

Ethische dilemma's in de zorg voor de kritieke patiënt

Dr. T. Petit
Cardioloog

Casus 1

Man, 85 jaar

Voorgeschiedenis

- Myasthenia gravis, R/ Mestinon
- 2000: keelkanker waarvoor radiotherapie
- 2021: CABG
- 2022: longkanker waarvoor radiotherapie
- 2023: Covid infectie
 - ➔ DNR 1 beleid (geen reanimatie, geen invasieve beademing, wel nog NIV) op basis van leeftijd, frailty, restrictief longlijden

Problematiek: asymptomatische hydro ureterenefrose rechts en macrohematurie op basis van een pyelontumor

Casus 1

Man, 85 jaar

Problematiek: asymptomatische hydro ureterenefrose rechts en macrohematurie op basis van een pyelontumor

Behandeling: minimaal invasieve, robot geassisteerde nefro-ureterectomie, risico's doorsproken, gekend verhoogd risico doch goed behandelbaar.

Casus 1

Man, 85 jaar

- (D1) Opname op IZ vanuit recovery, beademd
- (D2) Weaning na ochtendzorg, doch heel erg onrustig, zet zuurstof en saturatiemeter af, start Dexdordrip. In de loop van de dag hypercapnisch respiratoir falen waarvoor NIV maar dat werd niet verdragen: zet masker af obv verwardheid/hypoxie-> beslissing tot herintubatie en opstart NA, familie wordt gecontacteerd.
- (D3) opstart dobutamine
- (D4) CRP oplopend, gastroparese, VKF
Familiegesprek: DNR 2 beleid (geen rea, geen KV, geen NIV) omwille van uitgesproken co morbiditeit, frailty en hoge leeftijd, met preoperatief al beperkte levenskwaliteit en negatieve wilsverklaring. Uitdrukkelijke wens van de familie om het comfort te bewaken.
- (D6): beeld van ARDS, instellende septische shock met zeer hoge inotropienood, groen etterig vocht uit operatiewonde, evoluerend naar MOF.
Patiënt is overleden om 13u in bijzijn van familie.

Casus 1

Ethische vraagstelling:

- Had de urologische ingreep moeten plaatsvinden?
- Had DNR beleid herzien moeten worden vóór de ingreep?



Frailty

Fig 1. Clinical Frailty Scale



1. Very fit
People who are robust, active, energetic and motivated. They commonly exercise regularly and are among the fittest for their age



2. Well
People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Typically, they exercise or are very active occasionally, such as seasonally



3. Managing well
People whose medical problems are well controlled but are not regularly active beyond routine walking



4. Vulnerable
While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being 'slowed up' and/or being tired during the day



5. Mildly frail
People often have more evident slowing and need help with high-order IADLs. Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework



6. Moderately frail
People need help with all outside activities, housework and cooking. They often need help with stairs and bathing, and might need minimal assistance with dressing



7. Severely frail
People completely dependent for personal care. However, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months)



8. Very severely frail
People completely dependent and approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness



9. Terminally ill
People approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy of <6 months, who are not otherwise evidently frail

IADL = instrumental activity of daily living (such as finances, transport, heavy housework or medications)

Casus 1

Ethische vraagstelling:

- Had de urologische ingreep moeten plaatsvinden?
- Had DNR beleid herzien moeten worden vóór de ingreep?



Frailty



Vroegtijdige
zorgplanning

Casus 2

Man, 49 jaar

Voorgeschiedenis

- Jaren 90: CCT met ICB na slagen en verwondingen
- Speed en cocaïnegebruik
- Pacemaker implantatie owv sinusknopziekte
- 2011: dwarslaesie na VKO – septische shock/VAP/tracheostomie/ecubitus
- Acute colon pseudo obstructie - ileostoma
- Val uit rolstoel met bilaterale distale femurfractuur
- 2022: hypoxisch respiratoir falen na mucusimpactie
→ DNR 2 beleid besproken?

Sociaal: samenwonend met ouders, die zijn mantelzorgers zijn

Casus 2

Man, 49 jaar

Problematiek

- Opname via SPG owv kortademigheid, moeilijk op te hoesten sputa, koorts
- Diagnose: Covid pneumonie
- (D2) Deterioratie en uitputting ondanks O2 highflow
Patiënt wenst toch intubatie, maar liever geen tracheocanule meer.
- (D13) Extubatie
- (D15) Ontslag naar zaal
Patiënt wenst niet meer geïntubeerd te worden, wel opname IZ

Casus 2

Vraagstelling:

- Wie heeft herziening DNR beleid gestuurd: oprechte keuze van de patiënt of advies behandelend arts?
- Welk DNR beleid te hanteren bij volgende opname?
(noot: patiënt leeft nog steeds, 2 jaar na de feiten)

Casus 3

Vrouw, 88 jaar

- DNR 1 beleid voor opname
- DNR 1 herbevestigd bij opname op intensieve (1ste arts)
 - specifiek ook aangeduid “Niet intuberen”
 - DNR code was besproken met de familie
- Tweede arts heeft op een bepaald moment toch beslist om te intuberen bij een respiratoir probleem (pneumonie)
- Patiënt is er toch doorgekomen, nadien verhuisd naar cardiologie
- Komt nu in aanmerking voor TAVI...

