

Klinische ethiek in de intensive care praktijk

Deel 1 – Is ethische casus afweging op de IC zinvol?

ERWIN J.O. KOMPANJE¹

Praktische wijsheid en afweging van de feiten vormen de basis voor een redenering op basis waarvan een medische of verpleegkundige beslissing op de intensive care wordt genomen. Praktische wijsheid en afweging van feiten en ethische principes vormen de basis voor de redenering van een beslissing met een moreel karakter. Op de intensive care-afdeling worden regelmatig medische beslissingen genomen waarbij morele waarden een rol spelen. De ervaring leert dat artsen en verpleegkundigen baat hebben bij een instrument voor ethische afweging in de praktijk. Dit artikel biedt een instrument om tijdens een multidisciplinair overleg op simpele maar geconstrueerde wijze tot een ethische afweging te komen. Uitgangspunten hierbij zijn intentie van handelen en een weging van ethische principes.

Kritiek 2004;5:20-25

Trefwoorden: intensive care, klinische ethiek, ethische afweging, intentie, ethische principes

Inleiding

De huidige verworvenheden van intensive care behandeling voor volwassenen zijn groot. Geavanceerde toepassing van kunstmatige beademing^(1,2) en ontgiftiging van ernstig zieke patiënten door bed-side dialyse⁽¹⁸⁾ hebben bijvoorbeeld hun effectiviteit bewezen. Aan de andere kant is de morbiditeit en mortaliteit van sepsis en multiorgaanfalen ondanks alle mogelijkheden van intensive care nog steeds zorgwekkend hoog⁽³⁾, en is niet elk handelen op de intensive care evidence-based of vrij van redelijke en zelfs gegronde twijfel.^(4,5,6) De vergrijzing van de bevolking in de westerse landen de komende dertig jaar zal toenemend effect op de complexiteit van de intensive care-zorg hebben. In de dagelijkse intensive care-praktijk zullen artsen en verpleegkundigen met regelmaat worden geconfronteerd met praktische problemen en beslissingen die (mede) een moreel karakter hebben. Vragen over het afzien of staken van behandeling; de verhouding tussen onderdeel van bepaalde monitoring, diagnostiek en therapie voor de patiënt en de

kans die de patiënt loopt op (ernstige) complicaties of bijwerkingen; vragen over beslissingsbekwaamheid van patiënten; het risico dat patiënten lopen (ernstig) gehandicapt te overleven; de ethiek van mortaliteit-voorspelling-schalen (zoals de APACHE); het grijze gebied tussen palliatieve intensive care-zorg en actieve levensbeëindiging; behandeling met een experimenteel karakter; schaarste problematiek (kosten en het beddentekort); triage; toestemming voor behandeling; vragen over proportionaliteit en effectiviteit van zorg, etc. De meeste patiënten die op een intensive care komen te overlijden sterven nadat ondersteunende therapie wordt gestaakt.^(7,8) Ook dit gegeven roept ethische vragen op. Analyse van deze problematiek behoort tot het aandachtsgebied van de klinische ethiek. Klinische ethiek kan gedefinieerd worden als het identificeren, analyseren en zoeken naar een oplossing van een moreel probleem in een specifieke patiëntencasus of situatie.⁽¹²⁾ Klinische ethiek staat dicht bij het medische handelen en gebruikt dezelfde methodologie. Artsen en verpleegkundigen op intensive care-afdelingen kunnen bij dergelijke beslissingen behoefte hebben aan een instrument voor ethische probleem afweging.^(9,10,11) Dit artikel biedt een instru-

ment voor ethische casus afweging tijdens multidisciplinair overleg (MDO) op de intensive care.

