

# Professioneel handelen

- 2.1 Een arrogante dokter krijgt een klacht – 16
- 2.2 Routine zonder goede reden – 18
- 2.3 Klokkenluiden – 22
- 2.4 Van de tafel gevallen – 24
- 2.5 Een dagje meelopen – 27
- 2.6 Geen pottenkijkers – 30
- 2.7 Schijnveiligheid – 32
- 2.8 Van de regen in de drup – 34
- 2.9 Een collega met een catastrofale hersenbloeding – 37
- 2.10 Een vervaagd nummer uit een inktzwart verleden – 40
- 2.11 Niet iedere zelfkwakker is een kwakzalver – 42

## 2.1 Een arrogante dokter krijgt een klacht

### 2.1.1 Over onprofessioneel handelen

#### Casus 2.1

De 53-jarige heer J. had tijdens een inspannende vergadering pijn op de borst gekregen. Zijn secretaresse had 112 gebeld en de heer J. werd per ambulance naar de spoedeisende hulp (SEH) van een middelgroot regionaal ziekenhuis gebracht. De man kwam geïrriteerd, onrustig en gejaagd over. Een van de nieuwe agnities van de afdeling Cardiologie onderzocht hem en besloot hem voor observatie op de afdeling Cardiologie op te nemen. De SEH-verpleegkundigen vonden deze arts arrogant en onhandig. Een van de verpleegkundigen merkte in de koffiekamer op: 'Arrogant zijn is prima, maar je moet het dan wel kunnen waarmaken.' De hierbij aanwezige verpleegkundig teamleider moest lachen om deze onliner, maar deed er verder niets mee.

De arts wilde, voordat de man op transport zou gaan, eerst nog een infuus bij de heer J. inbrengen en vroeg daarbij hulp aan een van de SEH-verpleegkundigen. Het inbrengen van het infuus verliep niet zonder slag of stoot. De arts moest vier keer prikken voordat het lukte. De verpleegkundige kon het niet nalaten hier enige cynische opmerkingen over te maken in de trant van: 'Zit ie al, of zal ik alvast een nieuwe doos naalden halen?' en 'Je hebt het nog steeds niet onder de knie, hè.' De heer J. raakte steeds geïrriteerder en begon zich ook op de arts af te reageren. In het overdrachtformulier van de SEH naar de afdeling Cardiologie kon de verpleegkundige het niet nalaten te schrijven: 'Na vier »moeizame« pogingen een Venflon ingebracht door dienstdoende arts-assistent.' De patiënt heeft later schriftelijk een klacht ingediend over de 'incompetentie' van de arts-assistent. In zijn brief haalde de man de opmerkingen van de verpleegkundige aan.

### 2.1.2 Beoordeling

Bij de ethische beoordeling van een praktijkvoorbeeld achteraf (retrospectieve analyse en afweging) is het allereerst belangrijk na te gaan of er een ethisch probleem was, en zo ja, dat probleem dan te benoemen. Daarna moet de casus met enige emotionele afstand ontfaeld worden. De explicitering van het probleem is de basis voor de verdere afweging om te beoordelen of er moreel juist of onjuist is gehandeld. Verder zullen we moeten nagaan of er handelingsalternatieven zijn geweest en of ons feitelijke informatie voor de ethische afweging ontbreekt.

In deze casus lijkt het probleem vrij duidelijk: *'Getuigt het van professioneel en moreel juist handelen om in het bijzijn van een patiënt als hulpverlener een andere hulpverlener af te vallen?'*

Intuïtief lijkt het antwoord vrij helder: nee! Maar de vraag is: Waarom niet? Voor een afweging is het belangrijk de feiten te benoemen en vragen te beantwoorden. Is de ar-

rogante houding van de arts voor onze afweging van belang, of vormt het een legitieme reden voor de verpleegkundige om hem in bijzijn van een patiënt af te vallen? Wat heeft de verpleegkundige voor ogen bij 'goed hulpverlenen'? Wat is zijn intentie? En misschien wel het belangrijkste: waar is de patiënt mee gebaat?

In eerste instantie lijkt het logisch te stellen dat de arrogante houding van de arts er niet toe doet. Het is lastig, maar mag geen reden vormen voor mogelijk immoreel gedrag van andere hulpverleners (zoals de verpleegkundige). Maar als de houding van de ene hulpverlener aanleiding geeft tot immoreel gedrag van een ander, dan doet het wel degelijk ter zake. Waarom is de arts arrogant? Is het zijn karakter of is hij onzeker (hij is onhandig), en denkt hij door zijn houding dit te kunnen verbergen? De 'lachende' verpleegkundig teamleider in deze casus heeft met betrekking tot dit aspect ogenschijnlijk niet professioneel gehandeld. Deze had met de arts (en/of diens supervisor) in gesprek kunnen gaan, en zeggen dat het gedrag van de arts irritatie bij de verpleegkundigen oproept. Zeker op een SEH-afdeling is samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen van groot belang. Was men alerter geweest, dan had mogelijk het voorval in de casus voorkomen kunnen worden. Niet zelden geven scheve verhoudingen tussen artsen en verpleegkundigen aanleiding tot onethische situaties, waarbij de patiënt en diens naasten de dupe kunnen worden. Het is de verantwoordelijkheid van leidinggevendenden om deze gevoelens te herkennen en er iets mee te doen.

Wat te denken van het gedrag van de verpleegkundige? Het is begrijpelijk, maar geenszins goed te keuren. Werken in de gezondheidszorg is in heel veel situaties samenwerken. Het doet getuigen van een professionele instelling, als patiënten erop kunnen vertrouwen dat de inspanningen van de verschillende hulpverleners erop gericht zijn de patiënt bij te staan en hulp te geven. Zij moeten erop kunnen vertrouwen dat onderlinge rivaliteit of ruzies de kwaliteit van de patiëntenzorg niet in gevaar brengt. De belangrijkste en doorslaggevende ethische vraag in deze casus is of dit laatste het geval is. Heeft de patiënt door de situatie mogelijk schade opgelopen of had de situatie aanleiding kunnen geven tot het ontstaan van schade?

Eén van de belangrijkste ethische principes in de gezondheidszorg is dat er geen schade wordt berokkend (*primum non nocere*). We berokkenen weliswaar in de gezondheidszorg veel en regelmatig schade. Maar dit is moreel goed te keuren als het weldoen van de patiënt de intentie is en de schade in redelijke verhouding staat tot het goeddoen (we mogen infusen prikken, katheters inbrengen, opereren, enz. vanuit het perspectief dat een groter goed hierdoor verkregen wordt). Het principe van 'weldoen' is dus eveneens van groot belang. Ook de principes van 'respect' en 'wederkerigheid' gaan in deze casus op. Schade is een ruim begrip: fysieke schade maar ook psychische schade of schade in belangen.

Kijken we nu naar de patiënt. Een man van middelbare leeftijd die tijdens een vergadering pijn op de borst heeft gekregen. Hij kwam geïrriteerd en gejaagd over. Een waarschijnlijke diagnose om rekening mee te houden is angina pectoris of een hartinfarct. De intentie van zorg bij een dergelijke patiënt is weldoen en voorkomen dat verdere schade kan ontstaan. Hier ligt het meest kwalijke van het gedrag van de verpleegkundige. Hij heeft de belangen van de patiënt niet laten prevaleren in zijn handelen en gedrag. Dit getuigt van onprofessioneel en immoreel gedrag. De patiënt kan met name door de cynische opmerkingen van de verpleegkundige aan het adres van de arts het vertrouwen in de arts verlie-

zen, de vruchteloze pogingen om een infuus in te brengen kunnen de reeds geïrriteerde man verder opwinden, met mogelijke negatieve gevolgen voor zijn cardiale toestand. Het had aanleiding kunnen geven tot mogelijke fysieke schade. Daarnaast zal de verhouding tussen de patiënt en de arts ook later als zij elkaar op de afdeling Cardiologie weer zouden treffen verstoord kunnen zijn.

Bekeken van het principe van ‘wederkerigheid’ valt de verpleegkundige eveneens veel te verwijten. Zou hij zelf bij het onervaren uitoefenen van een handeling ook zo benaderd willen worden, zoals hij de arts benaderd heeft? Waarschijnlijk niet. ‘Wat gij niet wilt dat u geschiedt, doe dat ook een ander niet.’

Wat valt er te leren van deze casus? Allereerst dat het belang van de patiënt de intentie moet vormen voor ons professioneel handelen. Dit is een dwingende morele plicht. Patiënten moeten daarop kunnen vertrouwen. Daarnaast is het zo dat hulpverleners niet de aangewezen personen zijn om de patiënt attent te maken op de tekortkomingen van collegae. Dat bespreekbaar maken moet wel gebeuren, maar nooit aan het patiëntenbed. Terecht heeft de patiënt in een brief zijn ongenoegen over de situatie uitgesproken. De arrogantie van de arts bleek te verklaren uit onzekerheid. Nadat hier met hem over gesproken was, stelde de arts zijn houding ten positieve bij. De verpleegkundige was in het gesprek in eerste instantie defensief, en probeerde de schuld bij de arts te houden. In een later gesprek gaf hij toe te ver te zijn gegaan.

Hoe zal de uitkomst van onze afweging eruit kunnen zien? Ja, er is zeker sprake van een ethisch probleem. De patiënt had mogelijk meer schade kunnen oplopen door het onprofessionele gedrag van de verpleegkundige. Daardoor is het gedrag van de verpleegkundige onethisch te noemen en zeker verwijtbaar. Zijn intentie van zorg bij deze individuele patiënt deugde niet. Van minder belang, maar eveneens weinig professioneel, is het ontbreken van wederzijdse respectvolle omgang tussen hulpverleners. De verpleegkundig teamleider valt te verwijten dat deze het belang van teamwork niet serieus genomen heeft en de situatie van roddel en achterklap heeft laten bestaan. Zeker gezien het feit dat de arrogantie van de arts gebaseerd was op onzekerheid, daar had zij als ervaren verpleegkundige (zij werkte al 21 jaar in de zorg) doorheen kunnen prikken.

## 2.2 Routine zonder goede reden

### 2.2.1 Over onnodig schade berokkenen

#### Casus 2.2

De 64-jarige mevrouw C. was met respiratoire insufficiëntie op basis van een onderste luchtweginfectie voor opname op de IC aangeboden. Zij was al enige jaren bekend met overgewicht, diabetes type II en hypertensie. De bloedgaswaarden die op de SEH waren bepaald waren zodanig verslechterd dat intubatie en mechanische beademing noodzakelijk werden geacht. Zij werd op de IC opgenomen. Een internist-intensivist in opleiding en een verpleegkundige bespraken de toestand met haar en haar echtgenoot. Hierna werd zij gesedeerd, geïntubeerd en werd mechanische beademing

gestart. Zij was hemodynamisch stabiel en de lichaamstemperatuur was verhoogd tot 38,6 °C. De bloedgaswaarden waren door de mechanische beademing weer acceptabel. Na ongeveer anderhalf uur kwam de internist-intensivist in opleiding naar de verpleegkundige die de zorg voor de vrouw had, en vroeg haar materiaal klaar te zetten voor het inbrengen van een arteriapulmonaliskatheter en swan-ganz-katheter. De ervaren verpleegkundige reageerde verbaasd en vroeg de arts waarom dit noodzakelijk was, de vrouw was immers hemodynamisch stabiel. De arts antwoordde met: 'Ach, baat het niet, dan schaadt het ook niet, het is een door overgewicht, diabetes en hypertensie cardiaalbelaste vrouw, en het is ten laatste ook een goede oefening voor mij.'

