

## **Ethische principes en richtlijnen met betrekking tot ethische beslissingen in de pre-hospitaal en spoedeisende geneeskunde in België tijdens de COVID-19 pandemie. Een gezamenlijke verklaring van de Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine (BeSEDiM) en de Belgian Resuscitation Council (BRC) (22 maart 2020).**

*Patrick Van de Voorde, Koenraad Monsieurs, Walter Renier, Alexandre Ghuysen, Sabine Lemoyne, Pieter Jan Van Asbroeck, Marc Vranckx, Cathelijne Lyphout, Jacques Delchef, Dominique Biarent, Leo Bossaert, Ignaas Devisch.*

De Belgian Society of Intensive Care Medicine heeft ethische principes voorgesteld voor proportionele zorg tijdens de COVID-19 pandemie van 2020 en adviseert individuele ziekenhuizen om hun eigen richtlijn op te stellen. De Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine (BeSEDiM) en de Belgian Resuscitation Council (BRC) erkennen het belang van ethische begeleiding om klinici te helpen. Met de verspreiding van de COVID-19-pandemie zullen zorgverleners die op de afdeling spoedeisende hulp of pre-hospitaal werken, vaak ethische beslissingen moeten nemen, wat met name bij reanimatie een uitdaging zal zijn.

### **Ethische ondersteunende principes als leidraad voor klinische besluitvorming.**

1. De algemene principes van ethiek in noodsituaties en reanimatie blijven even geldig tijdens de COVID-19-pandemie (European Resuscitation Council guidelines 2015): cardiopulmonale reanimatie (CPR) moet worden beschouwd als een 'voorwaardelijke' behandeling en gezondheidszorgsystemen moeten criteria implementeren voor besluitvorming met betrekking tot reanimatie.
  - Reanimatie mag niet worden gestart of voortgezet in gevallen waarin de veiligheid van de zorgverlener niet voldoende kan worden gegarandeerd, wanneer er een duidelijk dodelijk letsel of een onomkeerbaar overlijden is of zodra een geldige en relevante voorafgaande richtlijn beschikbaar komt.
  - Er moet altijd rekening worden gehouden met het 'beste belang' van de patiënt. Zich weerhouden te reanimeren kan ook worden overwogen wanneer er sterke aanwijzingen zijn dat verdere reanimatie in strijd zou zijn met de waarden en voorkeuren van de patiënt of als 'zinloos' kan worden beschouwd of in geval van asystolie ondanks 20 minuten doorlopende reanimatie (Advanced Life Support) en bij gebrek aan een omkeerbare oorzaak.
  - Een duidelijke zorgplanning moet tijdig worden aangeboden aan alle patiënten met een bestaand verhoogd risico op een hartstilstand of een verminderde overlevingskans als gevolg van een hartstilstand.

2. Op basis van de principes van rechtvaardigheid, eerlijkheid en gelijkheid moet elke individuele patiënt toegang hebben tot de huidige zorgstandaard. De ethische overwegingen met betrekking tot CPR en beslissingen over het levenseinde omvatten ook het bereiken van de beste resultaten en de globale schade-batenverhouding van een passende toewijzing van de beschikbare middelen voor elke patiënt individueel, maar ook voor de samenleving als geheel. Dit houdt ook “de best mogelijke verdeling van medische hulp naar een maximaal aantal mensen” in (distributieve rechtvaardigheid).
3. Ethische besluitvorming bij rampen heeft een specifieke aanpak nodig, gezien de inherente onbalans tussen de beschikbaarheid van middelen en de behoefte er aan. In een dergelijke situatie zullen zorgverleners (geïnformeerde) beslissingen moeten nemen over welke middelen voor welke patiënten worden ingezet. Dergelijke beslissingen zijn doorgaans gebaseerd op contextuele parameters (veiligheid, toegankelijkheid, benodigde middelen), evenals het verwachte resultaat voor de individuele patiënt.