Zorgvuldige afweging en overweging

Kennis over de ziekte, het ziek-zijn en lijden van een individuele patiënt op een intensive care is omgeven met onzekerheden en is afhankelijk van de mogelijkheden en onmogelijkheden van diagnostiek en interpretatie van symptomen en verschijnselen. De twee fundamenten van de geneeskundige praktijk zijn: een diagnose stellen en beslissen tot de beste behandeling. Op basis van een diagnose en de keuze van therapie kan men een inschatting maken hoe het verloop zal zijn, maar zeker is men hiervan niet. Er kunnen onverwachte complicaties optreden en verbeteringen en verslechteringen in de toestand zijn moeilijk van tevoren in te schatten. In deze praktijk van onzekerheid zullen (soms ingrijpende) beslissingen moeten worden genomen. Het nemen van een medische beslissing met belangrijke consequenties voor de patiënt moet uiteraard een zorgvuldige en overdachte afweging van alle relevante feiten inhouden. Onder andere gebaseerd op kennis, ervaring, intuïtie, creativiteit, state-of-the-art, consensus en cultuur zal de arts zijn of haar afweging maken. Dit is 'praktische wijsheid' te noemen. De één is hier beter in dan de ander. Op intensive care-afdelingen, waar de consequenties van het handelen belangrijke invloed kunnen hebben op (de kwaliteit van) het leven van de patiënt, vormt afweging een essentieel onderdeel van het dagelijks werk. Praktische wijsheid en afweging vormen de basis voor praktische redenering. Deze redenering vormt de kern van de beslissing hoe te handelen. De verschillende hulpverleners delen hun praktische wijsheid met elkaar en maken vaak in samenspraak een afweging en vervolgens een beslissing. Meestal is uiteindelijk één persoon eindverantwoordelijk. Naast een medische redenering kan een ethische redenering van belang zijn. Ook hier vormt praktische wijsheid en afweging de basis voor de praktisch ethische redenering. En net als bij een medische afweging kunnen de

¹ Klinisch ethicus
Erasmus Medisch Centrum Rotterdam,
Afdeling Intensive Care Centrumlocatie,
Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam
E-mail: e.j.o.kompanje@erasmusmc.nl



Raadsel

Diuretica

Therapie met diuretica kan de hartgrootte reduceren en de efficiëntie van de linkerventrikel doen toenemen door:

- 1 vermindering van het circulerend volume;
- 2 vermindering van cardiale vullingsdruk;
- 3 toename van neurohormonale activatie;
- 4 stabilisatie van de elektrolyten.

Meerdere antwoorden mogelijk.

Zie voor het juiste antwoord pagina 30.

meningen tussen individuen verschillen en kunnen er verschillende beslissingen worden genomen. Sommige artsen en verpleegkundigen zullen beweren dat voor klinisch ethische afwegingen geen speciale vaardigheden nodig zijn, en dat een beslissing met een mogelijke ethische lading gewoon medische of verpleegkundige beslissing is. De uiteindelijke redenering én beslissing zijn een medische redenering en medische beslissing, maar een aparte ethische afweging kan wel degelijk helpen in het totale beslisproces. Afwegen is niet gelijk aan beslissen; het draagt bij aan de beslissing. Ethische consultatie op de intensive care heeft bewezen effectief te zijn bij afwegingen rond beslissingen over het staken van behandeling.^(13,14) In deze studie bleek dat 87% van de artsen en verpleegkundigen op de intensive care van mening was dat aparte ethische afweging en consultatie zinvol was.⁽¹⁴⁾ Het reduceren van een probleem waarin morele waarden een rol spelen tot sec een medisch probleem gebaseerd op pathofysiologische criteria is wat kortzichtig en doet de waarden van de patiënt én van de gezondheidszorg te kort. Net zoals sommige artsen en verpleegkundigen snelle medische en verpleegkundige beslissingen na ampele afweging (kunnen) maken, zullen sommigen ook op deze wijze ethische beslissingen nemen. Sommige beslissingen kunnen door hun spoedeisende karakter echter niet anders dan snel genomen worden (bijvoorbeeld beslissen tot reanimatie bij een onverwachte circulatiestilstand, of tot intubatie bij een ademstilstand). Maar als er de tijd wel is, en de hulpverleners oordelen dat ethische afweging niet nodig, dan nemen zij de complexiteit van de werkelijkheid en de waarden van patiënt en samenleving niet serieus. Sommige artsen en verpleegkundigen kunnen zich 'blindstaren' op pathofysiologische waarden en alleen op basis van de interpretatie van deze waarden hun behandeling baseren en legitimeren, zonder de persoonlijk waarden van de patiënt en professionele waarden in overweging te nemen. Zo kunnen de bloedwaarden en beademingswaarden goed zijn, maar is het tegelijkertijd voor-