### 2.2.2 Een afweging tussen 'weldoen' en 'allereerst geen schade berokkenen'

---

Het inbrengen van tubes, katheters, veneuze en arteriële lijnen, enzovoort is vanuit ethisch perspectief gezien het berokkenen van schade, immers de patiënt loopt hierbij risico op tijdelijke of blijvende lichamelijke beschadiging en complicaties, met in het ergste geval de dood tot gevolg. In een ethische afweging is dit risico van minder belang als er een zeker voordeel voor de patiënt uit voortkomt. Dit is dan als 'weldoen' te zien, en dit vormt in de meeste gevallen de legitimatie om het principe 'allereerst geen schade berokkenen' van minder belang te achten. Bijvoorbeeld bij het inbrengen van een beademingstube bij een patiënt met respiratoire insufficiëntie loopt de patiënt risico op een fractuur of luxatie van één of meerdere tanden en een risico op stembandbeschadiging. Daar staat tegenover dat hij zonder intubatie door de respiratoire insufficiëntie niet adequaat behandeld (beademd) kan worden. Het weldoen weegt dan zwaarder. Soms is het berokkenen van de ene schade noodzakelijk om een ergere schade te voorkomen. Bijvoorbeeld bij een reanimatiepoging kunnen ribben gebroken worden (het berokkenen van schade), maar zonder de uitwendige hartmassage zal de patiënt zeker overlijden (een grotere schade). Veelal zal schade berokkend moeten worden om te kunnen weldoen. Je kunt alleen een zieke appendix verwijderen (weldoen) door de buik te openen (berokkenen van schade).

Van ethisch belang is dat deze twee principes altijd tegen elkaar moeten worden afgewogen. Kunnen we door deze handeling werkelijk weldoen? Weegt de schade op tegen de inschatting dat welgedaan kan worden? Deze afweging vormt de kern van de analyse van de hierboven beschreven casus.

### 2.2.3 Het weldoen

---

Allereerst bepalen we het weldoen in deze casus. Vervolgens de aanwezige en mogelijke schade, om ten slotte in een weging te bepalen in hoeverre er een te verantwoorden grond

is voor het handelen. We beperken ons bij deze casus tot de analyse van het voorstel van de arts om een arteriapulmonaliskatheter en swan-ganz-katheter in te brengen.

Sinds de introductie in de praktijk door Swan en Ganz in 1970 zijn wereldwijd ettelijke miljoenen van deze katheters ingebracht. Alleen al in Amerika worden per jaar ongeveer 1,5 miljoen pulmonaalkatheters verkocht, zo'n 30% voor gebruik tijdens cardiale chirurgie, 30% voor katheterisatie in laboratoria en op cardiologische IC-afdelingen, 25% voor gebruik tijdens ingrijpende chirurgie en trauma, en 15% voor katheterisatie op IC-afdelingen. Dankzij deze vorm van bewaking is er beter begrip van de pathofysiologische veranderingen bij ernstig zieke patiënten, vooral bij myocard infarcten en shock. De gegevens die door de drukmeting worden verkregen, vormen de basis voor therapie. Dit alles is te zien als weldoen naar de patiënt.

### 2.2.4 Het risico op schade

Ondanks het veelvuldige gebruik bestaat er geen overtuigend bewijs dat de techniek bijdraagt aan een betere uitkomst en overleving. De effectiviteit en veiligheid zijn niet duidelijk. Pas rond 1987-1990 verschenen de eerste rapporten dat het gebruik van een pulmonaalkatheter aanleiding geeft tot hogere sterfte en hogere kosten. Meer recente studies laten zien dat er zowel geen voordeel als geen nadeel aan het gebruik van de katheter meetbaar is. De vele case reports van allerlei complicaties die sinds 1970 in de literatuur verschenen zijn, zijn te verdelen in drie groepen:

1. complicaties ontstaan bij het inbrengen van de naald en katheter;
2. complicaties ontstaan bij de katheterisatieprocedure;
3. complicaties ontstaan bij het verblijf van de katheter.

Bij de eerste categorie moet je denken aan bloeding, een (hemato)pneumothorax, het aanprikken van nabijgelegen slagaders, het scheuren van de carotis of subclavia arterie en het afscheuren van de introductie sheat. Bij de tweede categorie zijn alle ritmestoornissen te vangen, allerlei verkeerde routes, bloedingen, (hemato)pneumothorax, luchtembolie en hartruptuur (met tamponnade). Bij de derde categorie denken we ook aan ritmestoornissen, verder aan infecties, beschadiging van hartkleppen, fistels tussen aders en slagaders, longembolie, vorming van een vals aneurysma, verkeerde interpretatie van de hemodynamische data hetgeen aanleiding kan geven tot verkeerde therapie. Schattingen laten zien dat deze complicaties in ongeveer 15% van de patiënten die de katheter hebben gekregen, voorkomen, waarvan tussen 0,02 en 1,5% met dodelijke afloop. Een ruptuur van de arteria pulmonalis is de meest gevreesde complicatie, met een kans op sterfte van 31-50%. Belangrijk is dat uit één studie bleek dat in 88% van 48 dodelijk verlopen complicaties van de arteriapulmonaliskatheter een ruptuur de oorzaak was en dat in 85% dit postmenopauzale vrouwen betrof.

### 2.2.5 Afweging

---

Er zijn twee doelen bij opname van een ernstig zieke patiënt op de IC:

1. een juiste diagnose stellen;
2. een keuze maken voor de beste manier van monitoring en therapie bij de individuele patiënt.

Een feit is echter dat onzekerheid over diagnose en werking van therapie juist op een IC groot is. Onzekerheid over de pathofysiologische toestand van de patiënt vormt immers vaak de reden op diagnostische monitoring bij de patiënt toe te passen. Om goede IC-zorg te kunnen geven is het noodzakelijk dat intensivisten en IC-verpleegkundigen gegevens verzamelen, diagnostische en therapeutische alternatieven afwegen, en het 'weldoen' van de patiënt laten prevaleren.

Hoe is dit in de beschreven casus? Is er, gezien de risico's die verbonden zijn aan het inbrengen van een arteriapulmonaliskatheter, een voordeel te verwachten voor de patiënt? Is de patiënt in een dusdanig klinische toestand dat deze monitoring noodzakelijk is? Is er bij deze specifieke patiënt nog een bijzonder risico te verwachten?

Met de uitkomsten van de geciteerde studie naar het voorkomen van de meest dodelijke complicatie van de katheter, de ruptuur van de arteria pulmonalis, in het achterhoofd zal de arts terughoudend moeten zijn. Het betreft hier een postmenopauzale vrouw met comorbiditeit waardoor vaatafwijkingen aannemelijk zijn. De vrouw is op dit moment hemodynamisch stabiel. Dus eigenlijk spreekt er meer tegen dan voor. Niet doen dus. Is de laatste reden die de arts noemde (*'het is ook een goede oefening voor mij'*), een moreel te verantwoorden reden? Ja en nee. Het zou alleen mogen met toestemming van de patiënt, waarbij de reden (oefening) ter sprake is gekomen. Zonder toestemming niet. In nood is toestemming te veronderstellen, maar dat gaat in dit geval niet op. Toch is het van belang dat mensen leren in de praktijk (*'see one, do one, teach one'*). Ook in noodsituaties. Maar nogmaals, dat gaat niet op in deze casus. Is er een noodzaak, dan kan de arts het leren onder begeleiding van een ervarenene.

### 2.2.6 Conclusie

---

Bij twijfel moeten we handelen, maar in deze casus lijkt mij twijfel niet aanwezig. Het is daarom niet moreel te verantwoorden om bij deze vrouw de pulmonaalkatheter in te brengen. Het risico op schade is groter dan het te verwachten voordeel.

## 2.3 Klokkenluiden

### 2.3.1 Over beroepsgeheim

#### Casus 2.3, deel 1

De 29-jarige Anton wordt na een val van een drie meter hoog hek met een gebroken bovenarm en een hersenschudding op een SEH-afdeling binnengebracht. Na de val is hij gedurende 10 minuten bewusteloos geweest. Hij is nu wakker, maar suf. Op de SEH-afdeling wordt de kleding, conform het protocol, losgeknipt. Anton wordt verder onderzocht en behandeld. Eén van de verpleegkundigen onderzoekt de losgeknipte kleding op persoonlijke eigendommen om deze apart in een enveloppe op te bergen. Naast sleutels, los geld en wat andere zaken vindt zij vijf doorzichtige zakjes met daarin een wit poeder. Zij laat het aan een collega en aan de SEH-arts zien. De arts heeft het sterke vermoeden dat het hier om cocaïne gaat.

In de Nederlandse grondwet is geregeld dat het individu lichamelijke onschendbaarheid heeft en een recht op een persoonlijke levenssfeer. Dat betekent concreet dat we niet zo- maar aan elkaar mogen zitten of aan elkaars eigendommen. Buiten het feit dat dit juridisch geregeld is, ligt hier ook een belangrijke morele basis aan ten grondslag. Het heeft met respect, integriteit en privacy te maken. In de gezondheidszorg maken we vaak inbreuk op de lichamelijke integriteit en komen we binnen de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Dat mogen we doen met goede reden: we willen de patiënt zo goed mogelijk behandelen. Daar zijn natuurlijk wel voorwaarden aan verbonden. Als het kan, moeten we toestemming van de patiënt hebben en al hetgeen wij in ons werk te weten komen over de patiënt, moeten we vertrouwelijk behandelen. Dit valt onder de toestemmingsvereiste en het beroepsgeheim. Artsen en verpleegkundigen moeten zich hier aan houden. Wat nu te doen met de zakjes witte poeder in de casus? In Nederland is het in bezit hebben van drugs, zoals cocaïne, strafbaar. Zijn de arts en de verpleegkundigen gebonden aan aangifte bij de politie? En zo ja, is dat buiten de juridische noodzaak, ethisch juist?

