

Klinische ethiek in de intensive care praktijk

Deel 3 – Het afzien van behandeling

ERWIN J.O. KOMPANJE¹

In vijf artikelen zullen verschillende klinisch ethische aspecten van de intensive care praktijk worden behandeld. In het eerste deel van deze reeks (Kritiek 2004;5:20-25) is een model voor ethische casusafweging tijdens multidisciplinair overleg op de intensive care besproken. Het tweede deel (Kritiek 2004;6:11-15) was een inleiding op de volgende drie delen, en behandelde de achtergrond en algemene principes van het afzien en staken van behandeling en van palliatieve intensive care zorg (deze zijn samen te voegen als niet-curatieve intensive care zorg). In dit derde deel zal de praktische uitvoering van het afzien van behandeling worden uitgewerkt. In het vierde deel zal de praktijk van het staken van behandeling en in het vijfde en laatste deel de praktijk van palliatieve intensive care zorg worden behandeld.

Kritiek 2005;1:3-11

Trefwoorden: intensive care, klinische ethiek, afzien van behandeling, reanimatie

Afzien van behandeling, algemene opmerkingen

Het niet (meer) starten van behandeling en het staken van al ingestelde behandeling zijn waarschijnlijk de meest opvallende en meest besproken ethische aspecten van de IC-praktijk. Het afzien van bepaalde (be)handeling is een beslissing die regelmatig genomen wordt in de dagelijkse intensive care-praktijk. In een uitgebreide Europese studie naar de 'end-of-life' beslissingen op de intensive care bleek dat in 38% van 4.248 IC-patiënten een beslissing tot afzien van behandeling genomen was. Dat was vrijwel gelijk in noordelijke (38%), centrale (34%) als zuidelijke (40%) Europese landen. Dit echter in tegenstelling tot het staken van behandeling dat in noordelijke Europese landen veel vaker (47%) dan in zuidelijke Europese landen (18%) voorkwam⁽¹⁾. Uit een andere Europese studie bleek dat 93% van de ondervraagde IC-artsen aangaf dat zij de beslissing om af te zien van behandeling regelmatig maakten⁽²⁾. De meest gerapporteerde aandoeningen waarbij het afzien van behandeling ter sprake

komt zijn: ernstige sepsis, shock, ernstige neurologische aandoeningen (zoals Amyotrofische Lateraal Sclerose, Multiple sclerose en spierziekten), cardiale en respiratoire aandoeningen (zoals COPD), multiorgaan falen, kanker (inclusief hematologische maligniteiten en AIDS), ernstig traumatisch schedelhersenletsel, ernstig onderliggend lijden (zoals diabetes mellitus, hart en vaatziekten) en de 'overall slechte prognose'.

