

# Artikelen

## Reanimeren en Ethiek



## Artikel 1:

# Gun patiënt zijn einde

*De medische wetenschap maakt steeds meer mogelijk. Het voelt echter niet goed om medewerking te moeten verlenen aan het oprekken van een leven dat eigenlijk al 'klaar' is. Een noodkreet uit de ambulancewereld.*

Na ruim elf jaar op de ambulance staan sommige facetten van hulpverlenen mij steeds meer tegen. De medische wetenschap is tot steeds meer in staat. Het resultaat hiervan is dat wij als ambulancehulpverlener almaar vaker te maken krijgen met oude mensen die in een terminaal stadium van hun leven verkeren, bij wie het kaarsje langzaam maar zeker, of plotseling, uit kan gaan. Voor de terminale patiënt die ondraaglijk lijdt, levert de gang naar het ziekenhuis louter uitstel op van iets wat hij binnen afzienbare tijd toch moet ondergaan. De hoogbejaarde die wij door reanimatie in leven houden, ontnemen wij een mooie dood. Wat hij ervoor terugkrijgt is ongewis. In slechts weinig gevallen kan deze patiënt het ziekenhuis zonder enig restverschijnsel verlaten.

Onze hoogontwikkelde medische standaard verlengt het leven, maar de kwaliteit zal op de langere termijn sterk verminderen. In ons dagelijks werk komen we steeds meer mensen tegen die lijden onder de ouderdom. Fysieke pijn, benauwdheidsklachten, maar ook eenzaamheid. Het gevolg van onze tussenkomst is verergering van deze pijn, omdat we meewerken aan het verlengen van hun leven.

## Humaan

Er is niets in het leven wat zo onherroepelijk bij het leven hoort als de dood. We zijn het erover eens dat dit proces zo humaan mogelijk moet verlopen. Pijn en benauwdheid moeten altijd bestreden worden. Maar het levenseinde heeft ook iets bijzonders, iets mystieks. Juist het feit dat we vroeg of laat komen te overlijden maakt het leven zo de moeite waard. Om te sterven kun je je toch geen betere plaats

voorstellen dan je eigen vertrouwde omgeving met je naasten in de buurt. De kilte van de kliniek is voor de meeste mensen niet de voorkeursplek om te sterven.

Mij bekruipt steeds vaker het gevoel dat wij tegen beter weten in met zulke patiënten naar het ziekenhuis worden gestuurd, terwijl abtinerend beleid het meest humaan zou zijn. Een dergelijke beslissing van de dienstdoende huisarts blijft meer en meer uit, omdat de visitearts tegenwoordig slechts bij toeval de eigen huisarts is. De dienstdoende huisartsen op de huisartsenposten durven deze beslissingen niet te nemen, omdat ze de patiënt onvoldoende kennen. Ook de juridische aansprakelijkheid speelt mee. De makkelijkste weg is dan: insturen.

### **Berusten**

Wat wij in deze tijd missen, is een stervensbegeleider – zoals vroeger de pastoor – van wie geen medisch ingrijpen wordt verwacht, die mensen het vertrouwen geeft de dood gerust tegemoet te treden. In mijn werk ben ik steeds vaker geneigd om patiënten én familie te doordringen van het feit dat het leven eindig is en daarin te berusten. Dit valt helaas buiten mijn verantwoordelijkheid. Wat ik wél kan doen, is een discussie op gang brengen over dit onderwerp. Met als doel meer overleg tussen (huis)arts en palliatieve zorginstellingen, die uitstekende terminale thuiszorg kunnen leveren, en meer respect voor mensen die op basis van hun leeftijd of omstandigheden de regie voor hun levenseinde zélf in de hand willen houden.

*Erik van Engelen, ambulancehulpverlener*

## Artikel 2:

# EEN PATIËNT DRAAGT EEN NIET-REANIMEERPENNING OMDAT HIJ 'NIET ALS EEN KASPLANTJE WIL EINDIGEN'. MAAR WAT TE DOEN ALS HIJ ZICH VERSLIKT IN EEN DRUIF EN EEN CIRCULATIESTILSTAND KRIJGT?