### 2.3.2 Beroepsgeheim

Het beroepsgeheim bestaat uit de zwijgplicht en het verschoningsrecht. Artsen en verpleegkundigen hebben een zwijgplicht. Dit betekent dat zij, buiten hen die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt, tegen niemand iets over een patiënt mogen vertellen. Je mag dus niet tijdens een barbecue aan de buurman vertellen over een casus die je tijdens je werk hebt meegemaakt. Het verschoningsrecht gaat over het recht dat een arts of verpleegkundige heeft, om zich tegenover de rechter, de rechter-commissaris en de politie 'te verschonen' van het afleggen van een verklaring over een patiënt, waarbij hij/zij het beroepsgeheim zou moeten schenden. De arts of de verpleegkundige is dus niet verplicht om een verklaring af te leggen. Het beroepsgeheim is ethisch gezien gebaseerd op het principe

van privacy en het respecteren van de autonomie van de patiënt. Door het beroepsgeheim te doorbreken kan een patiënt in zijn of haar belangen worden geschaad. Beroepsgeheim kan alleen doorbroken worden als er sprake is van de toestemming van de patiënt of een wettelijke plicht om toch te spreken of bij een zogenoemd 'conflict van plichten'. Met het laatste wordt bedoeld dat 'erger te voorkomen is', er bestaat een werkelijk direct gevaar voor anderen. Bijvoorbeeld een patiënt geeft aan dat hij, zodra hij thuis is, iemand zal gaan vermoorden. De hulpverlener zal dan moeten kiezen tussen zijn beroepsgeheim en een ander belang.

### 2.3.3 Beroepsgeheim en drugs

---

Als een arts of een verpleegkundige tijdens de uitoefening van zijn of haar werk drugs aantreft (op of in het lichaam van de patiënt), dan is hij er (juridisch) aan gebonden dit zo snel mogelijk over te dragen aan de politie. Hij of zij is echter er niet aan gebonden om te vermelden bij wie de drugs zijn gevonden. Ook medische gegevens over de patiënt hoeven niet te worden genoemd. Het beroepsgeheim prevaleert in principe altijd boven het belang van de opsporing van misdrijven. Daarom is de arts of de verpleegkundige er niet aan gebonden om mededelingen te doen over de herkomst van de drugs. Als er tijdens de beroepsuitoefening drugs worden gevonden, zoals in deze casus, mogen deze niet teruggegeven worden aan de patiënt. Het in bezit hebben van drugs is strafbaar, evenals het teruggeven van drugs aan de patiënt.

Ook moreel gezien is het terecht dat de drugs worden overgedragen aan de politie. Drugs berokkenen immers ernstige schade aan individuen en de samenleving. Moreel gezien zijn we eraan gehouden om als het mogelijk is zo veel mogelijk 'schade te voorkomen'. Van hieruit gezien is het moreel juist de drugs over te dragen aan bevoegde instanties. Het is ook moreel juist dat dat in beginsel zonder vermelding van personalia of medisch gegevens gaat.

#### Casus 2.3, deel 2

De SEH-arts neemt contact op met de politie en zegt het vermoeden te hebben vijf zakjes cocaïne gevonden te hebben op een patiënt. Hij wil deze zakjes met inhoud overdragen aan de politie. De politie is snel ter plaatse en bevestigt het vermoeden: het is inderdaad cocaïne. De politie is zeer geïnteresseerd in de herkomst. De arts wil hier echter geen informatie over geven. De politie gaat echter nog verder. De agenten vragen de arts of hij röntgenfoto's van de buik van de patiënt heeft gemaakt, en zo ja, heeft hij het vermoeden dat de patiënt mogelijk een bolletjesslikker is. En zo nee, of die foto dan gemaakt kan worden.

### 2.3.4 Inzetten voor opsporing

---

Behandelend artsen en verpleegkundigen mogen niet voor opsporing van misdaden worden ingeschakeld, dus ook niet voor het geven van informatie over röntgenfoto's en wat

daarop te zien is, of voor het maken van gedwongen röntgenfoto's van verdachte patiënten, zonder dat deze daar toestemming voor hebben gegeven. Anders lijkt het alsof het een verdachte van drugsbezit is. In dat geval kan de officier van justitie in het belang van onderzoek bepalen dat het lichaam van de patiënt wordt onderzocht. Dit dient door een arts gedaan te worden, echter niet door de behandelend arts. Nogmaals, deze mag niet worden ingezet bij het uitvoeren van taken in het kader van strafvervolgning.

### 2.3.5 Besluit

Het is soms moeilijk te verteren dat individuen waar wij bepaalde negatieve ideeën over hebben (zoals drugdealers) beschermd (lijken te) worden. Dat lijkt dan onrechtvaardig. Toch hoort het niet bij onze taakinvulling om mensen of hun handelen te veroordelen. Daarentegen kan bij een *werkelijke* dreiging het beroepsgeheim terecht doorbroken worden, alleen als hier een erger kwaad mee voorkomen kan worden. Dit is dan moreel gezien de meest juiste uitkomst. En dat wij gevonden drugs (buiten de wettelijke verplichting) uit het circuit halen, is moreel juist. Dat wij daarbij de privacy van de dealer beschermen, lijkt onrechtvaardig, maar behoort tot onze professionele standaard. Iedereen moet erop kunnen vertrouwen dat de gezondheidszorg een veilige haven is.

## 2.4 Van de tafel gevallen

### 2.4.1 Nog een keer over beroepsgeheim

#### Casus 2.4, deel 1

De 4-jarige Anton wordt met spoed per ambulance naar de SEH van een ziekenhuis gebracht. Hij was comateus geraakt nadat hij thuis van de tafel was gevallen waar hij in een onbewaakt moment op was geklommen. Hij was met zijn hoofd op de plavuizen vloer terechtgekomen. Zijn moeder had 112 gebeld. Bij binnenkomst was Anton niet aanspreekbaar (Glasgow Coma Score E1, M4, V tube), zijn systolische bloeddruk laag (76 mmHg) en de hartfrequentie hoog (126/minuut). Hij was door het ambulancepersoneel al geïntubeerd en werd beademd. De CT-scan van de schedel liet een groot epiduraal hematoom zien met verdringing van het hersenweefsel. Er was een grote lineaire fractuur zichtbaar over het wandbeen. Hij werd met spoed naar de operatiekamer gebracht waar de neurochirurg het epidurale hematoom ontlastte.

Na de operatie werd Anton op de IC opgenomen. Zijn moeder was duidelijk overstuur en huilde regelmatig onbedaarlijk. Buiten de moeder waren er bij opname geen familieleden aanwezig. Bij het lichamelijk onderzoek viel het de arts en verpleegkundigen op dat op verschillende plaatsen grote en kleinere hematomen zichtbaar waren op armen, benen, rug en thorax. Sommige leken 'vers' terwijl anderen al geelgroen verkleurd waren. De arts opperde: 'Heeft het kind geen leukemie of zo?' Er werd uitgebreid hematologisch en stollingsonderzoek gedaan, maar alle uitslagen bleken nor-

maal. De moeder had de belangstelling van de arts en de verpleegkundigen voor de blauwe plekken opgemerkt en zei: 'Ja, Anton is zo'n onhandig kind. Hij valt regelmatig of loopt tegen dingen aan.'

Ongeveer drie uur na opname arriveerde de vader van Anton in het ziekenhuis. Een grote, indrukwekkende man met kaalgeschoren hoofd en armen vol tatoeages. Hij was voor een klusje weggeweest en was toen hij thuiskwam door de buurman van het voorval op de hoogte gebracht. Hij vroeg aan zijn vrouw wat er gebeurd was, en aan een van de verpleegkundigen hoe het er met Anton voorstond.

De radioloog liet de arts de thoraxfoto zien en wees daarbij op een aantal genezen ribfracturen, iets wat je niet veel zag bij kinderen van die leeftijd. Een verpleegkundige die meekeek, opperde: 'Is het geen kindermishandeling?'

In 2010 zijn in Nederland circa 100.000 kinderen het slachtoffer geworden van kindermishandeling. Slechts een deel van de kinderen komt voor behandeling in het ziekenhuis.

Wat te doen bij een vermoeden van kindermishandeling? Een arts die het vermoeden heeft dat een kind onder zijn zorg het slachtoffer is geweest van kindermishandeling, zal bij twijfel een ter zake kundig collega moeten raadplegen, bij voorkeur uiteraard een kinderarts. Iedereen die vermoedt dat een kind wordt mishandeld, heeft het recht om zijn vermoedens te melden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK, ► [www.amk-nederland.nl](http://www.amk-nederland.nl)). Dit is de enige moreel juiste beslissing. Het AMK zal na beoordeling de noodzakelijke hulp in gang zetten. Bij ernstige gevallen kan het AMK de mishandeling melden aan de Raad voor de Kinderbescherming, en doet het aangifte bij de politie als het vermoeden bestaat dat de veiligheid van het kind in gevaar is.

Artsen en verpleegkundigen hebben vanuit hun beroepsgeheim een geheimhoudingsplicht ten opzichte van hen die zich voor zorg tot hen wenden. De Wet op de jeugdzorg geeft deze hulpverleners echter een *meldrecht* (geen *meldplicht*) in geval van vermoeden van kindermishandeling. Zij kunnen dus hun geheimhoudingsplicht doorbreken en hebben daarbij geen toestemming van ouders of kind nodig. Er bestaat een meldcode voor medici inzake kindermishandeling, opgesteld door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, de meldcode is te downloaden via ► [www.artsennet.nl/publicaties/knmgpublicatie/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-2012](http://www.artsennet.nl/publicaties/knmgpublicatie/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-2012)). In deze code wordt omschreven welke verantwoordelijkheden een arts heeft bij signalering en aanpak van kindermishandeling. In januari 2013 treedt de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in werking.

#### Casus 2.4, deel 2

De arts en een verpleegkundige nemen de beide ouders apart voor een gesprek. Zij vragen nader naar het frequente vallen en stoten van Anton. Opvallend is dat de vader aangeeft het vallen en stoten niet vaak gezien te hebben. Als Anton weer een blauwe plek had, vertelde zijn vrouw hem dat Anton weer eens gestruikeld was of tegen het tuinhekje was aangelopen. Tijdens het gesprek begon de moeder weer onbedaarlijk te huilen.

Ondertussen was een door de arts gebelde kinderarts bij Anton geweest en had in het medisch dossier geschreven dat hij sterk het vermoeden had dat Anton het slachtoffer was van chronische mishandeling en dat de blauwe plekken en genezen fracturen als zodanig te duiden waren. Er werd druk gespeculeerd wie Anton dit had aangedaan. De meningen waren eenduidig: de vader was de mishandelaar. 'Hij zal z'n vrouw ook wel slaan', riep een verpleegkundige kwaad in de koffiekamer van de IC. De arts neemt telefonisch contact op met de vertrouwensarts van het AMK. Deze arts adviseert om de ouders toestemming te vragen voor melding. De arts huivert al bij de gedachte en ziet de grote gespierde vader met zijn getatoeëerde armen voor zich. De vertrouwensarts geeft aan dat de arts ook zonder toestemming een melding kan doen. Dit spreekt de arts meer aan. Hij doet melding van vermoeden van ernstige kindermishandeling bij het AMK.

Er zijn zes criteria waaraan de arts zijn handelen voorafgaande aan een melding van vermoeden van mishandeling dient te toetsen:

1. Het is niet mogelijk om toestemming te vragen dan wel te verkrijgen.
2. De arts is in gewetensnood door het handhaven van het beroepsgeheim.
3. Het niet doorbreken van het geheim kan voor het kind (verdere) schade opleveren.
4. Door de doorbreking van het geheim kan (verdere) schade aan het kind worden voorkomen.
5. Het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.
6. De arts ziet geen andere weg dan doorbreking van het beroepsgeheim om het probleem op te lossen.

