

# Behandeling op de IC: stoppen of doorgaan?

Claudia Savelkoul, Nienke de Graeff, Erwin J.O. Kompanje en Dave H.T. Tjan

## DAMES EN HEREN,

Jaarlijks overlijdt ongeveer 11% van de ruim 80.000 patiënten op een Nederlandse Intensive Care (IC).<sup>1</sup> Dit hoge sterftecijfer weerspiegelt de ernst van ziekte in de patiëntenpopulatie op de IC. Bij ongeveer 80% van deze sterfgevallen wordt het overlijden van de patiënt voorafgegaan door een cruciaal besluit om de levensverlengende therapie te staken en over te gaan op palliatieve zorg.<sup>2,3</sup> Aan de hand van een casus willen we stapsgewijs illustreren hoe het IC-team, bij voorkeur in samenspraak met de naasten, in dit proces tot een weloverwogen besluit komt.

**Patiënt A**, een 62-jarige weduwnaar die bekend was met atriumfibrilleren en beginnend hartfalen, werd opgenomen na een fractuur van zijn rechter collum femoris voor de plaatsing van een kop-halsprothese. Bij opname werden geen behandelbeperkingen afgesproken. Op de verpleegafdeling ontstond onverwacht een groot acuut myocardinfarct met ventrikelfibrilleren, waarop patiënt gereanimeerd werd. Na een succesvolle reanimatie, waarbij de circulatie binnen 10 minuten herstelde, namen wij patiënt op op de IC voor post-reanimatiezorg. De patiënt stabiliseerde en kon op dag 3 na opname succesvol gedetubeerd worden.

Kort daarop trad echter een pneumosepsis op, wat verband hield met de ribfracturen die patiënt had opgelopen tijdens de reanimatie. Hiervoor kreeg hij cefotaxim toegediend. Naast de pneumosepsis ontwikkelde patiënt een asthma cardiale als gevolg van snel atriumfibrilleren, waarbij hij cardiaal decompenseerde en respiratoir insufficiënt werd. Toediening van meerdere giften furosemide 20 mg, 10 l zuurstof via een 'non-rebreathing'-masker en drainage van pleuravocht gaven tijdelijk verbetering, maar cardiologische analyse toonde nieuwe aanwijzingen voor coronair ischemie. De hartzymwaarden waren sterk verhoogd en met echocardiografie werd verminderde beweeglijkheid van het anteroseptale deel van het hart vastgesteld. In overleg met de cardiologen besloten wij patiënt in te plannen voor coronairangiografie om te inventariseren wat de mogelijkheden voor een dotterprocedure of bypassoperatie waren.

De klinische situatie van patiënt verslechterde echter snel; ondanks maximale therapie trad progressief multi-organafalen op van hart, longen en nieren. Tijdens een multidisciplinair overleg werd de kans op een goed herstel van patiënt als nihil beschouwd en hierdoor werd de medische levensverlengende behandeling niet meer proportioneel geacht. De familie was al gedurende opname

---

Ziekenhuis Gelderse Vallei, afd. Intensive Care, Ede.

Drs. C. Savelkoul en drs. N. De Graeff, aniossen;

drs. D.H.T. Tjan, anesthesioloog-intensivist.

Erasmus Medisch Centrum, afd. Intensive Care, Rotterdam.

Dr. E.J.O. Kompanje, klinisch ethicus.

Contactpersoon: drs. C. Savelkoul (csavelkoul@gmail.com).

meerdere malen ingelicht over de complicaties die waren opgetreden en over het risico op klinische verslechtering. De patiënt had vóór de opname echter geen ‘advance care planning’-gesprek gehad om zijn wensen voorafgaande aan het levenseinde in kaart te brengen.

In overleg met de zoons en dochter van de patiënt werd besloten om de levensverlengende behandeling op de IC te staken. Hierop werd de vasoactieve medicatie en ondersteunende beademing beëindigd en het zuurstofgehalte werd naar 21% gebracht. Palliatieve sedatie was reeds ingezet en binnen enkele minuten overleed de patiënt. De familie was zeer emotioneel, maar stond geheel achter de besluitvorming.