spelbaar dat de patiënt de intensive care niet levend of niet anders dan met een ernstige aantasting van diens kwaliteit van leven zal kunnen verlaten. Het zijn juist dit soort gevallen waar ethische afweging behulpzaam is gebleken.^(13,14) Klinisch ethische afweging is een procedurele methode. Ethische problemen zijn altijd verbonden met conflicten van waarden. In de geneeskunde zijn deze waarden weer veelal verbonden met medische feiten. In de klinisch ethische benadering zijn de feiten niet los te zien van de waarden. 'Good ethics starts with good facts'.⁽¹⁵⁾ Dat trekt de geneeskundige praktijk en de klinische ethiek dicht, en veelal onlosmakelijk, bij elkaar. Klinisch medische afweging én klinisch ethische afweging vormen de kern van het klinisch handelen op een intensive care. Hierbij gaat het vooral om de intentie van waaruit wij handelen.

Intentie

Wat is de reden, de intentie, om te handelen zoals we handelen? In principe zouden we dit bij elke handeling die we aan een patiënt verrichten moeten nagaan, maar de praktijk leert dat dat niet altijd het geval is. Waarom doen we onderzoek en verrichtingen aan die specifieke patiënt? Wat drijft ons? Wat is onze motivatie en legitimatie? Om een aantal voorbeelden te noemen: met welke intentie voeren we een cardiopulmonale reanimatie uit bij een bepaalde patiënt? Wat is

de reden om een Swan-Ganz catheter bij die specifieke patiënt in te brengen? Waarom maken we standaard elke dag een röntgenfoto van de thorax of prikken we routinematig bloed bij een beademde patiënt? Wat is de reden dat we opiaten en Midazolam aan een patiënt geven na het staken van de behandeling? Of waarom geven we het juist niet? Of waarom verhogen we standaard de dosis zonder dat er plausibele reden toe is? Waarom doen we een bronchiaal toilet bij een stervende patiënt? Waarom wassen we een IC-patiënt elke dag en verschonen we elke dag zijn bed? Allemaal vragen die met onze persoonlijke intentie en de groep (of afdeling) intentie van doen hebben. Het nagaan van de intentie van het handelen is belangrijk bij een ethische afweging. Het geeft inzicht in het doel van ons handelen en in de morele basis daarvan. Dat de intentie er wel degelijk toe doet blijkt onder andere uit uitspraken in de Nederlandse rechtspraak.⁽¹⁹⁾

Ethische principes

Bij een ethische afweging kunnen ethische principes een belangrijk uitgangspunt vormen. De vier klassieke principes zijn: weldoen, allereerst geen schade berokkenen (*primum non nocere*), rechtvaardigheid en het respecteren van de autonomie van de patiënt. Morele principes zijn een uiting van onze overtuiging over de morele eisen die aan mensen gesteld mogen worden. De principes

>

> 'allereerst geen schade berokkenen' en 'rechtvaardigheid' bepalen in de geneeskunde van alle dag onze plicht om anderen geen schade toe te brengen en een handelen na te streven dat gericht is op een gelijke behandeling en een rechtvaardige verdeling van lusten en lasten en verdeling van schaarse middelen. Deze principes hebben een publieke aard. Het gaat een ieder aan. Het 'respecteren van de autonomie' en het 'weldoen' zijn van een meer persoonlijke aard en geven invulling aan de persoonlijke overtuigingen en idealen van een individu. De principes hebben een 'prima facie' gebod; dat wat op het eerste gezicht geboden is. Of men dit gebod ook werkelijk in praktijk brengt hangt echter af van de totale afweging van de principes. Een gebod 'allereerst geen schade toebrengen' klinkt mooi, maar wij berokkenen op een intensive care afdeling juist veel schade: wij prikken aders en slagaders aan, brengen hier kortere en langere catheters in, intuberen patiënten, brengen maagsondes in, opereren patiënten, nemen bloed af, stellen hen bloot aan straling, dienen medicamenten toe met een kans op (ernstige) bijwerkingen, veroorzaken (voorzien maar niet bedoeld) infecties en veroorzaken pijn en leed. Maar in een weging van principes komt duidelijk naar voren dat wij dat alles doen vanuit het perspectief van weldoen en soms na toestemming van de patiënt (respect voor de autonomie). Het 'weldoen' weegt dan zwaarder dan het gebod 'niet te schaden'. Maar uiteraard is dat niet altijd het geval (meer). In sommige gevallen zal men moeten besluiten dat er meer schade wordt berokkend dan er wordt welgedaan. Bij een dergelijke vaststelling moeten de behandelaars afwegen of (door)behandelen nog wel zin heeft.