#### Casus 2.4, deel 3

Het AMK doet vooronderzoek in de zaak Anton en besluit op basis van de ernst van het letsel de Raad voor de Kinderbescherming in te schakelen en aangifte te doen bij de politie. De arts verstrekt zonder toestemming van de ouders informatie aan de Raad voor de Kinderbescherming. Het is een bizarre situatie. De ouders van Anton zitten naast het bed van hun comateuze kind en houden zijn handen vast en strelen zijn hoofd en borst. Sommige verpleegkundigen griezelen ervan als zij de vader zijn zoon op het voorhoofd zien kussen. 'Wat een hypocriete schoft. Eerst zijn kind in elkaar meppen en hem vervolgens strelen en kussen. Ik zou hem wat kunnen aandoen. En die moeder zit er maar verslagen naast', zegt een verpleegkundige tijdens de overdracht op geëmotioneerde toon.

Hoe moeilijk ook, de verpleegkundigen moeten professioneel zorg verlenen aan Anton, maar ook aan zijn ouders. Er is slechts een vermoeden van kindermishandeling, geen bewezen feit. Soms moeten we zorgen voor patiënten of diens naasten van wie de voorgeschiedenis, het gedrag of de oorzaak van de ziekte ons niet aanstaat of zelfs afstoot. Soms hebben we een vermoeden van onbehoorlijk of crimineel gedrag, zoals bij de ouders van

Anton. Het is echter moreel juist om zonder aanzien des persoons goede zorg te verlenen, dan zijn we ‘een goede hulpverlener’, maar toegegeven, dat is soms niet gemakkelijk.

#### Casus 2.4, deel 4

Twee dagen na de melding bij het AMK komen de ouders niet op bezoek. ‘Zij zullen wel ondervraagd worden door de politie’, weet een verpleegkundige te melden. ‘Ik hoop dat ze hem goed zullen aanpakken’, roept de arts. Een andere verpleegkundige gooit er nog een schepje bovenop: ‘Dat je dat je kind kunt aandoen. Vreselijk dat soort mannen, opsluiten!’

Een dag later staat tot grote schrik van iedereen de man ineens weer voor de deur van de IC. Geëmotioneerd vertelt hij: ‘Ik had het nooit gemerkt dat ze dat deed. Ik was vaak weg voor klusjes. Ik vond het al zo opvallend dat Anton zo aan mij hing als ik thuiskwam. Het is vreselijk als je je partner en moeder van je kind niet kunt vertrouwen.’ Anton is niet meer wakker geworden en is na vier weken op de IC aan de gevolgen van het hersenletsel overleden. De moeder is vervolgd voor doodslag.

### 2.4.2 Besluit

Kindermishandeling is moreel, juridisch en maatschappelijk onaanvaardbaar. Bij vermoeden hierop hebben artsen en verpleegkundigen het *recht* om hun geheimhoudingsplicht te doorbreken en melding te doen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Dat zij dit mogen doen zonder medeweten van de ouders is gezien vanuit de veiligheid van het kind en henzelf moreel te verantwoorden. Primair beschermen zij het kind.

## 2.5 Een dagje meelopen

### 2.5.1 Over privacy van patiënten

#### Casus 2.5

André, een 30-jarige IC-verpleegkundige, is goed bevriend met Gerard die als wetenschapsjournalist bij een bekende Nederlandse krant werkt. Tijdens het sporten praten de twee veel over hun werk en Gerard raakt steeds meer geïnteresseerd in het werken op een IC. Hij doet André een voorstel om een paginagrote reportage te maken voor de weekendbijlage van de krant. Hij wil graag een of twee dagen meelopen met André om een goede indruk van het werk te krijgen.

Het unithoofd van de IC waar André werkt, ziet er niet veel problemen in, maar geeft wel de volgende restrictie: als er foto's gemaakt worden op de IC, mogen er geen patiënten herkenbaar in beeld worden gebracht. Ook de intensivist ziet geen problemen en geeft aan ook wel met de journalist te willen praten over de medische aspecten van het IC-werk.

De gezondheidszorg is een interessant gebied voor journalisten van allerlei media. Programma's op televisie scoren hoge kijkcijfers en artikelen in dagbladen geven aanleiding tot ingezonden brieven en discussie. Intensive care is een gebied binnen de geneeskunde waar, in de perceptie van de leek, artsen en verpleegkundigen dagelijks levensreddend en heroïsch werk leveren. Maar om in analogie met theater te spreken: het decor oogt fantastisch, maar wij weten als insiders dat het spel toch vaak bedroevend is. Patiënten op een IC zijn ethisch kwetsbaar. Gezien hun ernstige ziekte zijn veel IC-patiënten beslissingsonbekwaam en kan door de noodzaak van handelen hun waardigheid en lichamelijke integriteit geschonden worden. De ethische en juridische verantwoordelijkheid van artsen en verpleegkundigen in deze is de patiënt te beschermen tegen onwenselijke inbreuk op deze privacygevoelige aspecten. Hoe moeten we in dit kader het dagje meelopen van de journalist in de casus zien?

### 2.5.2 Wetgeving

Bescherming van privacy en medisch beroepsgeheim zijn juridisch vastgelegd in drie Nederlandse wetten. Ten eerste de Grondwet. In artikel 10 staat: *'Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer'* en in artikel 11: *'Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam'*. We mogen iemand dus niet zomaar aanraken of zijn persoonlijke omgeving binnentreden. Op een IC doen we dit wel, maar met toestemming van de patiënt of in noodsituaties met goede reden. Een patiënt die na een ongeval binnenkomt en bewusteloos is, mogen we 'de kleding van het lichaam knippen' (inbreuk op persoonlijke levenssfeer) en mogen we naalden in zijn lichaam prikken, tubes en katheters inbrengen, enzovoort (inbreuk op onaantastbaarheid van het lichaam). Wij kunnen alleen maar 'goed doen' naar de patiënt door dit te schenden, en dat maakt het ethisch te verantwoorden.

In de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (de Wet BIG) wordt beroepsgeheim in artikel 88 beschreven: *'Eenieder is verplicht geheimhouding in acht te nemen ten opzichte van al datgene wat hem bij het uitoefenen van zijn beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg als geheim is toevertrouwd, of wat daarbij als geheim te zijner kennis is gekomen of wat daarbij te zijner kennis is gekomen en waarvan hij het vertrouwelijke karakter moet begrijpen.'* In artikel 457 van een andere wet, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), die onderdeel is van het Burgerlijk Wetboek wordt het beroepsgeheim nog eens en uitgebreider uiteengezet: *'(...) draagt de hulpverlener zorg dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden wordt verstrekt dan met toestemming van de patiënt. Indien verstrekking plaatsvindt, geschiedt deze slechts voor zover daardoor de persoonlijke levenssfeer van de ander niet wordt geschaad. Onder anderen dan de patiënt zijn niet begrepen degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst en diegene die optreedt als vervanger van de hulpverlener, voor zover de verstrekking noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden.'* Kortom, we mogen alleen inlichtingen over de patiënt aan anderen geven als de patiënt daar toestemming

voor geeft. We mogen de privacy niet schaden en alleen diegene inlichtingen geven als hij medebehandelaar is of wordt, zoals een consultant. Uitzondering is ook het geven van inlichtingen aan wettelijke vertegenwoordigers van de patiënt (zoals ouders, echtgenoten of kinderen). De privacy wordt nog meer bewaakt door artikel 459 van de WGBO: *‘De hulpverlener voert verrichtingen in het kader van de behandelingsovereenkomst uit buiten de waarneming van anderen dan de patiënt, tenzij de patiënt ermee heeft ingestemd dat de verrichtingen kunnen worden waargenomen door anderen.’*

Dit laatste heeft dus tot gevolg dat anderen die niet bij de actuele behandeling van de patiënt zijn betrokken, zonder toestemming van de patiënt niet aanwezig mogen zijn bij de uitvoering van medische en verpleegkundige handelingen aan de patiënt.

### 2.5.3 Ethische afweging

---

Binnen een ethische afweging worden conflicten tussen ethische principes opgespoord. Ethische principes die in de casus in het geding zijn, zijn: respect (voor zelfbeschikking, voor lichamelijke integriteit, voor privacy), weldoen en niet-schaden. Patiënten moeten er blindelings op kunnen vertrouwen dat hulpverleners privacygevoelige handelingen uitvoeren buiten het blikveld van mensen die niet betrokken zijn bij de behandeling en die geen directe band hebben met de patiënt. Als de samenleving hier niet op kan vertrouwen, wordt het vertrouwen in de medische wereld beschaamd. Het toelaten van anderen, die niet betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt en zonder toestemming van de patiënt, is te zien als het schenden van alle genoemde ethische principes.

### 2.5.4 Conclusie

---

Op basis van ethiek en wetgeving is de uiteindelijke conclusie niet moeilijk: de journalist heeft niets op de IC te zoeken en mag niet meelopen/meekijken bij de dagelijkse gang langs de beslissingsonbekwame patiënten. Dit alles op basis van privacywetgeving (GW artikel 10 en 11, BIG artikel 88 en WGBO artikel 457). Hij mag geen handelingen die artsen en verpleegkundigen uitvoeren, gadeslaan (WGBO artikel 459). Dit mag alleen bij beslissingsbekwame patiënten die vooraf toestemming hebben gegeven tot aanwezigheid van de journalist. Maar we weten allen: dat zal zelden voorkomen. De journalist zal zich moeten beperken tot algemene informatie over de IC, gegeven door zijn vriend of andere verpleegkundigen of de intensivist. Zij kunnen anekdotisch patiënten aanhalen ter illustratie van hun betoog, mits de informatie niet herleidbaar is tot een individuele patiënt. Het informeren van de samenleving over het werk van artsen en verpleegkundigen is nodig voor begripsvorming. Als daarbij patiënten beschreven worden of in beeld worden gebracht, mag dat alleen met toestemming van de patiënt.

## 2.6 Geen pottenkijkers

### 2.6.1 Over professionele autonomie

#### Casus 2.6

De 62-jarige mevrouw Van Beuren is tien dagen geleden op de IC opgenomen met een ernstige abdominale sepsis. Haar toestand is instabiel. Zij krijgt intraveneus vasoactieve medicatie om haar bloeddruk te reguleren, wordt mechanisch beademd en krijgt intraveneus antibiotica. Haar 32-jarige zoon is moeilijk bij haar bed weg te krijgen. De volledige bezoektijd zit hij naast haar bed en vraagt veel aan de artsen en verpleegkundigen. Haar echtgenoot is minder aan het bed te vinden. Hij gaat geregeld in de hal van het ziekenhuis een kopje koffie drinken of maakt een wandeling in de tuin van het ziekenhuis. Op basis van een positieve bloedkweek wil de arts de centrale veneuze lijn wisselen. Zijn voornemen is om de lijn in de vena subclavia in te brengen. De verpleegkundige vertelt aan de zoon dat de lijn vervangen gaat worden en vraagt hem tijdens deze procedure buiten de IC te wachten. 'Nee, ik wil er eigenlijk wel bij blijven', zegt hij resoluut tegen de verpleegkundige. 'Nou, ik weet niet of dat wel mag en kan', zegt zij verbouwereerd. Zij gaat naar de arts en vertelt hem over de voorgenomen aanwezigheid van de zoon. 'Nou, ik dacht het niet. Hij gaat maar fijn even op de hal wachten. Ik wil geen pottenkijkers', antwoordt de arts direct.