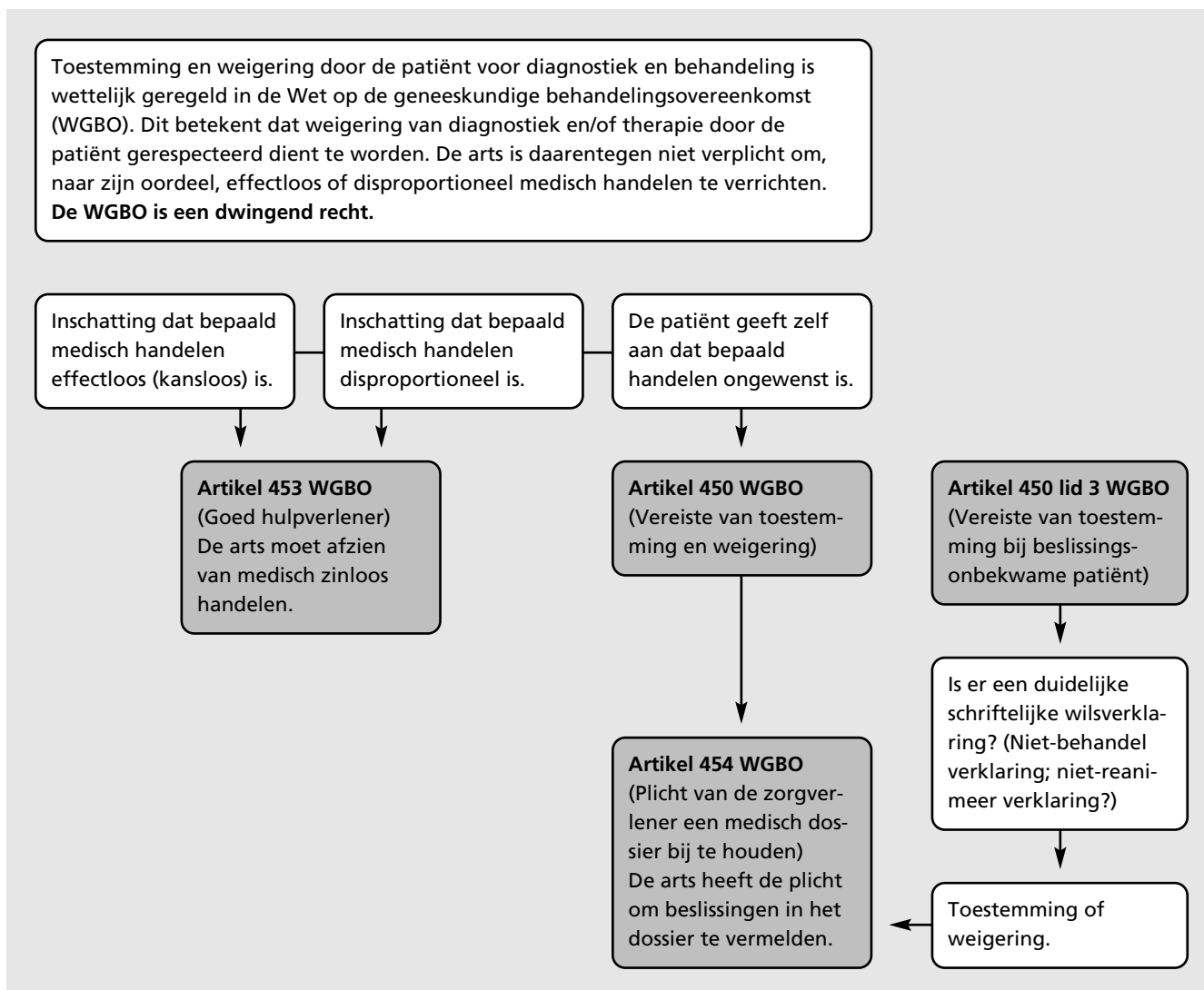
De reden om verder af te zien van behandelen is dat er sprake is van *zinloos* handelen. Het zinloze van het handelen kan ingevuld worden als *kansloos*, in de zin van effectloos of onwerkzaam (en hierdoor medisch gezien zinloos). Het is hierbij met grote zekerheid in te schatten dat de aangeboden therapie niet aan zal slaan. Men zal zich dan onthouden van curatief bedoeld medisch handelen. Bijvoorbeeld; de inschatting dat een patiënt, ondanks uitgebreide reanimatie, een circulatiestilstand niet zal overleven of in een nog slechtere klinische toestand zal brengen is een legitime basis van de beslissing bij een circulatiestilstand af te zien van interventie. Beslissen niet meer te zullen reanimeren hoeft niet te betekenen dat van alle therapie wordt afgezien of dat deze gestaakt wordt. Bij een patiënt met kanker

kan bijvoorbeeld besloten worden niet te zullen reanimeren of om shock te behandelen, maar nog wel chemotherapie of bestraling toe te passen.

Het medische handelen kan ook zinloos zijn in de zin dat het *disproportioneel* (niet in verhouding) is. De middelen die nodig zijn om de patiënt in leven te houden of om te trachten verbetering in de toestand te bewerkstelligen staan niet (meer) in verhouding tot het mogelijk haalbare resultaat. Het niet koste wat het kost in leven willen houden van een patiënt met een niet curatief te genezen maligniteit, of een patiënt waarbij alleen met continue intraveneuze toediening van hoge doseringen inotropica een acceptabele bloeddruk kan worden bereikt zijn hier voorbeelden van. Bij een dergelijke patiënt kan besloten worden een bloeddrukdaling als uiting van de vergevorderde ziekte niet meer te behandelen.

Tenslotte kan een behandeling zinloos zijn omdat hij *ongewenst* is (dit is zinloos medisch handelen [in tegenstelling tot medisch zinloos handelen], het kan immers medisch gezien nog wel effectief zijn, maar is ongewenst). Dit is een waardeoordeel en is veelal door de patiënt zelf aangegeven. Een patiënt kan bijvoorbeeld een niet-reanimeer-verklaring hebben ingevuld of een niet-reanimeer-penning dragen. In een dergelijk geval moet men afzien van reanimatie uit respect voor de autonomie van de patiënt. Hier is een wettelijke basis voor, vastgelegd in de wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). In artikel 450 van de WGBO wordt de vereiste van toestemming en weigering uiteengezet (zie *Figuur 1* op de volgende pagina). Als een patiënt, mondeling of schriftelijk, heeft aangegeven een nader gespecificeerde (be)handeling niet (meer) te willen, dan zal de hulpverlener zich hier aan moeten houden. Het probleem met schriftelijke wilsverklaringen in de praktijk is tweeledig. In de eerste plaats zijn schriftelijke wilsverklaringen vaak niet duidelijk en veelal te ruim opgesteld. Wat wordt immers onder 'reanimatie' bij een niet-reanimeer-verklaring bedoeld? Doorgaans wordt door de professionals onder reanimatie

