

Mag een verpleegkundige zelfstandig afzien van reanimatie?

DE VRAAG

Heeft een verpleegkundige, in het kader van goed hulpverlenerschap, ruimte om af te zien van reanimatie als de situatie daarom vraagt? Of moet dit een strikt medische aangelegenheid te blijven?

de kwestie

In de rubriek 'De Kwestie' legt Medisch Contact praktijkdilemma's voor aan haar lezers en aan deskundigen. Deze keer wordt een kwestie aangekaart over de recente veroordeling van een verpleegkundige die zelfstandig besloot af te zien van reanimatie. De kwestie staat sinds enkele weken online en heeft veel reacties opgeroepen. Een selectie hiervan, plus het deskundig commentaar van klinisch ethicus Erwin Kompanje leest u hier eveneens.

Heeft u ook een casus die u wilt delen, stuur deze dan naar: redactie@medischcontact.nl onder vermelding van 'De Kwestie'. Publicatie kan ook anoniem, mits uw naam bij de redactie bekend is.

Een verpleegkundige van het Ommelander Ziekenhuis is na veertig jaar trouwe dienst op staande voet ontslagen. Daarnaast is ze door de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor het tuchtcollege gedaagd, dat haar inmiddels uit het BIG-register heeft geschrapt. De reden? Ze besloot geen reanimatie te starten toen haar patiënt, een verzwakte man van 72 jaar met naar de lever uitgezaaide darmkanker, onwel werd. Ze was bang de man te schaden en zag geen reële kans op succes. Er waren geen beleidsbeperkingen afgesproken.

Is er niet expliciet een afspraak om van reanimatie af te zien, dan moet je als verpleegkundige altijd starten. Deze afspraak-is-afsprakacultuur maakt verpleegkundigen kwetsbaar. Ten eerste omdat het reanimatiebeleid een zaak van de behandelend arts is, en als het meezit ook van de patiënt. Verpleegkundigen hebben geen formele inspraak, maar staan wel als eerste aan het bed als het misgaat met de patiënt.

In de media werd gesuggereerd dat in deze casus reanimatie niet met de man was besproken. Maar stel dat hij wel toestemde, op basis van wat deed hij dat dan? De ervaring leert dat artsen hun patiënt zelden gedetailleerd informeren over kansen en risico's.

Juist dat maakt het werk voor verpleegkundigen ingewikkeld. Een reanimatie starten waarbij de kans op succes klein is, en de kans op een zwaar

beschadigd sterven groot, terwijl je niet weet waar de patiënt voor gekozen heeft? Ga er maar aan staan.

Het is voor artsen overigens onmogelijk een patiënt gedetailleerd te informeren. Het meest van invloed op de uitkomst van een reanimatie is de context van de hartstilstand, en juist dat laat zich niet voorspellen. Dit is het tweede aspect dat verpleegkundigen kwetsbaar maakt. Ook al is de context hopeloos, van verpleegkundigen wordt hoe dan ook verwacht te starten met reanimatie. Het gebeurt dan ook regelmatig dat zij, zowel binnen als buiten het ziekenhuis, een schier kansloze reanimatie toch starten omdat ze bang zijn voor de juridische consequenties wanneer ze het niet doen. De schade aan patiënten en zichzelf nemen ze voor lief.

Heeft een verpleegkundige, in het kader van goed hulpverlenerschap, ruimte om af te zien van reanimatie als de situatie daarom vraagt? Dat is de centrale vraag in deze kwestie. Of de verpleegkundige uit het Ommelander Ziekenhuis een redelijke afweging heeft gemaakt is een andere kwestie. Daarvoor kennen we nog te weinig details van de omstandigheden. Maar haar ontslag op staande voet en de veroordeling door de tuchtrechter lijken vooral een waarschuwing aan alle verpleegkundigen: waag het niet zelf na te denken in een acute situatie. ■

contact

hugovanderwedden@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.



UW MENING

Hieronder een selectie van de reacties op deze kwestie.

Onredelijk

Het is ernstig en niet passend dat deze verpleegkundige zo veroordeeld is. In de gezondheidszorg worden zeer vele indirecte besluiten genomen met allerlei directe en secundaire consequenties. Dat is de gezondheidszorg eigen! Ik maak het mee dat men oude mensen bij opname vraagt 'of ze wel of niet gereanimeerd willen worden, in geval dat'. Als dat niet duidelijk is, kan een betrokken en assertieve gezondheidsmedewerker, veelal door buitenstaanders, veroordeeld worden. Die er dan mooi weer mee gaan spelen. Echt onredelijk, traumatisch en pijnlijk. Stel dat de betrokkene had gemeld: 'liever niet', dan was het voor juristen geen punt. Het recht kan net zo makkelijk links- of rechtsom gaan.