Wat te doen in deze casus? Staat de arts 'in zijn recht' door de zoon weg te sturen? Of heeft de zoon 'recht' om bij het inbrengen van de lijn aanwezig te zijn? Wat zijn de nadelen als de zoon er wel of niet bij aanwezig is? Een ingewikkeld ethisch, juridisch en praktisch dilemma. Of toch niet: is het simpel?

Wat zegt de wetgeving? In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) staat in artikel 459, lid 1: *'De hulpverlener voert verrichtingen in het kader van de behandelovereenkomst uit buiten de waarneming van anderen dan de patiënt, tenzij de patiënt ermee heeft ingestemd dat de verrichtingen kunnen worden waargenomen door anderen.'*

Dat is dus duidelijk. Volgens de wet mag de zoon alleen toekijken als zijn moeder daar toestemming voor heeft gegeven. Maar wat nu met de coassistent die stage loopt op de IC en wil toekijken hoe de lijn wordt ingebracht? Daar voorziet lid 2 van artikel 459 van de WGBO in. Hier staat: *'Onder anderen dan de patiënt zijn niet begrepen van wie beroepshalve de medewerking bij de uitvoering van de verrichting noodzakelijk is.'*

Dat ligt dus veel moeilijker, want de coassistent is niet aanwezig voor 'medewerking' maar ter lering. Dat gaat wel op voor de verpleegkundigen die bij het inbrengen van de lijn assisteren. Eigenlijk mag de coassistent dus niet aanwezig zijn, maar toch zal hij de handelingen een keer moeten zien. Een moeilijk punt.

Ethisch gezien ligt het veel makkelijker. Van de coassistent mag respect en beroepsgeheim verwacht worden. Daarnaast zal hij zich door 'see-one, do-one, teach-one' technieken eigen moeten maken om een goede hulpverlener te kunnen worden. Ethisch gezien heb ik daar dus niet veel problemen mee. Hij is niet echt een 'pottenkijker'.

Maar we zijn er nog niet. Lid 3 van artikel 459 van de WGBO geeft ruimte voor de zoon. Daar staat: *‘Daaronder zijn evenmin begrepen degenen wier toestemming ter zake van de verrichting op grond van artikelen 450 en 465 is vereist. Indien de hulpverlener door verrichtingen te doen waarnemen niet geacht kan worden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen, laat hij zulks niet toe.’*

In artikel 450 en 456 zijn de wettelijk vertegenwoordigers genoemd die bij minderjarigheid of beslissingsonbekwaamheid voor de patiënt beslissen. Zoals in ons geval de echtgenoot van de vrouw en de zoon. Zij mogen dus niet aanwezig zijn, tenzij de hulpverlener van mening is dat de toeschouwers niet in de weg staan en hij zijn of haar werk gewoon kan doen. Het is dus aan de arts of hij het wil, maar ik zou het wel wenselijk vinden als hij wat meer argumenten zou geven dan ‘Ik wil geen pottenkijkers’. Dat mag de zoon wel verwachten, vind ik.

### 2.6.2 Meekijken met reanimatie

---

Er is een analoge situatie waar veel discussie over is (geweest). Het aanwezig laten zijn van familieleden tijdens een reanimatiepoging. Ook hierbij hadden artsen en verpleegkundigen grote moeite. Volgens hen was de reanimatiepoging emotioneel ‘veel te belastend’ om te laten waarnemen door de naasten van de patiënt. Nu is reanimeren van een patiënt met een circulatiestilstand weliswaar een van de meest ‘gewelddadige’ handelingen die we doen in de geneeskunde, maar de naasten van de patiënt zagen dat niet zo. Het bleek een vooringenomen stellingname van de bezwaarhebbende hulpverleners te zijn. De naasten van de patiënt bleken aanwezigheid positief te zien. Zij waren, met name bij een onsuccesvolle reanimatiepoging, ervan overtuigd ‘dat alles was gedaan’. Ook hadden velen het gevoel de patiënt bijgestaan te hebben door erbij te zijn. Zeker als naasten bij het hoofd van de patiënt stonden en tegen hem of haar konden praten. Ook hulpverleners ervaren de aanwezigheid veelal niet als belastend. Er was minder ‘galgenhumor’ en meer aandacht voor het bewaken van de lichamelijke integriteit van de patiënt. Ethisch bezien is aanwezigheid van naasten van de patiënt dus wenselijk.

### 2.6.3 Wat doen we met de zoon?

---

De zoon wil graag aanwezig zijn. Waarom wil hij dat? Is het uit achterdocht? Morbide belangstelling? Of is het om zijn moeder ‘bij te kunnen staan’, dat hij het idee heeft er ‘voor zijn moeder te kunnen zijn’, bijvoorbeeld door haar hand vast te houden? Daar zullen we eerst achter moeten komen. De verpleegkundige kan daar naar vragen en afhankelijk van het antwoord kunnen de arts en de verpleegkundige beslissen of hij erbij kan zijn. Ook zou ik wel benieuwd zijn naar de argumenten van de dokter. Is hij onzeker? Is hij arrogant? Heeft hij eerder nare ervaringen gehad?

De argumenten van de zoon en van de dokter zullen naast elkaar gezet moeten worden en op basis daarvan kan de zoon wel of niet aanwezig zijn. Dan handelen we moreel juist. Alleen ‘Ik wil geen pottenkijkers’ is veel te mager.

## 2.7 Schijnveiligheid

### 2.7.1 Over nalatigheid

#### Casus 2.7

Een 62-jarige man is na een val van een trap op de IC opgenomen. Hij was tijdens het ongeval onder invloed van alcohol. Op de CT-scan van de hersenen was bij opname een subduraal hematoom met onderliggende contusiehaarden te zien. Het hematoom werd door de neurochirurg verwijderd en de eerste week na opname werd de man mechanisch beademd. Op een onlangs gemaakte CT-scan is nog een klein subduraal hematoom te zien en de bekende contusiehaarden.

Het is nu twee weken na opname. De mechanische beademing is ondertussen afgebouwd en de endotracheale tube verwijderd. Wel krijgt hij nog antibiotica via een in de vena subclavia ingebrachte centrale lijn en sondevoeding via de maagsonde. De patiënt scoort op de Glasgow Coma Schaal E3, M4, V1-2, is erg onrustig en heeft al meerdere malen de nasaal ingebrachte maagsonde eruit getrokken. Om dit te voorkomen, wordt de man met polsbanden en een Zweedse band aan het bed gefixeerd, maar hij weet zijn handen steeds weer los te werken. De neurochirurg wil hem liever niet sederen, omdat hij dan het bewustzijn niet goed kan bewaken en de patiënt, volgens hem, een grotere kans op een pneumonie heeft. Daarnaast zijn er nog het restant subduraal hematoom en de contusiehaarden. Omdat de patiënt zijn ecg-plakkers steeds lostrekt, wordt hij niet meer via de monitor bewaakt.

Op een gegeven moment komt een verpleegkundige die net in de avonddienst gekomen is, bij de man op de kamer en ze ziet dat hij half uit bed hangt met de Zweedse band onder zijn oksels en de polsbanden allebei los. De centrale lijn ligt op de grond en de uitgetrokken maagsonde heeft de patiënt in zijn hand. Zij had van haar collega van de dagdienst overgedragen gekregen dat de man onrustig en contusioneel was, maar niet expliciet dat hij gefixeerd was.

### 2.7.2 Fixeren of sederen?

Dit is een verpleegtechnisch probleem dat verpleegkundigen die voor verwarde neurologische patiënten zorgen, zullen herkennen. Een patiënt is zo onrustig dat deze de maagsonde, de urinekatheter of infuuslijnen steeds wil verwijderen. Er zijn verschillende opties om dit te voorkomen: de patiënt goed fixeren met polsbanden, enkelbanden en een Zweedse band, of medicamenteus ingrijpen met kalmerende of sederende middelen.

### 2.7.3 Eerste ethische afweging

---

De intentie van handelen is het goed doen naar de patiënt en hem zo weinig mogelijk schade berokkenen. In de casus willen de behandelaars de patiënt intraveneuze antibiotica geven en hem voeden met sondevoeding. Hiermee voorkomen zij schade en doen zij de patiënt goed. Om dit te bereiken, zullen zij hem vanwege zijn verwardheid moeten schaden door hem te fixeren met polsbanden en een Zweedse band. De neurochirurg wil hem liever niet sederen. Hij vindt het nog te vroeg na de operatie en wil het bewustzijn zo zuiver mogelijk bewaken via de Glasgow Coma Schaal. Ook dit is als weldoen te zien om verdere schade te voorkomen. De verpleegkundigen hebben de man op drie punten gefixeerd. Hun intentie is goedgevoel schade te voorkomen. In ieder geval een ergere schade voorkomen dan zij door het fixeren doen.

### 2.7.4 Nood breekt niet de wet

---

Wat is er in de wetgeving geregeld over het fixeren van patiënten? Het isoleren en fixeren van psychiatrische patiënten is geregeld in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), maar deze wet is niet van toepassing op patiënten op de IC. Op hen is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing. Welke artikelen in de wet zijn van belang? Ten eerste artikel 50 waarin de toestemmingsvereiste door patiënt of wettelijk vertegenwoordiger is geregeld. In principe moet een patiënt (of diens vertegenwoordiger) toestemmen met handelingen. Zo ook met het fixeren. In de meeste gevallen zal de patiënt die men wil fixeren, beslissingsonbekwaam zijn. En om een groter kwaad dan het fixeren (uittrekken van lijnen en katheters) te willen voorkomen, handelen de verpleegkundigen door het fixeren als 'goed hulpverlener'. En dat is wettelijk (artikel 453 WGBO) en moreel gezien hun plicht. Maar moeten zij dan toch toestemming vragen aan de vertegenwoordigers van de patiënt? In principe niet, ervan uitgaande dat het fixeren van de patiënt bedoeld is om een acuut gevaar te keren. Er zou dus sprake zijn van een noodsituatie. Volgens de WGBO (artikel 448, lid 3) mogen zij dan toestemming veronderstellen. Wel zullen zij de vertegenwoordigers bij de eerste gelegenheid moeten inlichten over de handelingen en hen uitleggen waarom zij hiervoor gekozen hebben. Nood breekt dus niet de wet, de wet voorziet er juist in.

