

Morele dilemma's op de SEH

INLEIDING

Op de spoedeisende hulp (SEH) presenteren zich regelmatig patiënten met ziektebeelden die een acute interventie vereisen. Of de vereiste behandeling daadwerkelijk in gang gezet wordt, hangt af van velerlei factoren, waaronder de wens van de patiënt en de kans van slagen van de behandeling. In sommige situaties is het beter om van een behandeling af te zien. Vaak zijn het patiënten die voordien niet ernstig ziek waren, zodat er niet eerder een directe reden was om over behandelbeperkingen te spreken. Soms echter gaat het om patiënten die al langere tijd ernstig ziek waren, van wie sommigen afspraken hebben gemaakt over behandelbeperkingen. In acute situaties op de SEH is er vaak geen tijd om alle informatie te vergaren die nodig is voor het vastleggen van een behandelbeperking. Aan de hand van drie casussen willen wij benadrukken hoe belangrijk het is om behandelbeperkingen voor deze categorie patiënten tijdig te bespreken en nauwkeurig vast te leggen.

Patiënt A

Een man van 83 jaar met in de voorgeschiedenis onder andere de ziekte van Kahler, atriumfibrilleren en een aortaklepstenose komt op de spoedeisende hulp in verband met dyspneu en hoesten. Bij lichamelijk onderzoek wordt een zeer dyspnoïsche man gezien met een ademfrequentie van 40/min, een temperatuur van 38,7 °C, een pols van 70/min en een bloeddruk van 134/63 mmHg. Over de longen zijn een verlengd piepend expirium, crepitaties en rhonchi over alle longvelden te horen. De thoraxfoto toont een bovenkwabinfiltraat rechts en de laboratoriumuitslagen laten verhoogde ontstekingswaarden zien.

Met de werkdiagnose pneumonie wordt patiënt opgenomen op de verpleegafdeling en wordt intraveneus amoxicilline/clavulaanzuur gestart. Al snel is er echter sprake van progressieve dyspneu met een ademfrequentie van 50/min en zuurstofsaturaties van 80% ondanks een venturimasker met 60% zuurstof. Er volgt overleg met de intensivist over eventuele overplaatsing naar de intensive care. Patiënt geeft op dat moment echter duidelijk aan dat hij geen verdere behandeling meer wil en niet naar de intensive care wil. Twee maanden voor de huidige opname is hem in verband met een *sick sinus syndrome* een pacemaker geadviseerd, ook deze had hij geweigerd.

Samenvatting

Feenstra RA, Schuur T, Ter Avest E. Morele dilemma's op de SEH. *Huisarts Wet* 2014;57(4):206-8.

Als patiënten in acute toestand op de spoedeisende hulp komen, is er vaak niet genoeg tijd om afspraken omtrent niet reanimeren of andere behandelbeperkingen te bespreken. Aan de hand van drie casussen houden wij een pleidooi voor het tijdig bespreken en vastleggen van enige behandelbeperking. Daarmee kunnen onnodig lijden voor de patiënt en onnodig hoge kosten voor de samenleving voorkomen worden.

In overleg met patiënt en familie (zoon en schoondochter) wordt besloten patiënt zo spoedig mogelijk naar huis te laten gaan om hem in de gelegenheid te stellen daar te overlijden. Uiteindelijk overlijdt patiënt vlak voor aankomst thuis.

Patiënt B

Een man van 78 jaar met in de voorgeschiedenis COPD, atriumfibrilleren, hartfalen en uitgebreid vaatlijden presenteert zich op de spoedeisende hulp in verband met een gebarsten aneurysma van de aorta abdominalis. Eerder is besloten dit (toen nog asymptomatische) aneurysma niet electief te opereren in verband met het sterk verhoogde operatierisico bij de uitgebreide comorbiditeit van patiënt. Gegeven de acute situatie wordt nu echter met spoed een buikoperatie uitgevoerd waarbij een aortabuisprothese wordt geplaatst.

Postoperatief komt patiënt op de intensive care. Geleidelijk verbetert de toestand en na zeven dagen kan hij worden gedetubeerd. Inmiddels is uit gesprekken met de familie gebleken dat patiënt de laatste maanden zowel geestelijk als lichamelijk erg achteruitging en dat hij al geruime tijd alleen maar in de stoel zat en niet meer buiten kwam. Na ontslag vanaf de intensive care unit naar de verpleegafdeling wordt daarom besloten patiënt niet opnieuw te intuberen of op de intensive care op te nemen wanneer zijn toestand opnieuw zou verslechteren. Drie dagen later komt patiënt te overlijden als gevolg van progressieve respiratoire insufficiëntie.

