

INTERACTIEVE SESSIE ETHIEK - OOSTKAMP 2004

auteur : **Stefaan Maddens**

Met zo'n 28 collegae werd ruim twee en een half uur heel interactief gepraat en van ideeën gewisseld over dit moeilijke, delicate onderwerp.

Het was duidelijk dat van deze sessie geen conclusies werden verwacht. We konden enkel hopen dat we samen wat wijzer worden en desnoods genuanceerder over het onderwerp kunnen praten.

De sessie was voorbereid door Ann Vanderstraeten (St.-Lucas Gent), Lut Deruyck (Maria Middelaars Gent en ondergetekende. Tijdens de sessie werd de groep bijgestaan door een externe deskundige, Stefaan Desmet, lid van de medisch-ethische commissie van het Heilig Hartziekenhuis, Roeselare - Menen.

Het was mijn mening dat - hoe moeilijk ook - een zinvolle interactieve benadering van de ethische aspecten van ons beroep mogelijk en nuttig was. De ethische problemen worden vaak - hoe prominent ook aanwezig op de werkvloer - verdoezeld: te moeilijk, geen onderwerp voor verpleegkundigen, geen verpleegkundige inbreng, ...

De klasse van het interactief debat weerlegt dat ethiek niet door verpleegkundigen kan worden benaderd als een heel substantieel en essentieel onderdeel van ons handelen.

In een inleiding werd kort geschetst hoe de ethiek in de kliniek in de laatste decennia verschoof van een eenvoudige hippocratische benadering naar een veel complexere, waarbij de patiënt steeds meer inbreng en dus verantwoordelijkheid heeft. De wetgever heeft die evolutie gevolgd, soms achternagelopen, en dit leidde ondertussen tot vb. de wet op de patiëntenrechten.

Hoe het ethische vraagstuk te benaderen is voer voor specialisten. In een bij de voorbereiding gebruikt boek (Ethiek in de kliniek, Guy Widdershoven) staan een 6-tal benaderingen. De eenvoudigste en meest transparante, maar geenszins meest complete, is de **principebenadering**, waarbij gesteld wordt dat hedendaags ethisch medisch handelen kan worden gebouwd rond de toetsing van het handelen aan 4 waarden, die in elk particulier geval een eigen gewicht en belang hebben. Deze 4 waarden zijn: de handeling moet weldoen, mag niet schaden, moet rekening houden met de autonomie van de patiënt en moet rechtvaardig zijn.

Elk van die 4 waarden is op zich nooit absoluut: euthanasie zou onethisch zijn in het kader van niet schaden, maar gezien het belang van de 4 waarden wordt afgewogen kan het zijn dat euthanasie toch als de meest ethische benadering sorteert.

In de loop van het interactief debat werd duidelijk dat de principebenadering onvolmaakt is, want vb. geen rekening houdt met de impact op de maatschappij van het medisch handelen: moeten er absolute contra-indicaties bestaan voor het opstarten van dialyse gezien de onbetaalbaarheid in de toekomst of moet niemand zich daar zorgen over maken?

De principebenadering geeft ook geen voldoende antwoord op vb. non-compliance: moet een non-compliance patiënt op de wachtlijst blijven als hij/zij echt weigert te stoppen met roken? Moeten we het donororgaan niet beter reserveren voor een patiënt die 'regels' beter aanvaardt en hanteert?

Onderwerpen/thema's/begrippen die aan de groep konden worden aangebracht tijdens de interactieve sessie waren er genoeg. Veel ervan zijn niet eens aan bod gekomen, wat

overigens geen doel op zich was. Onze dagelijkse praktijk is in feite continu doordrongen van ethiek.

Het is onmogelijk een correcte weergave te geven van de debatten, vandaar een poging tot synthese van wat als belangrijk werd ervaren.