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



Figuur 1 Beslisboom afzien van behandeling en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

> 'het verrichten van een poging om de eigen circulatie van een klinisch dode patiënt te herstellen' verstaan⁽³⁾. En bij 'klinisch dood' wordt dan verstaan, een situatie waar er bij 'een patiënt een diepe bewusteloosheid bestaat en de pulsaties over de grote arteriën afwezig zijn'⁽³⁾. Maar ook wordt onder 'reanimeren' wel het intuberen na een ademstilstand verstaan, of de invasieve behandeling van een bloeddrukdaling. Heeft de patiënt toen hij de 'niet-reanimeer-verklaring' invulde ook deze situaties voor ogen, of alleen maar uitwendige hartmassage en beademing? Het tweede vaak voorkomende probleem bij niet-reanimeer-verklaringen is dat zij op het moment van de crisissituatie niet voor handen zijn. Hulpverleners op straat zullen niet eerst gaan zoeken naar een eventuele verklaring, maar direct starten met de reanimatie. In de kliniek kan het duidelijker zijn. In geval van een niet-reanimeer-verklaring kan immers aan de patiënt worden gevraagd wat hij hiermee

voor ogen heeft en wat zijn grenzen zijn, en kunnen de hulpverleners duidelijkheid verschaffen door de patiënt informeren over de gevolgen van de reanimatiepoging. In geval van een beslissingsonbekwame patiënt kan een door de patiënt aangewezen vertegenwoordiger of familielid verheldering geven over de intentie van opstellen van de verklaring.

Het kan ook *ongewenst* zijn om bijvoorbeeld bij een lichamelijk gezonde, maar ernstig demente, ernstig geretardeerde of diep comateuze/vegetatieve patiënt een infectie te behandelen of om deze te intuberen en beademen bij een ademstilstand.

Besluit men op basis van de drie genoemde begrippen (*effectloos; disproportioneel of ongewenst*) tot het oordeel medisch zinloos of zinloos medisch handelen, zal men *af moeten zien van bepaalde* (nader gedefinieerde) of van alle

medische interventies. Het getuigt van goed medisch ethisch handelen om terughoudend te zijn als medisch handelen als zinloos wordt beoordeeld. Tevens zal een goed hulpverlener op de intensive care zich regelmatig behoren af te vragen in hoeverre hij of zij medisch gezien nog zinvol bezig is bij een bepaalde patiënt en of er misschien een afzien van (bepaalde) behandeling zal moeten worden afgesproken. Ook dit is een morele plicht.

Afzien van 'reanimatie'

Het afzien van reanimatie (DNR) is de meest bekende beslissing in de categorie afzien van behandeling. Het is helaas echter veelal een 'vage' vergaarbak voor het nalaten van allerlei handelingen bij levensbedreigende situaties, zoals het afzien van cardio-pulmonaal te reanimeren bij een circulatiestilstand, het afzien van kunstmatige ondersteuning bij ventilatoire en/of respiratoire insufficiëntie (waaronder het niet-en-



Raadsel

Hartendief

Ziekten van het hart staan bovenaan de lijst van doodsoorzaken. In de loop der tijd is over dit orgaan volkomen wisselend gedacht. Het hart werd vereenzelfigd met moed, liefde, maar ook angst. Opvattingen die weerspiegeld worden in dagelijks spraakgebruik, zoals hartstocht, sleutel tot het hart, het hart in de schoenen zinken, ed. Ook over bouw en functie is lang getheoretiseerd. Medisch gezien hebben zich in de benadering van hartziekten enorme veranderingen voorgedaan. Was er eerst sprake van magie, nu gaat het om exacte wetenschap. Dagelijks worden operaties uitgevoerd waarbij het hart wordt geopend. Zelfs transplantaties van het hart als ruilorgaan zijn geen fictie meer. Wanneer en door wie werd voor het eerst een menshart getransplanteerd?