H. Fennema, psychiater, acute dienst.
Lang gewerkt als hulpverpleegkundige in de cardiologie, Nijmegen

Hopelijk discussie

De genomen maatregelen zijn mijns inziens disproportioneel zwaar. Hoewel ik uiteraard onderschrijf dat behandelbeperkingen in principe een medische beslissing zijn (in het geval van medisch zinloos geachte interventies ook zonder toestemming van de patiënt), vind ik dat je een ervaren verpleegkundige ook niet mag dwingen tot zinloze medische handelingen. Hopelijk is deze casus aanleiding voor een discussie over de beslissruimte van ervaren verpleegkundigen in vergelijkbare situaties ten einde mensonterende pro-formareanimaties te vermijden.

Carsten Lincke, kinderarts, Amsterdam

'Je mag een ervaren verpleegkundige niet dwingen tot zinloze handelingen'

DE DESKUNDIGE

Onwetend en vooringenomen

De verpleegkundige heeft tijdens de tuchtzaak aangegeven dat zij ervan overtuigd was dat de patiënt 'er zodanig slecht aan toe was' dat reanimatie 'geen zin had' en dat zij door het volledig reanimatiebeleid bij deze patiënt 'in gewetensnood verkeerde'.

Dit was echter een aanname. De patiënt was weliswaar oud, had een gemetastaseerde maligniteit en was lichamelijk verzwakt, maar verkeerde hierdoor (nog) niet in een terminale fase van zijn leven. De houding van de verpleegkundige lijkt vooringenomen en gaat ervan uit dat het behandelen van complicaties bij een oudere patiënt met gemetastaseerde kanker *altijd* disproportioneel is. Maar dat gaat voor vele soorten kanker niet meer op. De vijfjaarsoverleving van een patiënt met uitgezaaide colonkanker (stadium IVa) is ongeveer 12 procent. Is het dus gebaseerd op onwetendheid dan valt haar te verwijten dat zij niet op de hoogte is van de huidige stand van zaken en op

'Ik onderschrijf de zware beslissing van het tuchtcollege volledig'

verouderde kennis een zelfstandige beslissing heeft genomen die niet door de behandelend artsen wordt onderschreven. Dit is ook een moreel verwijt, omdat afhankelijke patiënten mogen verwachten dat zij door deskundige professionals worden verzorgd. Daarnaast heeft zij klaarblijkelijk verzuimd om te bedenken dat de circulatiestilstand ook veroorzaakt kon zijn door bijvoorbeeld verstoring van de elektrolyten door de diarree. Een niet



Grijs gebied

Jammer dat de details niet bekend zijn, maar nu klinkt het alsof het een terminale patiënt betreft, die verplicht gereanimeerd moest worden omdat er geen beleid was afgesproken. Een zeer ervaren verpleegkundige die goed kan redeneren waarom hij/zij van reanimatie heeft afgezien moet wat mij betreft wel kunnen. De geneeskunde is een behoorlijk grijs gebied; helaas zijn er de laatste jaren te veel zwart-witkijkers ontstaan.

Jinder Balwant-Gir, huisarts, Rotterdam

Aankaarten bij de verantwoordelijke

Ik denk dat het veel gevraagd is van verpleegkundigen om de medische prognose te overzien. In dit geval ging het om een curatief traject bij een patiënt die, ziek van de chemo, opgenomen was om aan te sterken vóór een operatie. Zo'n patiënt kan er slechter uitzien dan hij is; die circulatiestilstand kwam natuurlijk ook niet uit de lucht vallen. Ik zou wensen dat verpleegkundigen ondanks een verslechterd beeld het afgesproken reanimatiebeleid volgen, en op basis van hun klinische inschatting

– voordat het actueel wordt – het beleid aankaarten bij de verantwoordelijke. Zowel om de verpleegkundige als de patiënt te beschermen.

Eva, anios

Goede zorg

Gezien de context van de patiënt is de handelwijze van de verpleegkundige goed te verdedigen. Zij heeft in deze omstandigheden goede zorg verleend aan de patiënt. Goede zorg gaat voor regeltjes.