- Elke ethische reflectie is beïnvloedt door de eigen persoonlijkheid, opvoeding, cultuur, waardepatroon, godsdienstigheid, ...
- Bij inname van ethische standpunten geldt dat voor alle betrokkenen een proces bezig is. Een proces dat niet 'per se' synchroon loopt bij iedereen. Elk gesprek onder de betrokkenen beïnvloedt dat proces. In die zin speelt elk lid van het team zijn rol, zelfs ook bij vb. therapeutische hardnekkigheid. De timing van die processen is vrij onafhankelijk van elkaar en moet niet geforceerd worden.
- Elke ethische beslissing is een resultaat van communicatie en teamwork. Er is niet één iemand die beslist.
- Elke ethische stellingname moet gefundeerd zijn op info, gesprekken, onderzoek bij alle partijen. **Alle** bronnen (huisarts, verzorgenden, verpleegkundigen, thuisverpleegkundigen, familie,) moeten benut worden.
- Noodzaak van professionele ingesteldheid in ethische materies, zonder afstandelijk over te komen.
- Een zinvolle behandeling=die de patiënt als zinvol ervaart, basta. Idem voor levenskwaliteit.
- Quality of life (QoL) bij vb. een dementerende of demente patiënt die nog dialyse krijgt, maar waarvan zinvolheid in vraag gesteld wordt, is niet te definiëren. Het gebeurt overigens niet objectief, maar gevoelsmatig. Is de vergelijking van de huidige persoonlijkheid van de patiënt ten opzichte van vroeger een argument?
- Hoe belangrijk is de familiale perceptie in die QoL. Welke rol (dominant, ondergeschikt, ...) speelt de familie bij beslissingen omtrent het nog verder toepassen van een ingrijpende techniek bij vb. wilsonbekwame patiënten. Of moet een patiënt in leven blijven enkel omdat de familie dat nodig/nuttig/aangenaam vindt? Het kan beide richtingen uit: familie die liever heeft dat 'papa' niet meer moet afzien, of familie die tegen beter weten in vasthoudt aan de behandeling. Het zou in elk geval de arts moeten zijn die beslist. Niet de familie.
- Een katalyserende, kristalliserende persoon is een nuttig element in het proces.
- Belang van, recht op, ... eigen ethische principes bij de hulpverlener. Vb. kan een verpleegkundige persoonlijk beslissen bepaalde acts niet meer uit te voeren wegens strijdig met eigen geweten, wel te verstaan zonder de patiënt elementaire zorgen te ontzeggen - omdat andere collega's die wel kunnen aanbieden -? Of is dit een gedrag dat eerder wijst op een falend proces, falende communicatie, falend overleg? Kan een verplegende een ethisch overleg 'eisen'? Hoe vertaalt zich het respect voor de ethiek van de verpleegkundigen?
- Ethische houding van het verpleegkundig team bij ernstige non-compliance, non-adherence, ... Vb. een septische patiënt weigert zijn opname, met duidelijk documenteerbare en beargumenteerbare risico's als gevolg: respect voor de mening van de patiënt versus zijn gezondheid: hoe ver gaat men in het

beïnvloeden van de patiënt? Hier spelen educatie, pré-dialyse, ... een fundamentele rol.

Wat niet aan bod kwam, maar wel voorbereid was: een 4-tal casussen, rol en nut van een palliatief support team, de palliatieve filter, de therapiecodering, de ethiek van transplantatie, donatie, ...

Ik had de indruk dat de meeste deelnemers tevreden waren met de sessie. Enkele te weerhouden evaluatiepunten waren: de hoop dat een volgende maal ook nefrologen het gesprek zouden stofferen én de vraag van de sociaal verpleegkundigen in de groep om vaker multidisciplinair uit te nodigen.

Het was uiteindelijk de externe deskundige die de sessie afsloot met de opmerking dat hij positief verrast was door het serene debat én door de kwalitatieve ethische bezorgdheid van de aanwezige verpleegkundigen, waar ondergetekende alleen maar volmondig kon mee instemmen.

Over de auteur

Stefaan Maddens werkt op de hemodialyseafdeling van het Heilig Hart Ziekenhuis te Roeselare en is ook de voorzitter van de werkgroep 'Posthogeschoolvorming' binnen ORPADT.