Zie voor het juiste antwoord pagina 34.

dotracheaal intuberen), afzien van het behandelen van bloeddrukdaling of het afzien van het behandelen van infecties/sepsis/septische shock. In de veelvoud van verschillende handelingen en situaties ligt het problematische van het gebruik van de term DNR in de praktijk en dan vooral in de verslaglegging (patiënten dossier) en mondelinge- of schriftelijke dienstoverdracht. Immers, wat wordt er bij deze specifieke patiënt verstaan onder de beslissing DNR? En op basis waarvan is deze beslissing genomen, wat is de intentie geweest? Wie heeft deze beslissing genomen en aan wie is dit medegedeeld? Betekent DNR bij een circulatiestilstand het afzien van uitwendige hartmassage bij een asystolie, of ook het afzien van defibrilleren bij een ventrikelfibrillatie? Betekend DNR dat er niet zal worden geïntubeerd in geval van een ademstilstand (los van een circulatiestilstand), maar ook dat er niet zal worden ingegrepen bij ventilatoire of respiratoire insufficiëntie met minder invasieve handelingen dan endotracheaal intuberen? En wat in geval van een bloeddrukdaling? In dat geval niets doen, of nog wel plasmavervangingsmiddelen, maar geen intraveneuze antihypotensiva? In de dagelijkse praktijk worstelen artsen en verpleegkundigen met dit soort problemen, en helaas komt 'het DNR' nogal eens voor het eerst tijdens de crisissituatie ter sprake, een situatie waarin er geen tijd is voor een goede en beargumenteerde afweging en besluitvorming. De patiënt kan hier de dupe van worden omdat deze gereanimeerd wordt, terwijl dit eigenlijk zinloos is. Het is dus absoluut noodzakelijk om duidelijk te definiëren wat er onder de beslissing wordt verstaan, en het is essentieel dit duidelijk te omschrijven in het patiëntendossier. Tot een duidelijke verslaglegging bestaat zelfs een wettelijke verplichting. In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), artikel 454 wordt de plicht van de zorgverlener een medisch dossier bij te houden geregeld (zie *Figuur 1*). Een goede omschrijving wat er onder DNR wordt verstaan valt hier zonder beperking onder.

Nu volgend zullen de verschillende beslissingen nader worden beschreven en ten slotte een voorbeeld van een beslissing worden gegeven.

Afzien van cardio-pulmonaal reanimeren bij een circulatiestilstand – Onder deze beslissing wordt verstaan dat er besloten is bij een circulatiestilstand niet meer in te grijpen. Onder een circulatiestilstand wordt verstaan een asystolie, een polsloze elektrische activiteit of een ventrikelfibrillatie en eventueel een ventrikeltachycardie. Bij de individuele patiënt zal besloten worden bij welke situatie er *niet (meer)* of bij uitzondering *nog wel* ingegrepen zal worden. Het is voor te stellen dat defibrilleren bij een ventrikelfibrillatie een uitzondering kan zijn bij deze beslissing. Omdat de prognose van ventrikelfibrillatie anders (beter) is dan van asystolie of polsloze elektrische activiteit is het van belang dit onderscheid in het besluit te maken. De beslissing wel te defibrilleren, maar niet te masseren is op medische gronden goed te maken en moreel correct. De reden dat tot het afzien van cardio-pulmonaal reanimeren bij een circulatiestilstand wordt beslo-

ten zal per patiënt verschillen, maar doorgaans is de inschatting dat de reanimatie niet zal slagen of oorzakelijk zal zijn aan een ernstige verslechtering van de kwaliteit van leven er aan ten basis liggen. Daarnaast vormen een gevorderde leeftijd van de patiënt en diens onderliggende lijden vaak bepalende factoren. Ook in de situatie waarbij een patiënt op een intensive care opgenomen weliswaar stabiel is, maar waarbij geen verbetering in de klinische toestand te verwachten is, kan reden zijn voor de beslissing niet meer cardio-pulmonaal te reanimeren. De morele basis tot *wel* reanimeren is gelegen in de ethische principes respect voor het leven, weldoen en respect voor de autonomie. De morele basis voor het *niet* reanimeren bij circulatiestilstand is vooral een afweging tussen het voorgenomen weldoen (het redden van het leven) en het 'niet-schaden' beginsel (waarom een dergelijke 'gewelddadige' handeling doen met een dergelijk lage slagingskans en kans op ernstige schade [bijvoorbeeld postanoxische encefalopathie] bij deze individuele patiënt?). Het is moreel juist om iatrogene schade te voorkomen als daar aannemelijk geen

>

Gevraagd:

Verpleegkundigen Thoraxcentrum

Fulltime/parttime

Het Erasmus MC is een uiterst veelzijdig universitair medisch centrum. Waar onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg zijn samengebracht. Waar gewerkt wordt in de geest van samen denken en vooral: samen doen. Met de ambities die bij het Erasmus MC passen. Beter worden.