Piet Wuisman, neuroloog niet-praktiserend, Merkelbeek

Empathisch

In dubio abstine. Doodzonde (!) dat ik deze ervaren verpleegkundige nooit meer aan mijn bed zal kunnen zien. Een voorbeeld van empathisch handelen dat de grond wordt ingeboord. Jammer.

J. Ekering, geneeskundig adviseur, Culemborg

Afspraak uitvoeren

Is het de vraag of de persoon die als eerste aankomt afgesproken beleid mag veranderen? Dat lijkt me niet. Als familielid zou ik willen weten dat de beslissing om al dan niet mijn vader/part-



WERRY CRONE/HOLLANDESE HOOGTE

primair cardiale oorzaak van een circulatiestilstand is gemakkelijker te verhelpen. Zijn onwetendheid en vooringenomenheid de basis van haar beslissing dan is zij zowel professioneel, juridisch als moreel verwijtbaar. De patiënt heeft zij hierdoor een kans op leven ontnomen. Haar stellingname dat de patiënt na reanimatie door aspiratie van sondevoeding 'op verschrikkelijke wijze zou overlijden' is ook een ongefundeerde aanname. Met dodelijk gevolg.

Belangrijk in deze casus is dat de behandelaren nagedacht hadden over de behandeling van de patiënt en besloten hadden tot een volledig beleid. Dat maakt de beslissing van de verpleegkundige op basis van vooringenomenheid, onvoldoende professionele kennis en ongefundeerde veronderstellingen des te meer moreel verwijtbaar. Een ziekenhuis behoort immers een veilige haven te zijn waar patiënten mogen verwachten door ter zake kundige professionals te worden behandeld. Deze verpleegkundige behoorde hier, in relatie tot deze patiënt, klaarblijkelijk niet toe. Ik onderschrijf de zware beslissing van het tuchtcollege tot

doorhaling in het BIG-register daarom volledig.

Ik ben van mening dat een verpleegkundige in een dergelijke situatie niet het recht heeft om zelfstandig beslissingen te nemen. Zij zal haar bedenkingen kenbaar moeten maken aan de behandelend arts en/of leidinggevende en tijdens een multidisciplinair overleg kunnen inbrengen en ter discussie stellen. Maar in een behandelrelatie zal de eindverantwoordelijke arts moeten beslissen over wel of niet reanimeren of andere behandelbeperkingen. De verpleegkundige is hiertoe niet bevoegd noch bekwaam.

dr. Erwin Kompanje, klinisch ethicus intensive care volwassenen, Erasmus MC Rotterdam

ner/kind te reanimeren tevoren met mij en de patiënt zelf zou zijn afgestemd. Of de eerste discipline ter plaatse nu een arts, verpleegkundige of anderszins geschoold is: graag deze afspraak uitvoeren! Anders voelt het overleven van de patiënt afhankelijk van het toeval, en dat is voor familie niet verteerbaar.

Rosa Karemaker, psychiater, Rotterdam

Lering trekken

Zonder alle details van deze casus te kennen is de verpleegkundige blijkbaar tekortgeschoten in haar aan-

pak van de circulatiestilstand. Ik vraag me echter af of je zoiets niet binnen het ziekenhuis kunt bespreken en iedereen lering uit deze trieste casus kan trekken in plaats van én iemand na veertig jaar dienst op staande voet te ontslaan én alles nog te melden aan de IGZ met als gevolg een schorsing uit het register. Dit was kennelijk een fout, die moet je bespreken, maar je moet daar zeker niemand een levenslange straf voor opleggen, want precies dit is hier gebeurd.

Kees van Houten, internist

Blokje om

Of deze behandelafpraak recht deed aan de situatie en de prognose is een interessante vraag maar in feite niet relevant voor de vraag of de verpleegkundige die mocht negeren.

Er zullen altijd reanimatieafspraken blijven voorkomen die de verpleegkundige, of de arts, tegen de borst stuiten of zelfs ethisch onaanvaardbaar worden geacht. Wie daar

een oplossing voor ziet, mag het zeggen.

We vermoeden dat het voorkomt dat verpleegkundigen en mogelijk ook artsen soms 'een blokje omlopen' of iets minder haast maken met de noodknop, uit gewetensnood over dergelijke afspraken. Wie daar een oplossing voor ziet, mag het ook zeggen.

Barend Kooistra, specialist ouderengeneeskunde, Almere

'Je moet hiervoor zeker niemand een levenslange straf opleggen'