### 2.7.5 Wel documenteren

---

In de WGBO staat ook (artikel 454) dat er een plicht is tot het bijhouden van een dossier. Verpleegkundigen zullen dus uitvoerig moeten beschrijven dat zij de patiënt hebben gefixeerd, waarmee en met name waarom. Ook moeten zij zorgen voor een goede overdracht om ergere schade te voorkomen. Bij de patiënt in deze casus is dit van groot belang gebleken. Er was niet overgedragen dat de man aan zijn bed gefixeerd was. 'Ja, hallo, als we daar aan moeten beginnen, is het eind zoek', hoor ik veel verpleegkundigen al roepen. Maar de werkelijkheid is soms harder dan we kunnen bedenken. In mei 2008 werden twee

meldingen gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Een 88-jarige man en een 80-jarige vrouw waren in het Atrium Medisch Centrum Parkstad in Heerlen overleden mogelijk in verband met fixatie met een Zweedse band. De vertegenwoordigers hadden in beide gevallen toestemming gegeven voor het fixeren. Er werd besloten tot gerechtelijk onderzoek en er werden zelfs Kamervragen over gesteld. Het incident werd bij het NOS Journaal genoemd en de actualiteitenrubriek Netwerk maakte er een documentaire over.

Bij een gerechtelijk onderzoek zal van groot belang blijken te zijn hoe de documentatie is. Waarom fixeren? Wat waren de veiligheidsmaatregelen? Waren er alternatieven? Hoe verantwoordden de hulpverleners zich? Hoe is er geobserveerd en hoe is dit gerapporteerd?

### 2.7.6 Ten slotte

Het fixeren van patiënten heeft een goede morele reden. We willen erger kwaad voorkomen. Als dit duidelijk is vastgelegd in verslaglegging, kan dit de doorslag geven in een beoordeling achteraf. Ook zal bij een beoordeling gekeken worden of er een goede afweging is geweest tussen de verschillende mogelijkheden en alternatieven. In de casus zal deze afweging gericht kunnen zijn op het fixeren of licht sederen.

## 2.8 Van de regen in de drup

### 2.8.1 Over langetermijngevolgen van IC-behandeling

#### Casus 2.8

Hij had haar naast hun bed in de slaapkamer gevonden. Ze lag op haar zij, was bewusteloos en voor haar gezicht lag een plas sterk naar alcohol ruikend braaksel. In het lichtbruine braaksel waren vele tientallen pillen herkenbaar. Op de grond lagen naast een lege fles whisky een stuk of vijf lege medicijnendoosjes en twee lege plastic zakjes. Instinctief belde hij 112. Binnen tien minuten arriveerde de ambulance. De ambulanceverpleegkundigen handelden snel en resoluut, de vrouw werd op een brancard gelegd en de trap afgedragen en binnen twintig minuten reden zij met loeiende sirene weg.

Op de SEH werd haar maag gespoeld. Vele onverteerde pillen ratelden op de bodem van de emmer. Vanwege een lage  $SO_2$  en een reutelende ademhaling werd zij geïntubeerd en aan de beademing gelegd. Haar bloeddruk was laag, de hartslag versneld. Zij boog haar armen op toegediende pijnprikkels.

Op de thoraxfoto waren tekenen van aspiratie zichtbaar. Zij werd op de IC opgenomen. Thuis vond haar man een gele enveloppe met een handgeschreven kaart daarin. Zij had op de kaart geschreven dat het genoeg was, dat ze dood wilde, en voor deze uitvlucht had gekozen. Zij vroeg ook om haar wens te respecteren en haar te laten gaan.

Op de IC werd zij intensief behandeld, zij kreeg sedativa om haar goed te kunnen beademen en inotropica om de bloeddruk te laten stijgen. Zij had een ernstige chemische aspiratiepneumonie en haar nier- en leverfunctie begonnen te falen. Het was onduidelijk of en hoeveel cerebrale schade zij door de suïcidepoging had opgelopen. Haar man gaf in een gesprek aan dat het haar nadrukkelijke wens was om te sterven. De intensivist reageerde geïrriteerd; zij deden immers alles om het leven van de jonge vrouw te redden, en dat zou waarschijnlijk wel lukken ook. Hij kon niet voorspellen hoe de cerebrale uitkomst zou zijn, maar hij had goede hoop.

In het verloop van volgende drie weken moest zij vanwege nierfalen aan de continue venoveneuze hemofiltratie (CVVH), moest zij invasief beademd worden en werd het beloop gecompliceerd door een lijnsepsis. In alle mogelijke bloedvaten was wel eens een centrale lijn ingebracht. Na twee weken werd er een tracheotomie aangelegd.

Na bijna een maand op de IC gelegen te hebben, kon zij overgeplaatst worden naar een verpleegafdeling. Zij was wakker en reageerde adequaat. Twee weken later kon zij naar huis. Op de verpleegafdeling zijn er meerdere gesprekken geweest met een psychiater.

Eenmaal thuis blijkt het effect van een maand IC, een aspiratiepneumonie en vele interventies. Met moeite kan zij dertig meter lopen. Dan moet zij kortademig gaan zitten. Al haar spieren en gewrichten doen haar aanhoudend pijn. Zij is hees van twee weken endotracheale tube en de huid in haar liezen schrijnt op de plaatsen waar centrale lijnen zijn ingebracht en vastgeplakt. De aders in haar armen zijn hard en pijnlijk door de ontstekingen en de intraveneus toegediende medicatie. Haar darmen zijn nog steeds van slag. Toch is zij niet verbitterd omdat de artsen en verpleegkundigen haar leven hebben weten te redden. Haar man heeft een vrouw met veel beperkingen thuis gekregen. Zes maanden na de zelfdodingspoging kan zij een half uurtje lopen, maar is dan wel zeer vermoeid. De spier- en gewrichtspijn zijn er nog steeds, en dat is haar grootste beperking. Domineerden de geestelijke klachten voor de zelfdodingspoging, erna waren het de lichamelijke problemen die haar leven beheersten. Zoals zij zelf zei: 'Ik ben van de regen in de drup geraakt, en van een constante drup word je weer gek.'

Veel verpleegkundigen die op een SEH of IC werken, kunnen zich mannen en vrouwen herinneren die op een of andere manier getracht hebben een einde aan hun leven te maken. Per jaar beroven circa 1500 tot 1600 mensen in Nederland zich succesvol van het leven, maar bijna 100.000 mensen doen een poging hiertoe. Van wie de meesten dus niet komen te overlijden. Bijna 400.000 mensen per jaar overwegen een einde aan hun leven te maken. De meesten komen dus niet tot uitvoering. Ongeveer de helft van hen die een zelfdodingspoging ondernemen, heeft ernstige psychische problemen. De direct succesvolle zelfdodingspoging zijn veelal zeer dramatisch, zoals door ophanging, van een hoogte springen, voor een aanstormende trein springen of zichzelf door het hoofd schieten. De meesten van hen die een zelfdodingspoging overleven, hebben een hoeveelheid verzamelde pillen al dan niet in combinatie met alcohol ingenomen.

### 2.8.2 Achterliggende redenen

---

De belangrijkste ethische uitgangspunten van de geneeskunde zijn het respecteren van de zelfbeschikking, het weldoen naar mensen en hen geen schade berokkenen. Deze drie principes worden bij de behandeling van mensen die een zelfdodingspoging hebben ondernomen op de proef gesteld. In sommige gevallen is de zelfdodingspoging impulsief en ondoordacht, maar veelal heeft de persoon erover nagedacht en voorbereidingen getroffen (pillen verzameld, een afscheidsbrief geschreven). Maar dat maakt de daad nog niet rationeel. Anderen daarentegen hebben bij 'gezond verstand' de balans van hun leven op dat moment opgemaakt en geconcludeerd dat het genoeg is (balanssuïcide). Weer anderen willen om lichamelijke redenen een einde aan hun leven maken. Zij lijden onder de beperkingen van hun lichaam (chronische beperkende ziekte, gevorderde kanker).

### 2.8.3 Weldoen

---

Hoe weten hulpverleners nu of de poging weloverwogen was, een rationele grond had of het gevolg is van behandelbare psychische nood? Door iemand na een zelfdodingspoging medisch te behandelen, gaan we in sommige gevallen dwars tegen de zelfbeschikking van hem of haar in. Iemand met ernstige COPD die de beperkingen zat is en een zelfdodingspoging onderneemt, lijkt een juiste beslissing te hebben genomen. Een patiënt met een beginnende depressie of in een psychose weer niet. Patiënten met ernstige psychische of sociale problemen zouden we als beslissingsonbekwaam kunnen betitelen. Hen actief behandelen zou medisch en ethisch gezien juist zijn. Immers, als zij niet depressief of psychotisch zouden zijn (bijv. na adequate behandeling), dan zouden ze niet dood willen.

In dergelijke gevallen is de behandeling te zien als weldoen, maar bij een zelfdodingspoging op rationele gronden weer niet. Ik denk dat de vrouw in de casus in ernstige psychische nood was toen zij de medicamenten en de alcohol innam. Dus eigenlijk was zij beslissingsonbekwaam. Als zij goede behandeling zou hebben gehad, had zij waarschijnlijk niet dood gewild. Maar nu is zij, naar haar eigen zeggen, van de regen in de drup geraakt. Door de IC-behandeling (uitgaande van weldoen) hebben de artsen en verpleegkundigen ook veel lichamelijke schade berokkend, en het is maar de vraag in hoeverre die zal herstellen. Maar ja, dat gaat ook op voor vele andere IC-patiënten die zullen lijden onder de gevolgen van de IC-behandeling.

### 2.8.4 Gemengde gevoelens

---

'All in the game' dus? Ik weet het niet. Wat ik wel weet, is dat SEH- en IC-verpleegkundigen vaak gemengde gevoelens hebben bij de behandeling van deze patiënten. En dat zit hem, denk ik, in het tenietdoen van een individuele wanhoopswaard, waarbij je het gevoel hebt dat je de patiënt daar niet echt bij helpt.

Nog veel dramatischer dan de uitkomst in de casus, waarbij de vrouw weer zelfstandig is geworden, is de situatie waarbij een patiënt na een rationele zelfdodingspoging ernstig

gehandicapt overleeft. Bijvoorbeeld na een sprong van grote hoogte, waarbij verbrijzelde benen moeten worden geamputeerd. Of bij patiënten die ernstig hersenletsel overhouden na een onsuccesvolle verhangang, een schotwond in het hoofd of na een ernstig zelfdodingstrauma. Iemand die het leven niet meer zag zitten en dood wilde, en die wij 'verplichten' tot een ernstig gehandicapt leven. In dergelijke gevallen is geneeskunde niet meer barmhartig, maar ronduit wrede. In zo'n geval hebben we niet welgedaan, maar slechts schade berokkend, en daar is geneeskunde niet voor.

## 2.9 Een collega met een catastrofale hersenbloeding

### 2.9.1 Over empathie en gelimiteerde sympathie

#### Casus 2.9

De 31-jarige Sandra werkt al zes jaar op de IC van het academisch ziekenhuis. Een IC-verpleegkundige met hart voor haar patiënten en geliefd bij haar collega's.