'Niet-reanimeerpenning bijna fataal voor 86-jarige man' schreven de kranten onlangs. De man kwam met een darmbloeding op de SEH. Daar werd zijn NR-penning opgemerkt, gevolgd door de uitroep: 'Niet reanimeren beleid!' Hij was erg geschrokken, want voor zijn bloeding wilde hij wel geholpen worden. Gelukkig was hij helder genoeg om aan te geven dat hij écht niet dood wilde. Achteraf zei hij: 'Wat ik bedoel met niet reanimeren is dat als ik op straat dood lig te gaan, ze me niet terug hoeven te brengen. Ik wil niet als een kasplantje verder leven.' De NR-penning ligt inmiddels weer in de la.

Even los van het feit dat hier een niet-behandelbeleid en een niet-reanimeer-beleid werden verward, roept deze casus een belangrijke vraag op. Wat bedoelt iemand met een NR-penning? En moet je deze ook respecteren bij een goede kans op restloos herstel, bijvoorbeeld bij een medicatiefout, hypothermie of verstikking?

Het uitgangspunt van de KNMG is helder: een arts moet een NR-penning als rechtsgeldige wilsuiting respecteren, tenzij de arts gegronde redenen heeft dat niet te doen. Die kunnen onder andere bestaan uit onduidelijkheid bij de arts over de echtheid, ondertekening of interpretatie van de wilsverklaring.

Helaas begint daar voor de hulpverlener het ethisch dilemma. Wilsverklaringen zijn doorgaans niet toegesneden op de complexe werkelijkheid. Idealiter beschrijft iemand wanneer hij welke behandelingen niet meer zou willen. Maar een NR-

penning laat hiervoor geen ruimte. Veel mensen dragen een NR-penning omdat ze niet als 'kasplantje' willen eindigen. En hoewel de kans daarop niet heel groot is in Nederland, is de angst daarvoor niet ongegrond.

Wat nu te doen? Respecteer je de wens van de patiënt zoals die op de penning staat, of ga je ervanuit dat 'dit niet was wat hij bedoelt'? Eerlijk gezegd denk ik niet dat het mogelijk is om eenduidig vast te leggen wat een hulpverlener buiten het ziekenhuis moet doen als die in een noodsituatie een NR-penning tegenkomt. Veel zal afhangen van de specifieke situatie, met name de oorzaak van de circulatiestilstand. Komt de oorzaak van 'buitenaf', zoals een elektrische schok of een verstikking, of is het een spontane circulatiestilstand? Wat is de leeftijd en fysieke toestand? Er bestaat dus enige 'discretionaire ruimte' voor de arts. Geen tuchtrechter zal een arts veroordelen als die op goede gronden iemand ondanks een NR-penning reanimeert – bijvoorbeeld bij een verstikking in een restaurant. Is er ondanks een NR-penning 'succesvol' gereanimeerd – in de zin dat er weer circulatie is – dan hoort daarbij wel de verantwoordelijkheid om te stoppen met verdere behandeling als blijkt dat er ondanks de herstelde circulatie toch ernstige restschade is ontstaan. Dan ontstaat immers de situatie die de patiënt waarschijnlijk vreesde en per se niet wilde.

Gert van Dijk ethicus bij de KNMG en het Erasmus MC

## Artikel 3:

### Onderzoek: reanimatie als modern ritueel

De vraag waarom wij mensen met een plotselinge hartstilstand reanimeren lijkt eenvoudig te beantwoorden. Dat doen wij om een leven te redden. Maar is dat de enige reden? Een beknopte samenvatting van mijn sociologie scriptie, die in 2008 genomineerd werd voor de Nationale scriptieprijs.

Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 25.000 mensen gereanimeerd. Vijftien procent overleeft, 85% procent sterft alsnog. Veel aandacht gaat uit naar 15%. We zien hen terug op televisie en in campagnes van de Hartstichting. Zij bevestigen voor ons de betekenis van mond op mondbeademing, hartmassage en defibrillatie. Reanimatie redt levens. De 85% die alsnog sterft, ruim 20.000 mensen per jaar, blijft anoniem.