Patiënt C

Een man van 82 jaar met in de voorgeschiedenis nierfunctiestoornissen en atriumfibrilleren komt op de spoedeisende hulp in verband met een gebarsten aneurysma van de aorta abdominalis. Na toestemming van patiënt en zijn echtgenote wordt besloten tot uitschakeling van het aneurysma door plaatsing van een aortabuisprothese.

Postoperatief wordt patiënt op de intensive care opgenomen, waar hij inotropiebehoefte blijkt en waar hij, in verband met een acute nierinsufficiëntie, wordt behandeld met continue venovenieuze hemofiltratie. Via de inmiddels geraadpleegde huisarts wordt ondertussen bekend dat patiënt voorheen al een zeer matige algehele conditie had en dat er sprake was van 'een dementieel beeld'. In een gesprek met de echtgenote en de dochter van patiënt blijkt dat hij al meer dan een jaar bijna volledig afhankelijk was van zijn echtgenote voor de ADL-zorg. Na met de familie besproken te hebben dat de ingezette behandeling eigenlijk op zijn best zou kunnen leiden tot een slechtere (thuis)situatie, met verdere achteruitgang van cognitief functioneren en ADL-afhankelijkheid, werd besloten tot een absterender beleid waarna patiënt is overleden.

De kern

- Respect voor de autonomie van de patiënt staat aan de basis voor het al dan niet inzetten van levensverlengende behandelingen.
- Het is van belang om te verifiëren of de patiënt afdoende geïnformeerd en wilsbekwaam is om tot een afgewogen oordeel te komen.
- Behandelbeperkingen moeten tijdig besproken worden met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger.
- Het is van belang dat afspraken omtrent behandelbeperkingen in een vroeg stadium worden gemaakt en nauwkeurig vastgelegd worden in het medisch dossier.

BESPREKING

Autonomie

Respect voor de autonomie van de patiënt staat aan de basis voor het al dan niet inzetten van levensverlengende behandelingen. Een patiënt die wilsbekwaam en voldoende geïnformeerd is, heeft het recht om alle vormen van medische behandeling, inclusief levensverlengende behandelingen, te weigeren. De WGBO eist dat de arts, ook wanneer hij van mening is dat een dergelijke weigering in strijd is met het welzijn van de patiënt en de patiënt zal kunnen schaden, betrokken moet blijven en moet proberen de patiënt te overreden. Wanneer dit niet lukt, moet de arts de keuze van de patiënt respecteren – waarbij moet worden aangetekend dat de patiënt wel een aangeboden behandeling kan kiezen of weigeren, maar niet zonder meer een behandeling kan eisen die niet wordt aangeboden. Een recent gepubliceerd ethisch beslismodel biedt de behandelaar handvatten om aan de hand van vijf vragen tot een beslissing te komen.

1. Is de medische interventie effectief voor het behalen van de doelen van de patiënt?
2. Hoe beoordeelt de behandelaar het verwachte voordeel en het risico op schade?
3. Begrijpt de patiënt zijn medische situatie?
4. Wil de patiënt de behandeling nog nadat de voordelen, de schade en de kosten geëvalueerd zijn?
5. Zijn er veel middelen (ook geldelijke) nodig voor de behandeling?

Wilsbekwaamheid

Het is belangrijk te verifiëren of de patiënt afdoende geïnformeerd en wilsbekwaam is om tot een afgewogen oordeel te komen. Wilsbekwaamheid is een contextafhankelijk begrip: de vereisten zijn hoger naarmate de gevolgen van de beslissing ingrijpender zijn. Het weigeren van een potentieel levensreddende behandeling vereist daarom een zorgvuldige beoordeling van de wilsbekwaamheid van de patiënt. Elke arts moet deze afweging kunnen maken; hij kan daarbij gebruikmaken van het door de KNMG opgestelde *Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid*.² Als de comorbiditeit van de patiënt of de complexiteit van de situatie dat vereist, kan de primaire behandelaar deskundigen consulteren, zoals een psychiater, klinisch geriatrater of een specialist ouderengeneeskunde. De primaire behandelaar blijft echter verantwoordelijk voor de beoordeling van de wilsbekwaamheid. Om een afgewogen oordeel mogelijk te maken, moet de patiënt in staat zijn te communiceren en niet te veel beïnvloed worden door belangen van derden. De patiënt moet de verstrekte medische informatie begrijpen en in staat zijn deze in overeenstemming te brengen met de eigen persoonlijke waarden en doelen.