DNR



- Meer dan “do not resuscitate”
- Doel van DNR
 1. Nastreven van een menswaardig stervensproces bij terminale patiënten en vermijden van behandelingen die zinloos (standpunt patiënt) dan wel nutteloos (standpunt arts) zijn.
 2. Duidelijkheid scheppen betreffende gemaakte afspraken
 3. Informeren van artsen/hulpverleners buiten routine werkuren
- Medische beslissing
 - Beschermwaardigheid van het leven is geen absolute waarde
 - Proportionaliteit
 - Op basis van best beschikbare wetenschappelijke evidentie
- Overleg en communicatie met patiënt (en familie/huisarts)
 - Autonomie, recht op informed consent
 - Waarden

DNR issues

- Geldigheidsduur?
 - Tot herziening door medisch team tijdens opname
 - Tot ontslag uit het ziekenhuis
 - Negatieve wilsverklaring van de patiënt: altijd geldend
- Inhoud verschillend van zorginstelling tot zorginstelling?

DNR issues

Twee types van tegenstrijdigheden:

① De patiënt kan een behandeling weigeren die door de arts wel nuttig wordt geacht.

→ is bindend op voorwaarde dat:

1. Uitdrukkelijke vraag (geen schriftvereiste, wel aanbevolen)
2. Vrijwillige vraag
3. Geïnformeerd over risico's van niet-behandeling en eventuele alternatieven
4. Wilsbekwame patiënt

→ recht op behoud van zorgcontinuïteit

DNR issues

Twee types van tegenstrijdigheden:

- ① De patiënt kan een behandeling weigeren die door de arts wel nuttig wordt geacht.
- ② De patiënt (of zijn vertegenwoordiger) kan aandringen om toch nog een behandeling te starten die volgens de arts niet meer nuttig is.

Casus 4

Man, 64 jaar

Achtergrond:

- Surinaamse afkomst, woonachtig in Nederland
- Hindoestaan (diverse religies waaronder Hindoeïsme)
- Geen relevante voorgeschiedenis

Problematiek:

- OOHCA op golfterrein
- Bystander CPR (10 min) met twijfelachtige kwaliteit, PEA bij aankomst MUG, ROSC na 5 cycli ALS
- STEMI op basis van occlusie LCx -> urgente PCI

Casus 4

Man, 64 jaar

Verloop:

- (D3) afbouw sedatie tot stop. Spontane ademhaling, geen bewustzijn.
- (D4) MRI hersenen diffuse postanoxemische encefalopathie, afwezige SSEP, geen epilepsie
 - infauste neurologische prognose werd aan familie gecommuniceerd.
 - voorstel tot DNR3 beleid, maar familie (oudere broer en zus) weigert
- Culturele achtergrond:
 1. Karma: de familie wenst dat de pt. goed karma meeneemt naar een volgend leven. Hem "doden" staat gelijk aan hem slecht karma meegeven.
 2. Ahimsa: het principe van geweldloosheid. Zelfdoding, euthanasie zijn om deze reden onaanvaardbaar.
 3. Familie wenst de patiënt nog een jaar te laten leven, dan betere stand van de sterren voor reïncarnatie...

Casus 4

Man, 64 jaar

Verder verloop:

- Inwinnen second opinion intern (team anesthesie IZ)
- Inwinnen second opinion extern (dienst IZ Maasstad Rotterdam, ervaring hindoestan gemeenschap)
- Inwinnen advies ethisch comité
- Bespreking op multidisciplinair overleg
- Culturele bemiddeling

- Voorstel tot “limited time trial” met extubatie en DNR 2 beleid op D10

- Ontwikkelen (vermoedelijk aspiratie)pneumonie waarvoor voorstel comfortzorg, doch op uitdrukkelijke wens van de familie geen toediening sedativa/pijnstilling
- Patiënt overleden op D16 (geen familie aanwezig)


Casus 6

- Bejaarde man op IZ, post-hypoxemisch coma na reanimatie; verdere behandeling medisch niet zinvol.
- Geen wilsbeschikking / geen vertegenwoordiger noch vertrouwenspersoon aangeduid.
- Familiale context:
 - Gescheiden
 - 1 wettelijke zoon met wie hij in onmin leeft en al jaren niet gezien heeft
 - Nieuwe partner die enkele jaren geleden overleed.
 - Twee volwassen stiefdochters met tegengestelde wensen: één van de dochters is psychisch zwak en wil dat de artsen blijven behandelen, de andere begrijpt dat het om therapeutische hardnekkigheid gaat en aanvaardt de stopzetting van de behandeling.

Vertegenwoordiger

- Bevoegdheid om patiëntenrechten uit te oefenen indien en zolang de patiënt wilsonbekwaam is
- Moet handelen in belang van de patiënt én overeenkomstig de door de patiënt geuite waarden/wensen
- Aangeduid door patiënt
 - wilsbekwaam (aanwezigheid arts)
 - d.m.v. schriftelijk mandaat: gedateerd + ondertekend door patiënt en vertegenwoordiger(s)
 - Intrekking mogelijk
- 'Escapeclausule' waarbij arts kan afwijken van beslissing vertegenwoordiger

Meerderjarige onbekwame patiënt

- 
1. Formele vertegenwoordiger (zie vorige slide)

 2. Bewindvoerder over de persoon

 3. Samenwonende echtgenoot, wettelijk of feitelijk samenwonende partner
 4. Meerderjarig kind
 5. Ouder
 6. Meerderjarige broer/zus

 7. Betrokken gezondheidszorgbeoefenaar
 - Indien geen vertegenwoordiger of wenst niet op te treden
 - Bij conflict tussen meerdere personen uit zelfde 'rang'

Ethische dilemma's in de zorg voor de kritieke patiënt

Andere dilemma's of opmerkingen?