## BESCHOUWING

Patiënten met acute levensbedreigende aandoeningen worden op de IC opgenomen en behandeld met het doel hen in leven te houden met inachtneming van de mogelijkheden tot herstel van hun fysieke, psychische en sociale functioneren. Meestal is deze behandeling succesvol, maar patiënten kunnen ook in een situatie terecht komen waarin een behandeling in medisch opzicht niet effectief is en als disproportioneel kan worden beschouwd. Met andere woorden: ondanks maximale behandeling wordt het gewenste doel niet bereikt en is er geen zicht op een situatie waarin de patiënt zijn of haar leven waardig kan voortzetten.

De kans dat de behandeling succes heeft moet zorgvuldig worden afgewogen tegen de belasting van de patiënt door invasieve diagnostiek en behandeling. In die afweging speelt de voorspelling van het te verwachten herstel een belangrijke rol. Deze afweging is een grote uitdaging voor het medische team: weegt het verwachte risico op beperkingen in vrijheid en functioneren op tegen de kans dat de patiënt goed herstelt?

De intensivist op de IC zal in samenspraak met de orgaanspecialist tot een medische consensus moeten komen. De IC-verpleegkundigen spelen hierin een essentiële rol; zij staan meestal in nauw contact met de patiënt, familie en naasten, waardoor ze mogelijk lijden snel zullen signaleren. Bovendien kunnen zij de voorkeuren en waarden van de patiënt verwoorden in de afweging tussen doorgaan of stoppen met levensverlengende behandeling. Deze afweging is een ingewikkeld proces omdat de patiënt vaak complexe pathologie vertoont en de mate van herstel zich dikwijls moeilijk laat voorspellen. Dit vereist uiterste zorgvuldigheid, ook in de volgorde van de stappen die genomen moeten worden om tot een besluit te komen.

Over het al dan niet voortzetten van de levensverlengende behandeling wordt multidisciplinair overleg gevoerd. Tijdens dit overleg worden de medisch-techni-

sche mogelijkheden en de wensen van de patiënt en diens wettelijke vertegenwoordigers naast elkaar gezet. Het doel van dit proces is het bereiken van medische consensus en een voor de patiënt en diens vertegenwoordigers waardig besluit, dat door allen gedragen kan worden.

## TIMING

Timing is bij beslissingen om levensverlengende behandeling te staken van cruciaal belang. Bij opname op de IC is de behandeling volledig gericht op het oplossen van het acute levensbedreigende probleem. Op dat moment is de voorgeschiedenis van de patiënt en zijn levensfilosofie vaak nog niet bekend. Na verloop van tijd blijkt pas of deze behandeling de gewenste effecten heeft. Als het gewenste effect uitblijft, komt er een moment waarop het doel van de behandeling heroverwogen zal moeten worden.

Normaliter initieert het IC-team het gesprek over de zin van verdere behandeling. Het spreekt voor zich dat de vertegenwoordiger van de patiënt frequent wordt geïnformeerd en dat met hem of haar wordt overlegd. Wij streven er altijd naar contact op te nemen met de huisarts van de patiënt en te informeren naar eventuele mondelinge of schriftelijke afspraken over de behandeling als daar onduidelijkheid over is.

Besluitvorming over behandelbeperkingen op een IC gebeurt altijd onder suboptimale omstandigheden, namelijk wanneer de patiënt het ziekst is, acute zorg behoeft en veelal zelf niet meer aanspreekbaar of beslissingsbekwaam is. Idealiter zou al in een vroeger stadium, tijdens een spreekuur of op de afdeling, met de patiënt zelf en diens familie een open gesprek gevoerd moeten worden ten behoeve van ‘advance care planning’. In zo’n gesprek kan de patiënt met de behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor de zorg rond het levenseinde bespreken en eventueel vastleggen, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen.

Advance care planning biedt duidelijkheid in acute situaties en leidt vermoedelijk tot een afname van disproportionele zorg. Bij het bespreken van behandelbeperkingen zal het vaak niet eenvoudig zijn om de patiënt en diens vertegenwoordigers een realistische voorstelling te schetsen van een acute situatie wanneer die zich nog niet voordoet. En als het dan zover is, kan het gebeuren dat een patiënt met een levensbedreigende aandoening de eerder genomen beslissing wijzigt om toch alle kansen aan te pakken.