Met hart en ziel

Verpleegkundigen Interventiekamers

DE AFDELING Interventiecardiologie staat (inter)nationaal bekend om haar onderzoek naar en behandeling van hart- en vaatziekten in een hightech omgeving. Er zijn 3 behandelkamers waarin vrijwel alle bestaande en nieuwe behandelmethoden toegepast worden met de modernste beeldvormende technieken. Daarnaast hebben we sinds april 2004 de beschikking over een nieuwe kamer waar we door magneetvelden gestuurde cathetermanipulaties kunnen verrichten (de magneetnavigatiekamer).

DE FUNCTIE Je gaat werken met de nieuwste technieken. Vakinhoudelijke kennis doe je onder andere op tijdens binnen- en buitenlandse congressen. Je werkt met internationale experts, in een team met zeer gemotiveerde collega's. Naast alle moderne technieken staat de patiënt centraal. Na een intensieve inwerkperiode ben je in staat om zelfstandig en in teamverband te werken. Je bent een gediplomeerd IC/CCU verpleegkundige of een verpleegkundige met ruime cardiologische ervaring. Je bent eventueel bereid om een scholingstraject te volgen. Je hebt een flexibele, collegiale instelling en bent bereid om bereikbaarheidsdiensten te draaien.

Verpleegkundigen Klinische Elektrofysiologie

DE AFDELING Klinische Elektrofysiologie houdt zich bezig met het opsporen en oplossen van ritmestoornissen. Wegens een snelle groei zoeken wij een enthousiaste verpleegkundige die mee wil helpen dit vrij nieuwe specialisme voor het Thoraxcentrum gestalte te geven.

DE FUNCTIE We verwachten dat je goed kunt samenwerken in een hecht team van technici, verpleegkundigen en cardiologen. Na een inwerkperiode kun je zelfstandig werken en heb je een actieve houding in woord en daad. Aangezien de afdeling momenteel groeit, zijn inzet en flexibiliteit belangrijk. De werkzaamheden bestaan uit het assisteren op de elektrofysiologiekamer bij implantaties van pacemakers, ICD's en bij de catheterablaties; op de verpleegafdeling assisteren bij cardioversies; begeleiden en informeren van patiënten; het toepassen van nieuwe technieken en producten t.b.v. research en patiëntendiagnostiek. Je hebt minimaal een (verpleegkundige) opleiding op HBO-niveau. Werkervaring op het gebied van cardiologie of werken in een catheterisatiekamer strekt tot aanbeveling. Een IC/CCU of MCU-aantekening verdient de voorkeur en wordt ook financieel gehonoreerd. Je bent bereid om bijscholingen/opleidingen te volgen.

INLICHTINGEN & SOLLICITATIE Voor meer informatie kun je contact opnemen met dhr. Wil Barthélemy, P&O-adviseur Thoraxcentrum, telefoon (010) 463 52 87 of e-mail: w.barthelemy@erasmusmc.nl Richt je brief met curriculum vitae aan Erasmus MC, t.a.v. Wil Barthélemy, P&O-adviseur Thoraxcentrum, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam. Per email kan ook: w.barthelemy@erasmusmc.nl

Acquisitie naar aanleiding van deze advertentie is niet gewenst.

WWW.ERASMUSMC.NL/WERKEN

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam



Heel de mens

> weldoen tegenover staat. Kortom, er is geen plicht tot reanimeren, maar eerder bestaat er een plicht om argumenten te geven waarom men wel wil ingrijpen. Het is uiteraard verstandig om hier vroegtijdig over na te denken (*'wil ik deze patiënt nog wel reanimeren?'*), en deze afweging kan vervolgens aanleiding zijn tot de beslissing om niet (meer) in te grijpen. Daarnaast getuigt het uiteraard van respect voor de zelfbeschikking (autonomie) van de patiënt om van reanimatie af te zien als deze aangegeven heeft niet te willen worden gereanimeerd.

Afzien van kunstmatige ondersteuning van ventilatoire en/of respiratoire insufficiëntie – Bij deze beslissing wordt bij elke of bij bepaalde ventilatoire en/of respiratoire insufficiëntie geen (of beperkte) kunstmatige ondersteuning gegeven. Dit kan variëren van het niet (meer) geven van zuurstof via een neussonde of zuurstofmasker tot het niet (meer) endotracheaal intuberen en invasief beademen. Ook hier is het dus van groot belang om in het patiënten-dossier te omschrijven wat men niet meer wil, alleen hierdoor is duidelijkheid te krijgen. De reden waarom tot het afzien van de kunstmatige ondersteuning bij ventilatoire en/of respiratoire insufficiëntie wordt besloten zal ook hier per patiënt verschillen, maar hier gelden dezelfde redenen als bij het afzien van reanimatie bij een circulatiestilstand zijn genoemd. De volgende casus kan verder tot voorbeeld dienen:

Een 43 jarige man is na een ernstig traumatisch schedelhersenletsel opgenomen op de IC. Hij is gedurende drie weken beademd en intensief behandeld. Dit heeft niet mogen resulteren in herstel van bewustzijn. De CT-scan laat indrukwekkende beschadigingen aan de grote hersenen zien. De prognose is somber. Na een vrij korte ontwenning van de beademing is hij nu geëntubeerd. Zijn ademhaling is snel, maar de bloedgassen zijn acceptabel. Besloten is dat zodra hij respiratoir in de problemen zou raken hij niet meer zou

worden geëntubeerd en beademd. Hooguit zal getracht worden met een zuurstof via een masker en bronchiaal toilet het tij te keren.

Afzien van het behandelen van infecties – Een bacteriële of virale infectie kan levensbedreigend zijn, zeker bij patiënten die langere tijd op een intensive care verblijven, die bejaard zijn, verminderde weerstand hebben of belangrijke onderliggende aandoeningen (zoals diabetes mellitus of kanker) hebben. Men kan beslissen om een dergelijke levensbedreigende infectie niet (meer) te behandelen met antibiotica en andere ondersteunende therapie (bijvoorbeeld behandeling van een sepsische shock). Men moet zich altijd wel bedenken dat door het niet behandelen van een infectie de toestand van de patiënt nog meer kan verslechteren, maar dat hij niet hoeft te overlijden. Het afzien van het behandelen van infecties is dus vooral een beslissing die in het kader van een meer algemeen terughoudend beleid wordt genomen. Het dient immers geen doel om bijvoorbeeld een patiënt kunstmatig te beademen, maar zijn pneumonie niet te behandelen of om geen antibiotica te geven, maar wel de bloeddruk daling te behandelen. De volgende casus illustreert een dergelijke beslissing:

Een 74 jarige man is opgenomen na respiratoire insufficiëntie als gevolg van het syndroom van Guillain-Barré. Gedurende 6 weken is hij intensief beademd geweest. Het lukt nu om om met CPAP te beademen. In de zes weken IC-verblijf zijn diverse luchtweg- en urineweg infecties met 'flink geschut' antibiotica behandeld. De prognose wordt als slecht ingeschat. Tijdens het MDO wordt besloten om opnieuw optredende ernstige infecties niet meer te behandelen. In geval van een ernstige luchtweginfectie zal men 'de natuur zijn gang laten gaan'. Op dat moment zal verder worden besloten over al-dan-niet extuberen, het verder staken van de behandeling en palliatief sederen.

Afzien van het behandelen van bloeddruk daling – Een bloeddruk daling (tot shock toe) kan een teken zijn multi-organafalen of van complicaties die het gevolg zijn van de behandeling van de onderliggende aandoening. Op basis van prognose, onderliggend lijden en leeftijd kan besloten worden *niet (meer)* in te grijpen als de deze situatie zich voordoet. Ook bij deze beslissing is het weer van cruciaal belang om aan te geven *wat* men niet meer wil. Het is voor te stellen dat 'simpele' behandeling van een bloeddruk daling, bijvoorbeeld door het geven van plasmavervangingsmiddelen nog wel kan plaatsvinden, maar meer invasieve behandeling zoals het geven van intraveneuze antihypotensiva niet meer. Reageert de patiënt op de toediening van plasmavervangingsmiddelen niet of niet voldoende, dan kan men van verdere interventie af zien. Ook kan in de plasmavervangingsmiddelen al een keuze worden gemaakt, bijvoorbeeld wel kristallijne of colloïdale vloeistoffen, maar geen bloedproducten (zoals albumine). Ook bij deze beslissing zal duidelijk moeten worden genoteerd waarom de beslissing is genomen, wat de beslissing wel en wat niet omvat, wie hem heeft gemaakt en wanneer.

Toegevoegd lijden?