Autonomie is een wat moeizaam principe in de dagelijkse intensive care-praktijk. Vele patiënten zijn door hun aanpak doening beslissingsonbekwaam: zij zijn in shock, in coma of hebben anderszins een verlaagd bewustzijn, zij zijn geseedeerd en medicamenteus verslapt of zij zijn geïntubeerd. Daarnaast is de invloed van ernstig ziek zijn, benauwd zijn, pijn of doodsangst hebben dempend op de

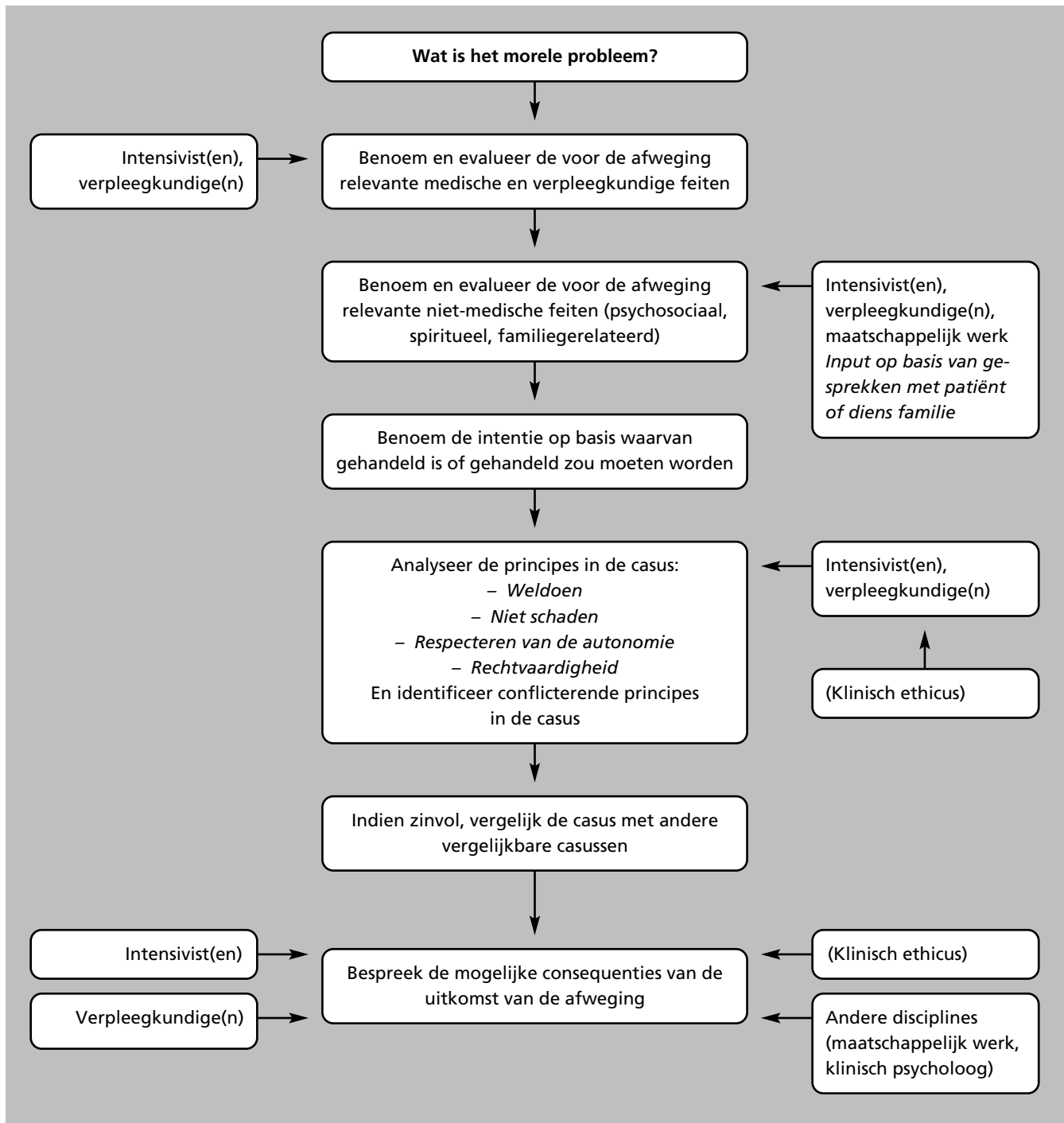
beslissingsbekwaamheid van mensen. Ook al zijn zij aanspreekbaar, dan betekent dat nog niet dat zij gewogen beslissingen kunnen maken. Dat maakt dat artsen en verpleegkundigen op een intensive care afdeling veelal paternalistisch handelen, soms in samenspraak met directe familieleden van de patiënt. Zij bepalen voor de patiënt wat goed voor hen is, welke diagnostiek er plaats moet vinden, welke monitoring er wordt aangebracht en voor welke therapie er wordt gekozen. Deze overwegingen en handelingen zijn in veel gevallen zo complex en ingewikkeld dat 'leken' niet goed kunnen inschatten of het nodig is in die specifieke situatie. Dat schept grote verantwoordelijkheid voor de hulpverleners bij hun keuzen. Gezien het feit dat niet alle interventies op een intensive care evidence-based of vrij van gegronde twijfel zijn en ernstige complicaties kunnen veroorzaken maakt dat deze beslissingen een ethisch karakter kunnen krijgen. Een voorbeeld hiervan is het (soms routinematig) inbrengen van een pulmonaalcatheter (Swan-Ganz catheter) bij hemodynamische instabiliteit. Er bestaat voor deze routine handeling geen overtuigend bewijs dat het inbrengen van de catheter en het meten van de cardiopulmonale drukken invloed hebben (positief en negatief) op de morbiditeit en mortaliteit. Daar staat tegenover dat er vele soorten complicaties zijn beschreven, waaronder met een hoge mortaliteit (zoals een ruptuur van de arteria pulmonalis). Het weldoen is in zo'n geval dubieus, de schade evident. Wat is in zo'n geval de legitimatie?