Zinloos handelen

Wanneer een behandeling niet in staat is het beoogde doel te bereiken, spreekt men van zinloos handelen. Een behandeling kan als zinloos worden ervaren vanuit het perspectief van de behandelaar (gebrek aan medische effectiviteit) en vanuit het

perspectief van de patiënt (gebrek aan een leven met betekenis). Onderzoek laat zien dat mensen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg over het algemeen het verhogen van de kwaliteit van leven belangrijker vinden dan het verlengen van het leven.³

Om te beoordelen of een interventie medisch zinloos is, moet men de uitkomst van die interventie met een hoge graad van betrouwbaarheid kunnen voorspellen. Als vuistregel kan daarbij gelden dat een behandeling vanuit medisch perspectief zinloos is als zij in de laatste honderd keer dat zij is uitgevoerd geen enkele keer het gewenste resultaat opleverde, of als er na de behandeling sprake zal zijn van permanent bewustzijnsverlies en persisterende afhankelijkheid van de intensive care.⁴ De diagnose en prognose staan echter nooit absoluut vast en dus is het soms lastig om in een acute situatie de medische zin of zinloosheid van een behandeling voor de individuele patiënt te bepalen. In een dergelijk geval kan het wijs zijn andere behandelaars om advies te vragen of de behandeling aan een tijdslimiet te binden.

Nog lastiger is het vaak om in een acute situatie de zin of zinloosheid vanuit het perspectief van de patiënt te bepalen. Zinloos handelen is niet alleen ongewenst in de zin dat het beoogde doel niet wordt bereikt, maar het brengt ook onnodig hoge kosten met zich mee voor de gezondheidszorg. Een recent onderzoek laat zien dat een hogere prevalentie van wilsverklaringen waarin behandelbeperkingen zijn opgenomen, is geassocieerd met lagere zorgkosten in samenlevingen waarin de zorgkosten rondom het levenseinde hoog zijn.⁵

BESCHOUWING

Patiënt A was volledig wilsbekwaam inzake de beslissing omtrent zijn verdere behandeling maar kon zijn wens inzake het weigeren van verdere behandeling niet tot uitdrukking brengen, wellicht omdat hij te laat gehoord werd of onvolledig geïnformeerd was omtrent zijn prognose. Eerder had hij een pacemakerimplantatie geweigerd, maar omdat dit niet in zijn dossier gedocumenteerd was, kon deze informatie niet meegewogen worden door de behandelend artsen op de spoedeisende hulp. Dat heeft ertoe bijgedragen dat zijn wens om thuis te kunnen sterven niet meer kon worden vervuld.

Bij patiënt B was de afspraak om zijn abdominale aneurysma niet meer te opereren weliswaar in het dossier vastgelegd, maar het was niet duidelijk was of deze afspraak ook van toepassing was op acute situaties. Om meerdere redenen is het van belang om gesprekken omtrent het vastleggen van

Abstract

Feenstra RA, Schuur T, Ter Avest E. Moral dilemmas in the emergency department. *Huisarts Wet* 2014;57(4):206-8.

Owing to the acute nature of the conditions for which patients come to the emergency department, there is often not enough time to discuss a do-not-resuscitate order or other treatment restrictions with patients and/or their family at presentation. On the basis of three cases, we make a plea for the timely discussion and clear documentation of any treatment restrictions, in order to prevent unnecessary suffering of the patient and high costs for the community.

eventuele behandelbeperkingen tijdig te voeren en juist te documenteren. Ten eerste kan een voortschrijdende ziekte het cognitief functioneren of de uitdrukkingsvaardigheid van de patiënt aantasten, wat het lastig en soms onmogelijk maakt om behandelbeperkingen te bespreken. Ten tweede is er in acute situaties vaak onvoldoende tijd om de patiënt optimaal te informeren om tot een weloverwogen beslissing te kunnen komen. Tot slot blijken veel patiënten het bedreigend te vinden om over behandelbeperkingen na te denken.⁶ Tijdige, goede uitleg over het doel van het bespreken van behandelbeperkingen, zodat de patiënt de tijd heeft om de informatie op zich te laten inwerken en er op een later moment op terug te komen, kan deze angst voor een deel wegnemen.