Op 15 september heeft zij een dagdienst en is ze verantwoordelijk voor twee patiënten. 'Heb jij Sandra gezien?' vraagt Frank, een van de arts-assistenten, aan een verpleegkundige. 'Ik zag haar net nog op de box bij meneer B', zegt zij achteloos. Frank loopt naar de betreffende box en ziet Sandra naast het bed op de grond liggen. Zij is comateus en heeft een oppervlakkige ademhaling. Hij slaat direct alarm en met hulp van een verpleegkundige legt hij haar op een leeg IC-bed. De pupillen van Sandra zijn wijd en reageren niet op licht. Zij is diep comateus en heeft een EMV-score van 3. Haar ademhaling is oppervlakkig en insufficiënt. Een van de intensivisten intubeert haar en mechanische beademing wordt ingesteld. Nadat een arteriële lijn in haar polsslagader is ingebracht, wordt haar bloeddruk op de monitor zichtbaar. Deze is 230/125 mmHg. De gealarmeerde neuroloog denkt dat Sandra een ernstige acute bloeding in haar hersenen heeft doorgemaakt. Nadat zij is gestabiliseerd, wordt Sandra naar de röntgenafdeling vervoerd voor een CT-scan van haar hersenen. Hierop is een uitgebreide subarachnoidale bloeding met doorbraak van het bloed naar de hersenventrikels te zien. Het ziet er slecht uit. Zij wordt teruggedragen naar de IC waar zij zelf zes jaar lang patiënten bijstond. Op de afdeling hangt een zeer bedrukte sfeer. Onwennig lopen artsen en verpleegkundigen langs de box waar Sandra ligt. Een intensivist die bekend staat om zijn rechttoe rechtaan botte opmerkingen, brengt zwijgend een centrale lijn bij Sandra in. Verpleegkundigen staan met tranen in de ogen naast het bed.

Het is absolute horror: je collega als ernstig zieke patiënt ter behandeling te krijgen. Maar het komt toch regelmatig voor. Artsen en verpleegkundigen blijken even kwetsbaar voor ziekte en dood als mensen buiten de gezondheidszorg. Collega's zijn altijd bijzondere patiënten en zij roepen bijzondere reacties op bij andere directe hulpverleners. Het lijkt alsof er door de collega's zeer adequate en perfecte zorg gegeven wordt, maar deze schijn kan bedriegen. Een zieke arts of verpleegkundige kan juist inadequaats of 'overbehandeld' worden, alle goede bedoelingen ten spijt. Hierover zijn boeken volgeschreven. Driemaal heb ik het zelf meegemaakt dat een directe collega

op de IC werd opgenomen; in alle drie de gevallen overleed de collega aan de gevolgen van de ernstige aandoening. Alle drie de voorvallen staan nog op mijn netvlies gebrand. Artsen en verpleegkundigen die 'erbij waren', kunnen zonder uitzondering de voorvallen nog voor de geest halen. Het maakt diepe indruk.

### 2.9.2 Gelimiteerde sympathie

Het belangrijkste ethische dilemma dat bij de behandeling van een ernstig zieke collega vrijwel altijd zal voorkomen, is 'kunnen wij hem/haar wel adequate zorg geven?' Zeker op een IC-afdeling moeten artsen en verpleegkundigen een professionele emotionele distantie bewaren ten opzichte van de patiënten. De aandoeningen waarmee patiënten op de IC belanden, zijn vaak levensbedreigend en de behandeling is ingrijpend. Wij zien veel patiënten op de IC op het slechtste moment van hun leven. De sterfte op een IC is – in vergelijking met andere acute afdelingen – hoog. Ongeveer twee van de tien patiënten komen op de IC te overlijden. En zij die de IC overleven, hebben veel restverschijnselen. Om je te beschermen tegen al dit leed, is een zekere professionele distantie essentieel. Die noodzakelijke professionele distantie vindt haar basis in het principe van 'gelimiteerde sympathie'. De sympathie, betrokkenheid en empathie zijn gekleurd door de relatie die wij met een ander hebben. Hoe dichter we bij iemand staan, hoe ongelimiteerder onze sympathie en betrokkenheid zijn. Je kunt bijvoorbeeld naar de meest vreselijke oorlogsbeelden kijken op de televisie zonder daar ernstig ontdaan van te zijn, maar als je eigen kind ziek is, beheerst dat je denken en handelen in belangrijke mate.

### 2.9.3 Professionele distantie

Patiënten op de IC staan ver van ons persoonlijke leven af. Daardoor kunnen wij hen professioneel en met distantie behandelen. We zijn daarbij wel in zekere zin 'medelijder', maar als het goed is nooit een 'lotgenoot in het leed'. Worden we te veel betrokken dan kan de scherpte van onze visie vertroebelen en kunnen beslissingen te veel emotioneel en te weinig rationeel genomen worden. Met een ernstig zieke directe collega op de IC lopen artsen en verpleegkundigen dat gevaar.

### 2.9.4 Overdiagnostiek en discriminatie

Door te veel betrokkenheid kan de zorg ook 'te veel doorslaan'. Vanuit overbezorgdheid en de drang het zo goed mogelijk te willen doen, kan de zieke collega 'slachtoffer' worden van overdiagnostiek en overbehandeling. Extra bloedbepalingen en röntgenonderzoek om maar 'niets te willen missen'. 'Voor de zekerheid' bepaalde metingen willen doen of de collega langer aan de beademing houden. Kortom, collega's kunnen zorg krijgen die

een andere, vergelijkbare niet-bekende patiënt niet zou krijgen. ‘Wie appels vaart, die appels eet’ kan wel eens nadelig uitpakken voor de collega-patiënt.

Een gevaar bij de behandeling van een collega-patiënt is ook ‘overconsultatie’. Allerlei vooraanstaande specialisten wordt om hun mening gevraagd, met alle daarbij horende adviezen, die weer aanleiding kunnen geven tot overdiagnostiek en overbehandeling. In 1982 stond er in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* een onthutsend artikel van de Amerikaanse arts Franz Ingelfinger met als titel ‘Arrogantie’. Bij deze bekende arts werd darmkanker vastgesteld. Nadat vele, zeer betrokken collega’s adviezen gegeven hadden over de behandeling, was de arts volkomen in verwarring en wist hij niet meer wat te doen. Een wijze vriend zei hem: ‘Wat jij nodig hebt, is een dokter.’ Iemand met professionele distantie en kennis van zaken. Pas toen hij dit advies had opgevolgd, werd hij adequaat behandeld. Een ander punt is dat de ‘overbezorgdheid’ in disbalans is met de zorg die wij aan ‘gewone’ vergelijkbare patiënten geven. Is de hoogleraar ‘ineens’ zeer betrokken bij de klinische zorg als de patiënt een collega is, en is hij dat niet als het een ‘gewone’ patiënt betreft, dan is er sprake van rechtsongelijkheid en discriminatie en dat is dan weer immoreel. Overdaad schaadt in zo’n geval.

### 2.9.5 Infauste prognose

---

Sandra heeft een zeer ernstige catastrofale bloeding doorgemaakt. De prognose van een dergelijke bloeding is in de meeste gevallen infaust. De kans dat Sandra hieraan komt te overlijden, is zeer groot. Wellicht raakt zij hersendood en kan orgaandonatie overwogen worden. Dit zal waarschijnlijk een enorme emotionele belasting gaan vormen voor de directe collega’s.

### 2.9.6 Conclusie

---

Het behandelen van een arts of verpleegkundige door directe collega’s kan goed gaan als zij de nodige professionele distantie weten te behouden en de collega de zorg geven volgens de normale professionele standaard. Sandra is op de IC waar zij jaren heeft gewerkt, omringd met goedbedoelende en zeer betrokken collega’s, maar toch is zij daar waarschijnlijk op de verkeerde plaats. Haar collega’s zijn waarschijnlijk iets te betrokken en dan loeren de hierboven genoemde gevaren om de hoek. Ook de ernst van de aandoening en de kans op overlijden moeten meegewogen worden. Het beste voor haar en voor haar collega’s is om haar over te plaatsen naar een ander ziekenhuis, en anderen met gepaste professionele distantie haar laten behandelen. Daar zal uiteindelijk iedereen mee gebaat zijn.

## 2.10 Een vervaagd nummer uit een inktzwart verleden

### 2.10.1 Over schade berokkenen

Belangrijkste ethische uitgangspunten van IC-zorg zijn het primaire weldoen van patiënten en pogen hen zo weinig mogelijk schade te berokkenen. Dit klinkt logisch, maar het zijn de meest strijdige ethische principes. Immers, hoe kunnen we weldoen zonder schade te berokkenen?

#### Casus 2.10

Zij oogde als een broze, kleine, oude vrouw, de 88-jarige mevrouw C. Zij was vanuit een verzorgingstehuis met hoge koorts en een respiratoire insufficiëntie opgenomen op de IC. Maar volgens haar zoon en dochter was zij altijd 'gezonder' geweest. Het is zeldzaam om oudere mensen zonder comorbiditeit, zoals diabetes of hart- en vaatlijden, op de IC op te nemen.

Het was onvermijdelijk dat mevrouw C. geïntubeerd en mechanisch beademd zou worden. Voorafgaand aan de intubatie werd zij gesedeerd en kreeg zij pijnstilling. Tijdens de beademing bleef zij licht gesedeerd. De toegediende antibiotica sloegen goed aan en de infectieparameters en lichaamstemperatuur daalden snel naar normale waarden. Er kon begonnen worden om mevrouw C. van de mechanische beademing te ontnemen. Hierbij werd ook de sedatie gestopt.

In eerste instantie ging het goed, maar hoe meer de vrouw zelf moest doen voor adequate gaswisseling des te onrustiger zij werd. Zij greep regelmatig naar haar endotracheale tube en had al een keer haar maagkatheter eruit getrokken. Anja, een jonge verpleegkundige op de IC, was het zat en fixeerdde de armen van mevrouw C. met polsbanden aan de randen van het bed. Zij trok ze stevig aan, mevrouw C. kon geen kant meer op. Tevreden keek Anja toe hoe mevrouw C. vruchteloze pogingen ondernam om haar hoofd richting de gefixeerde handen te brengen.

Gerard, een oudere verpleegkundige, kwam erbij staan en vroeg aan Anja of fixeren wel echt nodig was. 'Natuurlijk,' zei Anja, 'ze probeert zich steeds te detuberen!' 'Ik vraag het je,' zei Gerard gewogen, 'omdat deze vrouw al zoveel beperking heeft meegemaakt.' Hij wees op de rechteronderarm van mevrouw C. Anja keek eens goed en zag een vage tatoeage van zeven cijfers. 'Zij heeft een concentratiekamp van de nazi's overleefd,' zei Gerard.

Alle handelingen die wij doen op de IC, geven voor korte of langere tijd of permanent schade. Het inbrengen van een infuusnaald, het intuberen, het geven van medicatie: het berokkent de patiënt lichamelijke schade. In casus 2.8 ('Van de regen in de drup') zagen we hoe een jonge vrouw na een verblijf op de IC voor lange tijd gehandicapt was geraakt. Wij vinden dergelijke schade acceptabel omdat het gebeurt in een poging om 'wel te doen'. Dan weegt 'weldoen' zwaarder dan 'niet-schaden'. Sommige schade is duidelijk, zeker als het lichamelijke schade betreft. Een groot hematoom als stille getuige van een poging om een centrale lijn in te brengen of een hese stem na extubatie, eenieder zal dergelijke schade

herkennen. Lastiger is dat met psychische schade en schade in belangen. Een belangrijk deel van patiënten die op een IC behandeld zijn, lijdt aan een posttraumatisch stressyndroom of heeft ernstige slaapproblemen. Patiënten kunnen geschaad worden in hun belangen omdat anderen hen in een onluisterende situatie zien. Door half naakt en delirant overdwars in bed te liggen, kan iemand aanzien en respect verliezen.