Model voor casusafweging

Afweging is een procedure, dus logischerwijs is ook een ethische afweging in verschillende stappen ingedeeld. Het hier voorgestelde model voor ethische casusafweging voor de intensive care bestaat uit een maximaal zeven stappen (zie *Figuur 1*). Tijdens het multidisciplinaire overleg (dat doorgaans zal bestaan uit de verantwoordelijke intensivist(en) en intensive care-verpleegkundigen, eventueel aangevuld met andere disciplines) of patiëntenbespreking zal in een specifieke casus een afweging kunnen worden

gemaakt. Dit overleg kan routinematig of ad hoc georganiseerd zijn. Een intensivist of verpleegkundige brengt de casus in.

- 1 De eerste stap is om het morele probleem of de vraag te definiëren. Dit probleem of vraag zal als uitgangspunt dienen voor de verdere afweging. Bijvoorbeeld: 'Is er reden deze patiënt nog invasief door te beademen?' of 'Moeten wij de, vanuit medisch oogpunt zinloze, behandeling van deze patiënt voortzetten omdat de familieleden dat eisen?', of 'Waarom wordt er geen DNR-beleid afgesproken bij deze patiënt?', of 'Is het moreel te verantwoorden om dergelijk hoge doseringen opiaten te geven na het staken van de behandeling?'
- 2 Hierna zal de intensivist en een verantwoordelijk verpleegkundige alle voor de analyse relevante medische en verpleegkundige/verpleegtechnische gegevens moeten benoemen. Wat is de diagnose? Wat hebben we deze patiënt aan behandeling geboden? Waaruit bestaat momenteel de behandeling? Wat zijn de mogelijkheden? Wat zijn de verpleegtechnische problemen? Hoe zijn de vooruitzichten? Is hetgeen wij doen evidence-based? Zijn er medisch en verpleegkundig gezien alternatieven? Zijn de feiten betrouwbaar en relevant? Zijn de feiten waard meegewogen te worden?
- 3 Vervolgens zullen de meer persoonlijke waarden van de patiënt ter tafel moeten komen. Weten we wat de patiënt zelf wil? Heeft de patiënt een bepaalde levensovertuiging? Heeft hij/zij een duurzame relatie? Zijn er kinderen? Zijn er gesprekken gevoerd met patiënt of diens familie? Is de verwachte uitkomst van de intensive care zorg in overeenstemming met de visie van de patiënt over wat hij/zij waardevol vindt? Wat is 'in the best interest of the patiënt?'
- 4 Wat is de intentie van behandeling en zorg bij deze patiënt?
- 5 Analyseer de vier principes en identificeer conflicterende principes. Een klinisch ethicus kan hier behulpzaam zijn als ondersteuning van de intensivist en verpleegkundigen.



Figuur 1 Model voor ethische afwegingen op de intensive care.

- 6 Indien wenselijk kan een vergelijking gemaakt worden met vergelijkbare ziektegevallen of eerdere klinisch ethische afwegingen en uitkomsten ('Toen hebben we zo gehandeld').
- 7 Bespreek met alle betrokken disciplines de consequenties van de afweging. De behandelend intensivist is en blijft eindverantwoordelijk voor de uiteindelijke beslissing hoe verder te gaan. De uitkomst van de klinisch ethische afweging zal hem/haar daarbij behulpzaam kunnen zijn. Korte verslaglegging van de afweging

en de eventuele beslissing in het patiëntendossier is zinvol.

Casus 'In Morpheus armen'

De 71-jarige J.M. is op de intensive care opgenomen na een catastrofale bloeding in de linker thalamus. De man had al jaren een niet behandelde hypertensie. Bij binnenkomst op de intensive care had hij een Glasgow Coma Schaal-score van 6, waarbij strekkrampen aan beide armen de beste motore reactie vormde. Hij was geïntubeerd en werd kunstmatig beademd. De neurochirurg zag gezien de

grootte van de bloeding en leeftijd van de patiënt geen nut in het chirurgisch ontlasten van het hematoom. De behandeling bestond uit het verlagen van de hypertensie en kunstmatig beademen. Na acht dagen beademing was er geen vooruitgang merkbaar en werd in overleg met de familie besloten de behandeling te staken. De beademing werd afgebouwd en de man kon een dag later worden geëxtubeerd. Zijn ademhaling was moeizaam, waarvoor 150 mg Hydrocortison intraveneus werd toegediend. Hij was diep comateus, de SO_2 was 79%, >

Als je jouw beschikbare tijd goed wilt benutten...

Ontdek dat je méér kunt. Kijk op www.emc.nl



Uitzendorganisatie voor ambulancehulpverleners
en gespecialiseerde verpleegkundigen.

detacheren • uitzenden • werving & selectie • opleidingen

> de bloeddruk hoog (231/126 mm Hg) en de polsslag snel (124/min). Hij lag er overigens ogenschijnlijk rustig bij. Een zoon en een dochter zaten naast hun vader aan het bed. De arts schreef 6 maal daags 10 mg morfine intraveneus voor. De dag erna was er niet veel verandering in de toestand. Alleen de bloeddruk en de polsslag waren wat lager dan de dag ervoor. De arts verhoogde de dosis morfine naar 12 maal 20 mg. Hij deed dit, zo vertelde hij aan de verantwoordelijke verpleegkundige, om het stervensproces te verkorten. Die middag bracht één van de verpleegkundigen de casus in tijdens het MDO. Zij vroeg zich af of het te verantwoorden was om de morfine te verhogen zonder dat daar een indicatie voor was.

Afwegingen

1 Het morele probleem in deze casus is duidelijk: Is het moreel te verant-

woorden de dosering morfine te verhogen bij een terminale patiënt zonder dat daar een indicatie voor is?