De vraag of een patiënt door het afzien van bepaalde (be)handelingen zal kunnen gaan lijden is een prangende morele vraag. In geval van het afzien van behandelen lijkt dit niet het geval. Wordt een patiënt niet gereanimeerd bij een circulatiestilstand dan zal deze in comateuze toestand overlijden, en niet lijden. In geval van een ademstilstand, zal dit afhankelijk zijn van de oorzaak van de crisissituatie. Bij stikken, bijvoorbeeld door een longbloeding zal wel degelijk leed ervaren kunnen worden, en zal hierop moeten worden geanticipeerd, bijvoorbeeld met diepe sedatie. Hypotensie zal doorgaans aanleiding zijn tot bewustzijnsstoornissen in de zin van een verlaagd bewustzijn. De patiënt zal dan niet lijden. In principe zal de stellingname moeten zijn dat als een patiënt zal lijden onder de beslissingen die



DE ENERGIE VAN PASCAL. Onze kersverse directeur is er klaar voor. Om beter gebruik te maken van elkaars ervaring en netwerk gaan EMC Medical Care en DocJob eenduidiger en zichtbaar onder de EMC vlag opereren. Om voor ieder personeel vraagstuk in de gezondheidszorg een oplossing op maat te creëren. Dat is geen loze belofte. Daar kunt u op rekenen. **EMC, HANDEN DIE HELPEN.**

www.emc.nl

> genomen zijn, de hulpverleners de morele plicht hebben dit lijden te voorkomen en verzachten.

Therapeutische exceptie

Bestaat er een morele plicht om altijd aan de patiënt mede te delen dat bepaalde (be)handeling(en) niet (meer) zullen worden uitgevoerd? In beginsel wel, de patiënt heeft het recht om te weten wat er over hem en zijn leven wordt beslist door de hulpverleners. Maar er zijn situaties te bedenken dat het weten dat niet meer zal worden ingegrepen in een crisissituatie een ernstige belasting zal zijn voor de patiënt. Deze kan de beslissing interpreteren als: 'ze hebben mij opgegeven, er is geen hoop meer', en de patiënt kan hierdoor de moed laten zakken en de hoop opgeven, met alle psychologische en lichamelijke gevolgen van dien. Kan men deze inschatting maken, dan zal men zich onthouden van het mededelen van de be-

slissing (zie *Figuur 2*). Dit heet de 'therapeutische exceptie', men spaart de patiënt. Wel zullen de directe naasten van de patiënt op de hoogte moeten worden gebracht van de beslissing, om te voorkomen dat zij plots voor het blok worden gezet dat er niet meer zal worden ingegrepen bij een crisissituatie.