Wie deze anonieme groep mensen onder de loep neemt raakt verwonderd. Er zitten enkele kinderen bij, drenkelingen, maar de meeste van hen zijn chronisch zieke ouderen. Sommigen al diep in de tachtig of negentig. Worden zij echt alleen gereanimeerd om het leven te redden of is er meer aan de hand? Om daar inzicht in te krijgen heb ik onderzoek gedaan naar de volgende vraag:

#### **Wat is het nut van reanimatie wanneer het niet leidt tot het redden van een leven?**

Uit mijn onderzoek komt naar voren dat reanimatie een aantal functies heeft waar we ons niet of nauwelijks van bewust zijn: latente functies. Laat ik beginnen met de belangrijkste. Een niet geslaagde reanimatie verandert de plotselinge dood in een geleidelijk sterfproces.

De plotselinge dood wordt al sinds mensheugenis gezien als slecht. Tijdens de Middeleeuwen leidde een plotselinge dood vaak tot strijd binnen de gemeenschap over de erfenis van spullen en posities. Tegenwoordig zijn er andere redenen waarom de plotselinge dood ons ernstig tegenstaat.

De openbare plaatsen waar wij ons dagelijks begeven zijn gevrijwaard van de dood. In de Kalverstraat of in de plaatselijke Albert Heijn is er niets dat ons herinnert aan onze sterfelijkheid. Wanneer iemand dan toch plotseling een hartstilstand krijgt, dan draagt een reanimatie en de daarbij behorende gang naar het ziekenhuis er aan bij dat er niemand dood gaat in de publieke ruimte. Of de reanimatie nu slaagt of niet is wat dat betreft niet belangrijk. Het enige dat waarneembaar sterft is het geluid van de sirene in de verte.

Een plotselinge hartstilstand van een naaste of een omstander is een zeer schokkende gebeurtenis die hevige emoties oproept. Het gestandaardiseerde gedragspatroon dat de Hartstichting ons voorschrijft - van het bellen van 112, tot het starten van mond op mondbeademing en borstcompressie - kanaliseert deze hevige emoties. Een reanimatie dwingt tot een geciviliseerd gedragspatroon. Want hoe meer emoties, hoe kleiner de kans dat een reanimatie succesvol verloopt.

Dat reanimatie schuldgevoelens onderdrukt en op een positieve wijze kan bijdragen aan het rouwproces dat op het afscheid volgt wordt steeds openlijker onderkend. Bij de vraag of familieleden aanwezig mogen zijn bij een reanimatie in het ziekenhuis is het positieve effect op het eventuele rouwproces een belangrijk argument van de voorstanders. Nabestaanden kunnen dan met eigen ogen zien dat er echt alles aan gedaan is.

Reanimatie, tot slot, is vanuit een theatraal perspectief een eerbetoon aan de overledene. Met energieke borstcompressies en mond op mondbeademing laten we letterlijk zien aan de omstanders en aan onszelf hoe belangrijk het slachtoffer is voor de gemeenschap.

Reanimatie is meer dan een levensreddende handeling alleen. Wanneer het niet leidt tot het redden van het leven fungeert het als een nuttig stervensritueel dat de sociale waarde van de stervende benadrukt, bijdraagt aan de acceptatie van de dood en er voor zorgt dat de publieke ruimte niet ontwricht raakt door een sterfgeval. Hoe kleiner de kans dat reanimatie daadwerkelijk een leven gaat redden, hoe meer deze latente functies zich opdringen als werkelijke redenen.

### **Geloof**

Er is een belangrijke voorwaarde wil reanimatie fungeren als nuttig stervensritueel: vooraf moet men enig vertrouwen hebben in een goed resultaat. Is dat geloof er niet, dan verworden de handelingen in beleving van de uitvoerder tot een vorm van zinloos geweld, losgelaten op een zojuist overleden persoon. Om deze reden doet de Hartstichting zeer haar best het succesvolle imago van reanimatie in stand te houden. Wanneer dat imago er niet zou zijn, was het draagvlak in de samenleving voor de reanimatiepraktijk vermoedelijk een stuk minder dan nu het geval is.

Dat het succesvolle imago niet in overeenstemming is met de werkelijkheid leidt echter tot een problematische praktijk binnen het ziekenhuis. Wanneer de dokter om medische redenen af wil zien van een reanimatie, ontnemt hij daarmee ook een deel van de sociale waarde van de patiënt en de mogelijkheid voor de familie om het gevoel te krijgen dat er alles aan gedaan is. Om een conflict of spanningen te voorkomen wordt dan soms toch gekozen om te reanimeren ook al is de kans op succes nihil en de kans op schade levens groot.