2 De relevante medische informatie is eveneens duidelijk. Het betreft een bejaarde man met een grote thalamusbloeding op basis van langbestaande hypertensie. Er zijn een week na opname geen curatieve behandelingsmogelijkheden meer. De kunstmatige beademing is gestaakt en de man is gedetubeerd. Hij is diep comateus, en lijdt ogenschijnlijk niet. De enige medicatie is de morfine. De indicatie hiervoor is 'voorkomen van lijden in de stervensfase'. De reden dat de man nog op de intensive care ligt is dat er geen bed vrij is op de verpleegafdeling.

3 De relevante overige feiten werden door één van de verpleegkundigen die veel met de zoon en de dochter had gesproken ingebracht. De man

was sinds vijf jaar weduwnaar en woonde zelfstandig in een benedenwoning. Hij bracht de dagen door met lezen en fietsen. Hij was architect van beroep geweest. Er waren geen wilsverklaringen beschikbaar voor medisch beleid. De dochter gaf aan dat haar vader weinig plezier meer in zijn leven zou ervaren als hij gehandicapt zou overleven.

4 Het bespreken van de intentie van het handelen gaf aanleiding tot een felle discussie. Het merendeel van de aanwezige verpleegkundigen was de mening aangedaan dat het verhogen van de morfine alleen geïndiceerd was als de patiënt benauwd zou zijn of als we het vermoeden zouden hebben dat pijn zou lijden. Dat was volgens hen niet het geval. De arts bracht hier tegenin dat de man er zo rustig bij lag *dankzij* de verhoging van de morfine. Zou de morfine ver-

laagd worden of gestaakt dan zou hij benauwd zijn.

- 5 De toepassing van de vier principes gaf eveneens aanleiding tot discussie. Een ieder was het erover eens dat de man niet meer autonoom was. De verhouding tussen weldoen en niet-schaden was niet voor iedereen duidelijk. Men kon zich vinden in het argument van de arts dat de rustige situatie mogelijk het gevolg was van de toediening van morfine, en dat hem dus wel werd gedaan. Maar het verhogen van de dosering terwijl daar geen aanleiding toe was, achtten de meeste verpleegkundigen te kort door de bocht. Hierbij werd voorbij gegaan aan de intentie van de palliatieve zorg. De arts en drie verpleegkundigen brachten in dat een ieder zat te wachten op het sterfen en dat de familie geen problemen had met de toediening van de morfine. De arts bracht verder in dat de man een duur en schaars IC-bed bezet hield (rechtvaardigheid). Twee verpleegkundigen gaven aan dat de arts, als hij eerlijk zou zijn, het leven van de man actief zou moeten beëindigen en het dan zou moeten melden als levensbeëindiging zonder verzoek, in plaats van via een omweg naar een ademdepressie toe te werken. De arts was uiteindelijk gevoelig voor het argument dat de man ogen-

schijnlijk niet leed en dat daarom een indicatie tot het verhogen eigenlijk ontbrak.

- 6 Een vergelijking met een andere casus werd niet nodig geacht, maar één van de verpleegkundigen gaf wel aan dat het tijd werd voor protocollering van morfine toediening bij stervende IC-patiënten.
- 7 Men was het uiteindelijk erover eens dat er geen harde reden bestond voor het verhogen van de dosering op dat moment. Mocht de man later toch benauwdheid vertonen, dan kon de dosis wel worden verhoogd. 28 uur later is de man overleden. Aan het einde werd hij wat onrustig en heeft hij twee maal extra 10 mg morfine en 5 mg Midazolam gekregen. Achteraf vonden zowel de arts als de verpleegkundigen de discussie over de bepaling van de intentie en de weging tussen de verschillende principes een zinvol en bruikbaar instrument in de casus afweging.

