft nauwelijks een netwerk om zich heen. Hij lijkt nauwelijks besef te hebben van de ernst van zijn situatie en zijn perspectief. In het gesprek met de geestelijk verzorger vertelt hij dat hij mogelijk een virus heeft en dat een pilletje hem er weer bovenop kan helpen. Dan kan hij weer naar huis, oppert hij. Maar eigenlijk weten de artsen niet goed wat hij heeft, vertelt hij. De manier waarop meneer contact maakt doet me denken aan mensen met een stoornis uit het autismespectrum, maar in het dossier is daar niets over te vinden. Meneer lijkt er belang bij te hebben zijn werkelijke situatie niet onder ogen te zien. Op de afdeling ziet hij om zich heen mensen sterven en is daardoor geraakt.*

## Ethische vraag

Als geestelijk verzorger in opleiding vind ik het belangrijk dat mensen de gelegenheid krijgen om op hun eigen manier afscheid te kunnen nemen van het leven. Daarvoor moet je wel weten dat je op een palliatieve afdeling bent en niet meer beter wordt. Mogelijk heeft hij zin-

gevingsvragen, die een plaats kunnen krijgen in het gesprek. Mogelijk zou hij bezig willen met het opmaken van zijn levensbalans. Mogelijk wil meneer nog afscheid nemen van mensen, nadenken over zijn uitvaart, nog dingen regelen, et cetera. Of: mogelijk wil meneer hier helemaal niet bijilstaan en vindt hij het te moeilijk zijn eindigheid onder ogen te zien.

Er lijkt geen ruimte te zijn om hier aandacht >

< Kees van Dongen, 'Portret van de vieux clown', 1906





aan te kunnen besteden, omdat er veel onduidelijkheid is over de inschatting van zijn situatie door meneer zelf en door het personeel, dat geen ruimte voelt het gesprek hierover te openen.

### ***Met wie bespreken en met welk doel***

Ik zou de kwestie willen bespreken met de eerstverantwoordelijke verpleegkundige van meneer, met de arts ouderengeneeskunde en met de psycholoog, in een soort multidisciplinair overleg.

Het doel is een goede afweging maken in het recht doen aan meneer in deze fase van zijn leven: Wat is voor hem het goede leven? Wat betekent dit voor de informatieverstrekking aan meneer? (Daarbij ook rekening houdend met een eventuele aanpassing in communicatie vanwege een mogelijke psychische stoornis.) In het multidisciplinair overleg heb ik als doel: een bewuste keuze maken in het dilemma tussen enerzijds informatieplicht en anderzijds het recht op niet-willen-weten (mogelijk als fase in rouwverwerking, ontkenning).

Ik zou de vraag zoals hierboven geformuleerd als uitgangspunt willen nemen. Daarna zou ik een rondje willen doen met bevindingen van ieders discipline (beeldvormend). Daarna zou ik het dilemma willen bespreken met de voors en tegens van het ene standpunt (nadrukkelijk informeren) en de voors en tegens van het andere standpunt (niet-informeren) en de onderliggende waarden proberen met elkaar te benoemen (oordeelsvorming). Op basis van deze waarden zou ik een laatste rondje willen doen, waarbij de verschillende waarden tegen elkaar afgewogen worden en een besluit ge-

nomen wordt, inclusief afspraken over de uitwerking daarvan (besluitvorming en concrete afspraken).

### ***Standpunten, belangen en waarden***

*Persoon zelf:* Iemand heeft goede redenen om de keuzes in zijn leven te maken zoals hij/zij ze maakt, ook al lijkt dat voor de buitenwereld vreemd. Iemand heeft het recht op geïnformeerd worden, maar ook het recht op niet-informeren.

*Belang van arts:* Professionaliteit in de relatie arts-patiënt veronderstelt een open communicatie. Vanuit een zelfde beeldvorming kan de patiënt betere keuzes maken.

*Psycholoog:* Coping op gebeurtenissen is het behandelgebied van de psycholoog. Goede inschatting van persoonskenmerken kan daarvan een onderdeel zijn, evenals het adviseren van verpleegkundigen in het omgaan met meneer in de dagelijkse zorgverlening.

*Eerstverantwoordelijke verpleegkundige:* Goede zorgverlening geven, in aansluiting op de behoeften van de patiënt (professionaliteit). Rekening houden met de persoon van de patiënt is daarvan een onderdeel.

*Geestelijk verzorger:* Autonomie van de patiënt in relatie tot het recht doen aan goede zorg. Ruimte bieden voor de afronding van het leven met alles wat dat met zich meebrengt is een mensenrecht, hoort bij menslievendheid. <