## NIET-BEHANDELBSLISSINGEN

Beslissingen voorafgaande aan het levenseinde zijn in 2 typen te verdelen: (a) afzien van een nieuwe behande-

ling of (b) het staken van de levensverlengende behandeling die al begonnen was. In beide gevallen zal het resultaat naar verwachting hetzelfde zijn: vroeger of later overlijdt de patiënt.

Beslissingen van het eerste type gaan veelal over het niet meer reanimeren bij een circulatiestilstand of een fatale hartritmestoornis. Op de IC betreft het vaak afspraken om niet over te gaan tot beademing, niet te resusciteren bij hypotensie, niet te beginnen met nierfunctievervangende therapie of de behandeling van nieuwe infecties achterwege te laten.

Voorbeelden van de tweede soort beslissing zijn het stoppen van de beademing en het staken van alle medicamenteuze ondersteuning behalve sedativa en analgetica, volgens de richtlijn 'Nalaten en staken van behandeling en palliatieve zorg na staken van behandeling bij volwassen Intensive Care-patiënten' van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care.<sup>4</sup>

Hoewel het afzien van een behandeling en het staken ervan beide onder abtinerend beleid vallen, zijn er in emotioneel en praktisch opzicht wel degelijk verschillen tussen de 2 typen beslissingen. Over het algemeen blijkt het afzien van een nieuwe behandeling makkelijker te accepteren dan het stoppen van een behandeling, al is de nauwe verwantschap tussen de 2 wel invoelbaar. Beide soorten beslissingen verschillen overigens in meerdere opzichten van een euthanasietraject, waarbij het leven actief beëindigd wordt. Dit komt nauwelijks voor op de IC.

#### WIE BESLIST?

Bij het staken van levensverlengende behandeling betreft het meestal patiënten die geheel afhankelijk zijn van ondersteunende of orgaanfunctievervangende apparatuur of medicamenten. Zonder deze geavanceerde medische technieken zouden deze patiënten niet meer in leven zijn. Op het moment dat het staken van de behandeling aan de orde is, is de patiënt meestal niet meer in staat te beslissen over de situatie omdat hij of zij wordt beademd en geseedeerd. In deze situatie is het aan de intensivist om een weloverwogen besluit te nemen.

De intensivisten hebben een centrale rol in het informeren van en communiceren met enerzijds de leden van het behandelteam en anderzijds de naasten van de patiënt. Goede, heldere en tijdige communicatie en regie zijn essentieel om het vertrouwen te creëren dat nodig is voor een soepel besluitvormingsproces. In het ideale geval resulteert dit in een gezamenlijke besluitvorming over behandelkeuzes en behandeldoelen. Het is belangrijk dat patiënten, maar meestal hun wettelijke vertegenwoordiger, ervaren dat zij een aandeel hebben in het besluit. Zij hoeven echter geen toestemming te geven voor het staken of afzien van een behandeling. Sterker nog, het is essentieel dat de familieleden niet het gevoel krijgen dat

- **Beslissingen voorafgaand aan het levenseinde komen vaak voor op de Intensive Care.**
- **'Advance care planning', waarbij de patiënt met zijn behandelend arts zijn voorkeuren voor zorg rond het levenseinde in de spreekkamer bespreekt, heeft de voorkeur boven besluitvorming in de acute fase.**
- **Het nalaten of staken van de behandeling op de IC wordt met name bepaald door het moment waarop de behandeling van het acute medische probleem disproportioneel is geworden of tegen de wens van de patiënt in gaat.**
- **Bij de besluitvorming over het staken van een levensverlengende behandeling op de IC is het behandelteam betrokken, inclusief intensivisten, orgaanspecialisten, arts-assistenten en IC-verpleegkundigen.**
- **Het nalaten of staken van een levensverlengende behandeling is een medische beslissing waarbij wordt gestreefd naar gezamenlijke besluitvorming met de naasten van de patiënt.**
- **Het is wettelijk verplicht om in het patiëntendossier verslag te doen van het besluitvormingsproces.**

zij zelf deze beslissing genomen hebben, omdat negatieve gevoelens hierover hen in de toekomst kunnen achtervolgen.<sup>5</sup>

#### WETTELIJK KADER

Bij het afzien of staken van een behandeling kan de arts zich beroepen op de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), waarbij in artikel 453 de plicht van goed hulpverlenerschap is vastgelegd. Dit artikel rechtvaardigt dat disproportioneel medisch handelen niet wordt gecontinueerd, mits geobjectiveerd en gedeeld door een ter zake kundig vakgenoot.