Deze gang van zaken maakt dat van verpleegkundigen regelmatig hoogbejaarde mensen, die in hun beleving overleden zijn, toch moeten reanimeren. Omdat dit voor verpleegkundigen traumatisch is, gebeurt het dat deze vrijwel kansloze reanimaties soms worden gesaboteerd. Verpleegkundigen doen dan nauwelijks hun best en rommelen maar wat aan. Ze veranderen de reanimatie in een matig toneelstuk, dat wordt uitgevoerd uit angst voor juridische consequenties en om de arts en de familie tevreden te stellen. Met het redden van een leven heeft reanimatie dan helemaal niets meer van doen.



## Artikel 4:

### **Verpleegkundige geschrapt om niet reanimeren: terecht?**

Een verpleegkundige is ontslagen en geschrapt uit het BIG-register, omdat zij een patiënt niet reanimeerde. De zaak doet veel stof opwaaien.

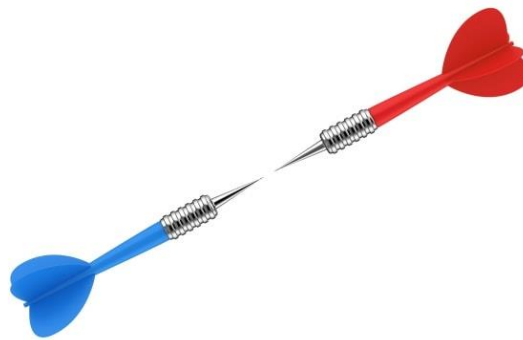
Als ervaring botst met beleid

Dit artikel is verschenen in

Nursing-magazine november 2017,

met de kop 'Reanimatiezaak: als

ervaring botst met beleid'



Een 63-jarige verpleegkundige met

veertig jaar ervaring heeft tijdens een avonddienst in het Ommelander Ziekenhuis de zorg voor een 72-jarige patiënt met darmkanker. Hij heeft uitzaaiingen in de lever en is opgenomen in verband met braken, diarree, uitdroging en infectie als gevolg van een chemobehandeling. De man had een geplande operatie in het vooruitzicht. De afspraak is dat hij gereanimeerd wordt indien de situatie zich voordoet. Er is sinds zijn opname wat onrust rondom de patiënt: zijn echtgenote is ontevreden over het ziekenhuis en heeft voor de volgende dag een overplaatsing geregeld. De bewuste avond is het druk op de afdeling: wegens ziekte is er een verpleegkundige minder dan anders. De verpleegkundige die verantwoordelijk is voor deze patiënt, treft de man in slechtere toestand aan dan uit de rapportage en de overdracht naar voren kwam. Vanwege toenemende benauwdheid bij de patiënt heeft zij telefonisch overleg met de arts, op haar initiatief. Later in de dienst helpt zij de man op een postoeel om ontlasting te hebben, en loopt even weg uit de eenpersoonskamer. Bij terugkomst zit de patiënt onderuitgezakt en buiten bewustzijn op de postoeel. Ze besluit op dat moment om geen reanimatie te starten, naar eigen zeggen omdat dit een 'vreselijke dood' zou betekenen. Zij maakt die inschatting met name omdat de man sondevoeding krijgt, en zij –vanuit ervaring- bang is dat hij hierin tijdens het



reanimeren zal stikken. Aan collega's die later de kamer binnenkomen, laat zij weten dat ook zij niet hoeven te reanimeren.

*'Als ik uitsluitend volgens protocol zou werken, ben ik dan een goede verpleegkundige?'*

#### Gebrek aan inzicht

De verpleegkundige moet haar handelwijze bekopen met ontslag en een tuchtrechtzaak. Ze krijgt een beroepsverbod. Volgens de tuchtrechter heeft de verpleegkundige 'een totaal gebrek aan inzicht in haar eigen handelen getoond' en 'willens en wetens haar collega's verkeerd geïnformeerd dat de patiënt niet gereanimeerd hoefde te worden.' Ook neemt de tuchtrechter het haar kwalijk dat zij niet op de noodknop heeft gedrukt om een arts in te schakelen. 'Ik zou niemand een verschrikkelijke dood toewensen. Als ik uitsluitend volgens protocol zou werken, zonder na te denken, ben ik dan een goede verpleegkundige?', vraagt de verpleegkundige zich volgens het tuchtrechtverslag af.