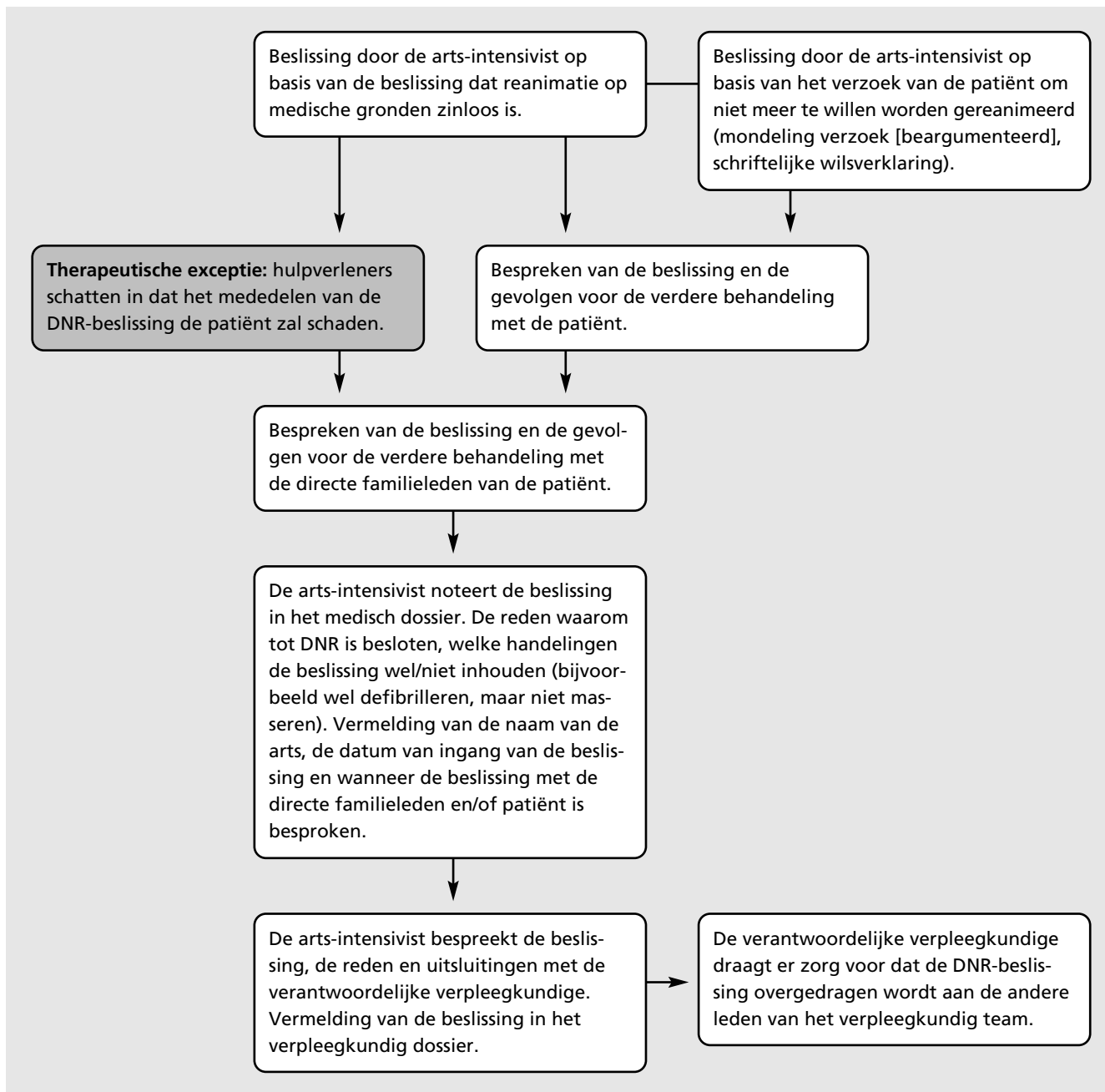
Beslisboom

Veel problemen met niet-behandel beslissingen in de praktijk komen voort uit onduidelijkheid. Onduidelijkheid over wat de beslissing wel en niet omvat, over waarom de beslissing genomen is, over wie de beslissing heeft genomen en wanneer deze is gemaakt en met wie de beslissing is besproken. Deze problemen zijn te ondervangen met een gestructureerde beslisboom. De arts volgt de verschillende stappen in de beslisboom, waardoor de beslissing uniform wordt genomen en voor eenieder duidelijk is wat de beslissing omvat, waarom en

door wie deze genomen is. Een verpleegkundige kan de behandelende arts er op wijzen dat een bepaalde stap niet of onvolledig is genomen, met verwijzing naar de beslisboom. Een voorbeeld van een dergelijke beslisboom is in *Figuur 2* weergegeven, in dit geval een beslisboom met betrekking tot het afzien van cardio-pulmonaal reanimeren bij een circulatiestilstand bij een beslissingsbekwame patiënt. Een beslisboom voor een andere beslissing of bij een beslissingsonbekwame patiënt zal er anders uit zien.

Besluit

Het afzien van behandeling is een regelmatig voorkomende beslissing op de intensive care. De redenen om af te zien van behandeling zijn vooral gebaseerd op medische criteria, waarbij een ethisch oordeel zeker meeweegt. De weging tussen het ethische beginsel van weldoen en van niet-schaden ligt hier



Figuur 2 Beslisboom bij de beslissing af te zien van cardio-pulmonaal reanimeren bij een beslissingsbekwame patiënt.

aan ten grondslag. Daarnaast kan een patiënt verzoeken een bepaalde behandeling niet meer te willen ondergaan. Uit respect voor diens zelfbeschikking zullen wij ons daar aan moeten houden. Als de beslissing tot afzien van een behandeling genomen is, zal uitvoerige verslaglegging in het patiëntendossier moeten volgen. Dit om onduidelijkheden te voorkomen. De reden waarom men tot de beslissing is gekomen, wat de beslissing wel en niet omvat, wie de

beslissing heeft genomen en wanneer en wie van de beslissing op de hoogte zijn gesteld, zal moeten worden beschreven. Een beslisboom kan hierbij behulpzaam zijn. Er bestaat een morele plicht om bij elke ernstig zieke IC-patiënt na te denken over of men deze patiënt in alle voorkomende crisissituaties wil behandelen. Dit is van belang vanuit patientgerelateerde motieven (weldoen, geen schade berokkenen), maar ook vanuit meer or-

ganisatorische motieven (rechtvaardigheid, een rechtvaardige eerlijke verdeling van schaarse middelen, zoals een plaats op de IC). Artsen en verpleegkundigen kunnen zich in tijden van 'volle IC's', krappe personele bezetting en de al merkbare gevolgen van de vergrijzing van de bevolking niet meer onttrekken aan deze aspecten.

Literatuur

- 1 Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, et al. End-of-life practices in European Intensive care Units. JAMA 2003;290:790-797.
- 2 Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. Crit Care Med 1999;27:1626-1633.
- 3 Meursing BTJ, Van Kestern RG (redactie). Reanimatie. Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht, 1997.