Besluit

Ethische casus-afweging op de intensive care is onlosmakelijk verbonden met de medische afweging. Vele beslissingen die op intensive care-afdelingen genomen worden hebben een morele component. Over het algemeen is ethische casus afweging ongestructureerd en 'verpakt' in de medische afweging. Aparte

ethische afweging kan in sommige gevallen zinvol zijn als intensivisten en intensive care-verpleegkundigen hier een bruikbaar handvat in zien.⁽¹⁰⁾ Participatie of consultatie van een klinisch ethicus kan zinvol zijn bij de weging van de principes en benoemen van de intentie. Het is een pre als deze ethicus kennis en ervaring heeft met de complexiteit van intensive care-geneeskunde. Onder 300 Franse intensivisten stemde 29% in met het idee van ethische consultatie, maar slechts 18% zag een taak voor een ethicus zonder intensive care ervaring. Een consultant met ervaring met intensive care-geneeskunde en ethiek had de grote voorkeur.⁽¹⁶⁾ Ethische consultatie en advies voor palliatieve zorg op intensive care-afdelingen is in sommige landen gewone praktijk geworden.⁽²⁰⁾ Participatie in klinische afweging is met name zinvol bij beslissingen over de zin en zinloosheid van (door)behandeling op de intensive care.^(13,14) Verschillende methoden voor ethische afweging in de praktijk zijn beschreven, waaronder de veel toegepaste Nijmeegse methode.⁽¹⁷⁾ De in dit artikel voorgestelde methode is simpel en heeft draagvlak bij artsen en verpleegkundigen. Dit laatste is een voorwaarde. Het zet in ieder geval aan tot discussie en nadenken over de intentie van het werk op een intensive care.

Literatuur

- 1 Rubenfeld GD. Implementing effective ventilator practice at the bedside. *Curr Opin Crit Care* 2004;10:33-39.
- 2 Krishnan JA, Moore D, Robeson C, Rand CS, Fessler HE. A prospective controlled trial of a protocol-based strategy to discontinue mechanical ventilation. *Am J Resp Crit Care Med* 2004;169:673-678.
- 3 Awad SS. State-of-the-art therapy for severe sepsis and multisystem organ dysfunction. *Am J Surg* 2003;186:235-305.
- 4 Graf J, Janssens U. Evidenz-basierte Intensivmedizin. Praxis, Nutzen und Bedeutung. *Anaesthesist* 2004;53:253-262.
- 5 Bellomo R, Uchino S. Cardiovascular monitoring tools: use and misuse. *Curr Opin Crit Care* 2003;9:225-229.
- 6 Pinsky MR. Rationale for cardiovascular monitoring. *Curr Opin Crit Care* 2003;9:222-224.
- 7 Manara AR, Pittman JA, Braddon FE. Reasons for withdrawing treatment in patients receiving intensive care. *Anaesthesia* 1998;53:523-538.
- 8 Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Cabellero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med* 2001;27:1744-1749.
- 9 Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999;27:1626-1633.
- 10 Severijnen R, Hulstijn-Dirkmaat I, Gordijn B, Bakker L, Bongaerts G. Acute loss of the small bowel in a school-age boy. Difficult choices: to sustain life or to stop treatment? *Eur J Pediatr* 2003;162:794-798.
- 11 Treece PD, Engelberg RA, Crowley L, Chan JD, Rubenfeld GD, Steinberg KP, Curtis JR. Evaluation of a standardized order form for the withdrawal of the support in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32:1141-1148.
- 12 Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics*. Macmillan Publishing Company, New York, 1986.
- 13 Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD. Impact of ethics consultation in the intensive care setting: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 2000;28:3920-3924.
- 14 Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, Briggs KB, Komatsu GI, Goodman-Crews P, Cohn F, Young EWD. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:1166-1172.
- 15 Fost N. Decisions regarding treatment of seriously ill newborns. *JAMA* 1999;281:2041-2043.
- 16 Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Zittoun R. Toward an ethical consultation in intensive care? *Crit Care Med* 2001;29:1489-1490.
- 17 Steinkamp N, Gordijn B. Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2003;6:235-246.
- 18 Kielstein JT, Kretschmer U, Ernst T, Hafer C, Bahr MJ, Fliser D. Efficacy and cardiovascular tolerability of extended dialysis in critically ill patients: a randomized controlled study. *Am J Kidney Dis* 2004;43:342-349.
- 19 De Jong EJC. De intensive care-verpleegkundige en levensbeëindigend handelen. *Kritiek* 1998;15:8-11.
- 20 Aulisio MP, Chaitin E, Arnold RM. Ethics and palliative care consultation in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2004;20:505-523.