

Opgemaakt door dr. Luc Harlet en gevalideerd door Ann Labeeuw in afstemming met de crisiscel

Medisch-ethisch beslissingskader i.v.m. MUG interventies en SPOED opnames tijdens COVID-19 crisis

(versie 27/3/20)

ALGEMENE PRINCIPES

1. Bij elke besluitvorming primeert steeds een zorgvuldige afweging van de medische prognose gebaseerd op de kans op overleving en de nog te halen zinvolle levensjaren.
 - a. Alle patiënten van AZ Delta MOETEN een therapiecode hebben. De frailty index kan hiertoe een goed hulpmiddel zijn, in het bijzonder - maar niet alleen - bij de geriatrische patiënten.
 - b. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen Covid-19 patiënten en patiënten met andere pathologieën.
 - c. Er worden geen behandelingen meer voorgesteld aan patiënt/-vertegenwoordiger die medisch therapeutisch niet zinvol zijn.
 - d. Behandelbeslissingen worden nooit genomen op basis van niet-relevante criteria: gender, sociale context, huidskleur, religie. Het leeftijdscriterium wordt niet primair in rekening genomen en personen met een handicap zijn volledig gelijkwaardig in hun rechten op de beste medische zorgen.
 - e. Bij iedere behandelbeperking of therapiestop wordt dit, zo tijdig mogelijk, gecommuniceerd met en gemotiveerd aan de huisarts, die zodoende contact kan opnemen met de naasten voor verdere toelichting.

OPNAME- EN BEHANDELBELEID MUG-INTERVENTIES EN SPOEDOPNAMES

2. Er kan overwogen worden reanimatie niet te starten of te onderbroken wanneer:
 - a. de veiligheid van de zorgverlener niet voldoende is gegarandeerd;
 - b. de toestand van de patiënt onomkeerbaar fataal is of als er een lage waarschijnlijkheid is op een goede functionele outcome; of
 - c. een accurate en van toepassing zijnde voorafgaandelijke wilsverklaring beschikbaar is.
3. Beslissingen om al dan niet te reanimeren gebeuren, indien mogelijk in multidisciplinair overleg, door een stafid urgentiearts of door arts-assistent in telefonisch overleg met een stafid (vb bij MUG-interventie), steeds rekening houdend met het belang van de patiënt.
 - a. Ga steeds na of de beslissing tot reanimeren strookt met de wensen van de patiënt.
 - b. Bij een wens tot reanimeren (geuit door patiënt of vertegenwoordiging) waarbij dit niet medisch zinvol is, wordt geen reanimatie opgestart.
 - c. De motivatie tot niet-reanimatie of stoppen van reanimatie wordt door de behandelend arts aan de patiëntvertegenwoordiger(-s) geduid en in het medisch dossier gedocumenteerd.
4. Indien praktisch mogelijk worden de bestaande richtlijnen op vlak van communicatie bij therapiecodering gevolgd.

Er is een continu aanbod voorzien van crisisinterventie (F. Heytens 7863 / tel crisis interventie wachtdienst) psychologische ondersteuning medewerkers (contact C. Indigne 7551) en ethische debriefing (contact A. Ravelingien 7087)