In artikel 450, lid 3 wordt toestemming bij beslissingsonbekwaamheid vastgelegd. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen positieve en negatieve wilsverklaringen. Een negatieve wilsverklaring houdt in dat conform de wens van de patiënt is afgesproken om een behandeling niet meer in te stellen of een ingestelde behandeling te staken; deze verklaring is bindend.

Een positieve wilsverklaring is zeldzamer en betreft de documentatie van de voorkeur van patiënt om een specifieke behandeling juist wél uit te voeren; de behandelend arts kan op medische gronden van deze uitvoering afzien. Wanneer een patiënt niet beslissingsbekwaam is, dan is de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt het aanspreekpunt.

Het is wettelijk verplicht om bij de uitvoering van alle behandelbeperkingen verslag te doen van het beslissingsproces in het patiëntendossier (WGBO artikel 454).

**INVLOEDEN OP DE BESLISSING**

Medische beslissingen aan het einde van het leven op de IC worden in Nederland genomen op basis van medische gronden en argumenten. Juridisch gezien staat het de arts vrij zo'n beslissing te nemen. Dit is niet overal ter wereld het geval. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld speelt de mening van de familie van de patiënt een veel prominentere rol.

Wat wij een waardig levenseinde vinden is cultureel bepaald en wordt weerspiegeld in wetten. In de medische praktijk wegen culturele en religieuze overtuigingen van de patiënt én de behandelaar eveneens mee in de besluitvorming rond het levenseinde. Het is onvermijdelijk dat de persoonlijke opvattingen van de arts en zijn medische achtergrond hierbij van invloed zijn. Om te voorkomen dat een individuele arts op 'de stoel van God' plaatsneemt, worden beslissingen over het al dan niet staken van de behandeling genomen wanneer consensus bereikt is met meerdere specialisten.

Wanneer het besluit tot het staken van de levensverlengende behandeling uiteindelijk genomen is, zal dit tot het overlijden van de patiënt leiden. De natuurlijke dood zal

dan op korte termijn volgen, binnen enkele dagen, of soms zelfs binnen uren of minuten.

**Dames en Heren**, de besluitvorming voorafgaande aan het levenseinde op de IC is een medische beslissing. Het betreft een eenmalige, onomkeerbare beslissing om een levensverlengende behandeling te staken of geen nieuwe behandeling meer in te stellen. Daarom vereist het proces van besluitvorming de grootste zorgvuldigheid en aandacht. In dit besluit worden het behandelend team, de wettelijke vertegenwoordiger en, indien mogelijk, de patiënt zelf betrokken. Heldere communicatie tussen alle partijen is essentieel voor een soepel proces en goede besluitvorming.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 16 december 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2016;160:A9694

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/A9694](http://WWW.NTVG.NL/A9694)**

**LITERATUUR**

- 1 Bakhshi-Raiez F, Brinkman S, van Dijk I, et al. Focus IC jaarboek 2014. Utrecht: Stichting Nice; 2015.
- 2 Verkade MA, Epker JL, Nieuwenhoff MD, Bakker J, Kompanje EJO. Withdrawal of life-sustaining treatment in a mixed intensive care unit: most common in patients with catastrophic brain injury. *Neurocrit Care*. 2012;16:130-5.
- 3 Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, et al; Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*. 2003;290:790-7.
- 4 Gerritsen RT, Kesecioglu J, Kompanje EJO, Meulemans E, Mooi B. Richtlijn nalaten en staken van behandeling en palliatieve zorg na het staken van behandeling bij volwassen IC patiënten. Utrecht: NVIC; 2009.
- 5 Wendler D, Rid A. Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others. *Ann Intern Med*. 2011;154:336-46.