#### Beleid is beleid

Verpleegkundigen reageren op social media massaal op de kwestie. Het dilemma waar de verpleegkundige voor stond, is voor velen herkenbaar. Desondanks moet je je als verpleegkundige houden aan het afgesproken beleid, vindt 61 procent van de 1445 stemmers op een poll op Nursing.nl. Dat vindt ook beroepsvereniging V&VN. Zij benadrukt dat het besluit om wel of niet te reanimeren, een besluit is van de arts. 'Het gesprek over al dan niet reanimeren moet standaard aan het begin van het zorgtraject gevoerd worden bij dit soort patiënten. Dat is van cruciaal belang om juist dit soort situaties te voorkomen. Als de patiënt wilsbekwaam is en niet gereanimeerd wil worden, moet dat helder gedocumenteerd staan en bekend zijn bij de zorgverleners', aldus directeur Sonja Kersten.

## Kans op rustige dood

Niet iedereen is het eens met dit standpunt. Arts en jurist Dirk van der Wedden vindt dat het tuchtcollege de zaak te eenzijdig heeft bekeken en de verpleegkundige te zwaar heeft gestraft. 'Zij had het beeld van een gruwelijke dood door te stikken in de sondevoeding. Als ervaren verpleegkundige had ze ongetwijfeld ook beelden van gereanimeerde patiënten met gebroken ribben op de IC, soms met een delier. Al je ervaringen uit het verleden schieten op zo'n acuut moment door je hoofd. Wanneer ze echter reanimatie was gestart, was daarmee de patiënt iedere kans op een rustige, natuurlijke dood ook ontnomen', schrijft hij in een gastcolumn op Nursing.nl.

Ook artsen op de site van Medisch Contact vinden de straf die de verpleegkundige heeft gekregen disproportioneel zwaar. Ze erkennen de lastige rol waarin verpleegkundigen zitten: kennis en ervaring versus beleid of niet afgesproken beleid. 'Al is de situatie kansloos, als er nergens een niet-reanimeerafspraak op papier staat moet je als verpleegkundige toch reanimeren', haakt Nursing-columnist en verpleegkundig onderzoeker Hugo van der Wedden daarbij aan. 'Zo beschadigen verpleegkundigen regelmatig stervende patiënten omdat ze zichzelf juridisch niet in de nesten willen werken. Zeg eens eerlijk: past deze houding bij moderne, zelfverzekerde verpleegkundigen?'

## Professionele inschatting

In zijn column in Nursing oktober geeft Hugo aan dat, zo blijkt uit onderzoek, de context het meest bepalend is voor de uitkomst van een reanimatie. 'Niet leeftijd, niet comorbiditeit, maar de situatie zoals hij zich voordoet. Het zou dan ook een uiting van evidence based practice zijn als de context leidend wordt in het handelen, en verpleegkundigen ruimte krijgen om een professionele inschatting te maken. De werkelijkheid is anders. Niet de context staat centraal, maar schriftelijk beleid. Dat betekent dat we de verantwoordelijkheid nog steeds het liefst bij de arts neerleggen', zegt hij. Hij pleit voor meer verpleegkundig leiderschap.

## Menselijke maat

Hugo en zijn vader Dirk van der Wedden hopen dat de reanimatiezaak het begin is van een open discussie onder verpleegkundigen en artsen. Dirk: 'Het geloof in richtlijnen en protocollen lijkt het zicht op de dagelijkse praktijk en de menselijke maat vertroebeld te hebben. Je kunt alleen maar naar dit soort cases kijken op een zeer genuanceerde manier. Artsen en verpleegkundigen staan meerdere keren per dag voor keuzes, moeten acuut prioriteiten stellen. Richtlijnen en protocollen zouden hulpmiddelen moeten zijn bij kwalitatieve goede zorg, geen dwangbuis.'