### 2.10.2 Dilemma

---

Terug naar mevrouw C. Deze oude, joodse vrouw heeft een van de zwartste periodes uit de moderne geschiedenis overleefd. Zeer waarschijnlijk onder vreselijke omstandigheden waarbij respect ontbrak en angst een dagelijks terugkerend fenomeen was. Maximale schade zonder weldoen. Ook maximale beperking. Heeft Gerard gelijk, en moeten we proberen deze vrouw niet te fixeren om reden dat zij een concentratiekamp heeft overleefd? En zo ja, waarin is zij dan anders dan alle andere patiënten waar wij met aanzienlijk minder moeite polsbanden aanleggen? Hiermee hebben we een interessant ethisch dilemma te pakken.

### 2.10.3 Groter kwaad voorkomen

---

Het werkt doorgaans verhelderend om een casus met enige distantie te bekijken. Je moet jezelf daarbij enige vragen stellen. Waarom willen we een patiënt fixeren? Wat is de schade die we daardoor veroorzaken en wat is de mate van weldoen? Zijn er alternatieven? Zo ja, wat zijn daarvan de voor- en nadelen?

Door een patiënt te fixeren willen we een groter kwaad voorkomen. We willen voorkomen dat een patiënt uit zijn of haar bed valt en daarbij bijvoorbeeld een heupfractuur of hoofdletsel oploopt. De fractuur of het hoofdletsel is een groter kwaad dan het fixeren. Een typisch voorbeeld van wat men in de ethiek het 'principe van het dubbeleffect' noemt. Veel handelingen hebben naast een goede uitkomst ook een slechte uitkomst en daardoor wordt het een ethisch dilemma, waar een weging tussen goed en kwaad de handeling gaat bepalen.

### 2.10.4 Alternatieven

---

Bij mevrouw C. wil Anja het detuberen voorkomen door de handen van de vrouw te fixeren. Het detuberen ziet zij als een groter kwaad dan het fixeren, althans daar gaan we van uit. Als de vrouw zich detubeert, kan zij in een noodsituatie terechtkomen waarin een spoedintubatie, met alle gevolgen van dien, nodig kan blijken. De mate van weldoen is door het fixeren ogenschijnlijk beter. Maar nu moeten we ook de laatste vragen beantwoorden. Zijn er alternatieven om het kwaad van het fixeren te vermijden? Daar heeft Anja waarschijnlijk niet over nagedacht, fixeren leek het gemakkelijkste. Alternatieven zijn er wel degelijk. Schakel een familielid in die naast de patiënt zit en deze geruststelt. Pas lichte sedatie toe of dien een anxiolyticum toe. Probeer op de patiënt in te praten. Dit zijn

alternatieven die alleen of overwegend als weldoen te zien zijn, met zeer weinig schade. Dus beter dan fixeren.

## 2.10.5 Onderscheid

Ten slotte: doet het ertoe dat mevrouw C. meer dan zestig jaar terug in een concentratiekamp gezeten heeft? Nee, als dat het onderscheidende criterium is om wel of niet te fixeren, dan doet dat er niet toe. Wij weten immers van de meeste patiënten niet wat hun verleden is en wat voor leed zij hebben meegemaakt. Het uitgangspunt is en moet blijven dat we weldoen naar alle patiënten en trachten zo veel mogelijk schade te voorkomen.

## 2.11 Niet iedere zelfkwakker is een kwakzalver

### 2.11.1 Over alternatieve geneeskunde op de IC

#### Casus 2.11

De 53-jarige Marianne is een week geleden op de IC opgenomen met een respiratoire insufficiëntie bij een pneumonie. Onder diepe sedatie met propofol is zij de afgelopen week invasief mechanisch beademd. De infectieparameters zijn dalende, het longbeeld op de röntgenfoto van de thorax is verbeterd. Tijdens het MDO wordt besloten om haar van de beademing te gaan ontnemen. De sedatie wordt verminderd waardoor zij, nog steeds aan de beademing, wakker wordt. Echter hierdoor wordt zij toenemend onrustig, ademt tegen, waarna besloten wordt de toediening van propofol weer te verhogen. De vriend van Marianne vertelt de intensivist dat zij eerder veel baat heeft gehad van acupunctuur voor behandeling van migraine. Zou dit niet kunnen helpen bij het ontnemen van de beademing? De intensivist lacht en zegt dat hier zeker geen bewijs voor is. De IC-verpleegkundige die bij het gesprek aanwezig is, geeft aan dat zij onlangs ergens gelezen heeft dat acupunctuur behulpzaam kon zijn voor het verlagen van de sedatie. De vriend van Marianne zegt dat hij de arts-acupuncturist die Marianne eerder behandeld heeft, kan vragen om in het ziekenhuis te komen. De intensivist geeft aan het te zullen bespreken bij het MDO. De vrijwel unanieme mening was dat het niet zou werken en dat het kwakzalverij was en dat daar geen plaats voor was op de IC, maar dat we dat naar de vriend met goede argumenten moesten verklaren.

Tijdens het bezoeken komt de vriend met de uitdraai van een artikel waarin beschreven is dat de toediening van propofol verlaagd kan worden met behulp van acupunctuur. De intensivist zag het nog steeds niet zitten, maar had geen valide tegenargument.

Er bestaat binnen de reguliere geneeskunde een grote aversie tegen niet-reguliere geneeswijzen waaronder acupunctuur. Zo noemt de emeritus hoogleraar biochemie en gedreven 'kwakzalverbestrijder' Piet Borst acupunctuur 'Oosterse hocus pocus', 'Qi hocus pocus', 'Chinese apekool' en 'lariekoek'. Ook de Vereniging tegen de Kwakzalverij steekt haar afkeur van deze vorm van therapie niet onder stoelen en banken. De meeste regulier werkende artsen zien er weinig soulaas in.

Er wordt beweerd dat hard bewijs dat acupunctuur werkt, niet voorhanden is. Twee gerandomiseerde trials waarbij acupunctuur werd vergeleken met gesimuleerde acupunctuur (placebo) bij patiënten met lage rugpijn en in 2009 gepubliceerd in het toonaangevende *Archives of Internal Medicine*, werden afgedaan met 'niet werkzaam', maar op deze beoordeling en interpretatie viel nog wel wat af te dingen.

Acupunctuur op de IC is niet iets waar intensivisten en IC-verpleegkundigen aandacht voor hebben. Er is ook niet veel onderzoek naar gedaan. Uit twee onderzoeken blijkt echter wel dat stimulatie van acupunctuurpunten door elektriciteit of met behulp van acupunctuurnaalden kan leiden tot een aanzienlijke verlaging van de toediening van sedativa en analgetica. Dat laatste is iets dat wij op de IC graag zien.

### 2.11.2 Wat nu te doen in het geval van Marianne?

---

Twee belangrijke ethische uitgangspunten bij een IC-behandeling zijn het vooruitzicht van weldoen en zo min mogelijk schade berokkenen. De behandeling moet gericht zijn op herstel en het voorkomen of verminderen van ongewenste complicaties en symptomen. In dit licht is het verlagen van de toediening van sedativa bij het ontwennen van de beademing als weldoen te zien. Hierdoor is de kans dat de patiënt snel van de beademing afkomt, groter. Het mechanisch beademen van een patiënt is een noodzakelijk kwaad. Beademen veroorzaakt altijd schade, maar het niet beademen veel meer als er sprake is van respiratoire of ventilatoire insufficiëntie. Maar als de patiënt zonder kan, moet deze er zo snel mogelijk vanaf. Als een ondersteunende behandeling, zoals acupunctuur, hiertoe kan leiden, zou dat als weldoen te zien zijn. Kan het ook schade berokkenen? Zo ja, dan moet er een weging plaatsvinden tussen voor- en nadelen. Om vanuit de termen van de kwakzalverbestrijders te spreken doet acupunctuur niets. Als acupunctuur niets doet, doet het ook geen kwaad. Dus kan er vanuit deze gedachtegang geen bezwaar zijn.

Een ander belangrijk ethisch principe, het respecteren van de zelfbeschikking, is moeilijk toepasbaar op de IC. Veel patiënten hebben een verlaagd bewustzijn door hun ziekte of zijn gesedeerd. Hierdoor zijn zij beslissingsonbekwaam. Zo ook Marianne. We kunnen haar niet vragen wat zij wil. Daar valt tegenin te brengen dat zij zelf veel vertrouwen heeft en baat heeft gehad bij acupunctuur bij pijnbehandeling. Hieruit zouden we kunnen afleiden dat zij met de voorgestelde behandeling zou instemmen, als zij daar de mogelijkheid voor zou hebben. Veronderstelde toestemming heet dat dan.

### 2.11.3 Hoe ging het verder?

---

De intensivist had de instelling van ‘baat het niet, dan schaadt het ook niet’. Hij zag geen enkel heil in acupunctuur, maar stemde in dat de arts-acupuncturist op de IC ‘zijn kunstje’ zou mogen doen. Dezelfde avond kwam de arts op de IC en bracht de naalden bij Mari-  
anne aan. Hierna werd weer geprobeerd de propofol te verlagen, hetgeen goed lukte. De dag erna was zij volledig ontwend van de beademing. De intensivist was nog steeds van mening dat er sprake was van toeval. Placebo-effect kon het niet zijn, want daar moest de patiënt voor bij bewustzijn zijn. Een verpleegkundige lachte naar de intensivist en zei: ‘Ja, dat werkte toch wel goed. Niet elke zalfkwakker blijkt een kwakzalver.’

‘Toeval, gewoon toeval. En oh ja, de thoraxfoto was ook verbeterd ten opzichte van twee dagen geleden. Dat helpt ook mee bij het ontwennen.’

De weerstand tegen niet-reguliere geneeswijzen is in Nederland groot. De Vereniging tegen de Kwakzalverij voert al jaren harde strijd en wordt gesteund door prominente wetenschappers. Voorvallen, zoals de niet-reguliere behandeling van Sylvia Millecam die in 2001 overleed aan vergevorderde borstkanker, worden gretig aangegrepen om de ridiculiteit van niet-reguliere behandeling aan te tonen. Voor sommige behandelingen is dat volkomen terecht, maar voor andere veel minder. Bij het toestaan van niet-reguliere behandelingen op de IC is een ethische afweging belangrijk. Wat wil de patiënt zelf (respect voor zelfbeschikking), kan er sprake zijn van weldoen, en wat is de mogelijke schade? Vooringenomenheid is een slechte raadgever.

Klinische ethiek op de IC  
37 overdenkingen uit de praktijk van intensive care en  
spoedeisendehulpverlening  
Kompanje, E.J.O.  
2012, X, 109 p., Softcover  
ISBN: 978-90-313-8395-5