Patiënt C werd in eerste instantie geopereerd aan een geruptureerd abdominaal aneurysma, maar gaandeweg werd duidelijk dat het doel van de behandeling vanuit het perspectief van de patiënt, zoals aangegeven door zijn echtgenote, niet haalbaar zou zijn en werd de behandeling gestaakt. Bij de afweging of er behandelbeperkingen moeten gelden, speelt naast de wens van de patiënt ook de kans van slagen van de behandeling een rol. Weldoen en niet-schaden is hierbij een belangrijk uitgangspunt. Daarbij moet men het uiteindelijke doel van de behandeling steeds goed voor ogen houden: is dat het herwinnen van pre-existent functioneren, het verlengen van het leven of de bestrijding van symptomen?

In alle drie de casussen is, gegeven de beschikbare kennis, tijd en informatie op het moment van presentatie, medisch gezien correct gehandeld. Toch heeft het handelen niet de (door de arts) beoogde uitkomst gehad. Bovendien bleek de ingezette behandeling achteraf niet gewenst, vanuit het perspectief van de patiënten en hun familie. In alledrie de situaties zou de besluitvorming beter zijn verlopen als eventuele behandelbeperkingen al in een eerder stadium waren besproken en vastgelegd.

CONCLUSIE

Het tijdig bespreken en vastleggen van de perspectieven van zowel de patiënt als de behandelaar op de zin of zinloosheid van bepaalde medische interventies maakt het gemakkelijker direct de juiste keuzes te maken wanneer zich een acute situatie voordoet.

Het bespreken en opstellen van een verklaring omtrent behandelbeperkingen is de gezamenlijke verantwoordelijkheid

van alle betrokken partijen: patiënt, behandelaren en eventueel de familie. De huisarts kan in dit proces een belangrijke rol vervullen omdat hij de patiënt kent en een vertrouwensband heeft. Twee recent verschenen publicaties kunnen hierbij behulpzaam zijn: de KNMG-handreiking *Tijdig spreken over het levenseinde*⁷ en de multidisciplinaire richtlijn *Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen*.⁸

Goede communicatie tussen alle betrokken partijen is van cruciaal belang. Intramurale informatie over beleidsgesprekken en over het te verwachten beloop van het ziekteproces moet nauwkeurig en snel aan de huisarts overgedragen worden. Omgekeerd is het van cruciaal belang dat de huisarts informatie over de behandelbeperkingen die met de patiënt zijn afgesproken beschikbaar maakt voor andere behandelaren en ambulancepersoneel in geval van levensbedreigende situaties.

Ieder mens heeft recht op goede gezondheidszorg. Het tijdig bespreken en zorgvuldig documenteren van behandelbeperkingen, zowel in als buiten het ziekenhuis, maakt hier deel van uit. Wanneer zich een acute situatie voordoet, maakt dat het gemakkelijker om direct de juiste keuzes te maken. Tijdig nadenken over de grenzen van een behandeling voorkomt zinloos handelen, onnodig lijden van de patiënt en onnodige aanspraak op zorg. ■

LITERATUUR

- 1 Winkler EC, Hiddemann W, Marckmann G. Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework. *J Med Ethics* 2012;38:647-51.
- 2 Witmer JM, De Roode RP. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGB. Deel 2 Informatie en toestemming. Bijlage 9: Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid. Utrecht: KNMG, 2004. <http://knmg.artsenet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Van-wet-naar-praktijk-implementatie-van-de-WGB-Deel-2.-Informatie-en-toestemming-2004.htm>, geraadpleegd januari 2014.
- 3 Van Delden JJM, Vrakking AM, Van der Heide A, Van der Maas PJ. Medical decision making in scarcity situations. *J Med Ethics* 2004;30:207-11.
- 4 Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990;112:949-54.
- 5 Nicholas LHN, Langa KM, Iwashyna TJ, Weir DR. Regional variation in the association between advance directives and end-of-life Medicare expenditures. *JAMA* 2011;306:1447-53.
- 6 Prendergast TJ, Puntilo KA. Withdrawal of life support: intensive caring at the end of life. *JAMA* 2002;288:2732-40.
- 7 KNMG. Handreiking tijdig spreken over het levenseinde. Utrecht: KNMG, 2012. www.knmg.nl/spreken-over-levenseinde, geraadpleegd januari 2014.
- 8 Van Delden JJM, Van der Endt RP, De Graaf E, Helle R, Ikking H, Klein Ikink AJ, et al. Multidisciplinaire richtlijn besluitvorming over reanimatie: Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. Utrecht: Verenso/NHG/V&VN, 2013. <https://www.nhg.org/themas/artikelen/mdr-besluitvorming-over-reanimatie>, geraadpleegd januari 2014.