### **Ethische beslissingen bij urgenties buiten en binnen het ziekenhuis tijdens de COVID-19-pandemie in België.**

1. Huisartsen moeten de uitgebreide zorgplanning bespreken (en ook documenteren) met alle patiënten (en/of hun familieleden) die een verhoogd risico hebben op een hartstilstand of een verminderde overlevingskans als gevolg van een hartstilstand, evenals met patiënten voor wie geavanceerde reanimatietechnologieën, mechanische beademing of opname op intensieve zorgen als “onevenredig” worden beschouwd.
2. Gezien de waarschijnlijkheid van belangrijke problemen met de capaciteit van ziekenhuizen en intensieve zorgafdelingen als gevolg van COVID-19 in de komende weken, en ongeacht het standaard ethische kader voor spoedeisende geneeskunde, moeten zorgverleners zorgvuldig overwegen aan wie welk behandelingsniveau moet worden gegeven. Ze moeten voorkomen dat onevenredige zorg wordt verleend aan patiënten met een lage waarschijnlijkheid van “goede functionele uitkomst” als die beslissing zou leiden tot het onvermogen om patiënten met goede kansen à priori te behandelen. Hulpverleners moeten er zich bij urgenties van bewust zijn dat binnenkort het aantal bedden voor kritieke zorg waarschijnlijk het knelpunt voor de gezondheidszorg zal worden.
  - Om, specifiek bij ouderen, de waarschijnlijkheid van een goede functionele uitkomst te kunnen beoordelen, adviseren wij het gebruik van de Clinical Frailty Scale, de klinische kwetsbaarheidsscore (appendix 1) eerder dan de leeftijd als zodanig.

- Bij patiënten met slechts milde kwetsbaarheid wordt over het algemeen intensieve zorg en reanimatie geadviseerd. Bij (oudere) patiënten met matige kwetsbaarheid (schaal 6: hulp nodig bij alle buitenactiviteiten ... en bij bv. bad nemen, traplopen) kan ziekenhuisopname nog steeds van waarde zijn, maar intensieve zorg waarschijnlijk niet.
  - Bij patiënten met ernstige of zeer ernstige kwetsbaarheid (schaal 7: volledig afhankelijk voor persoonlijke verzorging; schaal 8: naderend einde van leven) stellen we de meerwaarde van ziekenhuisopname sterk in vraag en beschouwen we dit liever als schade (dysthanasie) met potentiële beperking tot het zorgen voor een aangepast goed comfort in de eigen bekende omgeving van de patiënt.
  - Hoewel geen enkele unieke factor (andere dan hierboven beschreven) de uitkomst ondubbelzinnig voorspelt, moeten de hulpverleners echter trachten situaties te identificeren waarin het risico op schade vermoedelijk opweegt tegen het risico op enig voordeel, bijv. geen terugkeer van de spontane circulatie tijdens reanimatie, ernstige chronische comorbiditeit, zeer lage levenskwaliteit ...). Dit is met name van toepassing bij hartstilstand zonder getuige met een niet-schokbaar beginritme.
3. De bovenstaande criteria zijn geldig zowel voor COVID-19-patiënten als voor elke andere patiënt, en dit zowel voor kinderen als voor volwassenen. Wat betreft besluitvorming tijdens rampen en pandemieën geldt het volgende:
- Elke beslissing om de behandeling te staken of stop te zetten, moet bij voorkeur worden genomen door een team met ten minste één ervaren senior arts. Voor zover mogelijk moeten twee of drie senior artsen met verschillende achtergronden (intensieve zorg, urgentiegeneeskunde, orgaanspecialist, geriater of pediater) bij het uiteindelijke besluitvormingsproces worden betrokken. Idealiter zou tenminste één van hen geen directe zorgrelatie met de patiënt mogen hebben.
  - Er is geen ethisch verschil tussen uitstellen (bijv. niet intuberen) en het staken van zorg (bijv. extuberen). Actieve levensbeëindigende procedures (anders dan beperking van behandeling of passende zorg bij het levenseinde) zijn ethisch niet toegestaan, zelfs niet tijdens rampen of pandemieën. Elke beslissing met betrekking tot de beperking van de behandeling op elk moment in het zorgtraject moet (respectvol en empathisch maar volledig transparant en sturend) worden gecommuniceerd met de patiënt en/of hun naasten.

#### 4. Specifiek met betrekking tot COVID-19-patiënten:

- Bij patiënten met een niet-schokbare hartstilstand buiten het ziekenhuis (OHCA) als gevolg van hypoxie door een bewezen ernstige COVID-19, is het risico op schade vermoedelijk groter dan het verwachte voordeel van reanimatie, en dit moet als reden worden beschouwd voor het beëindigen van reanimatie. Systemen moeten overwogen worden om hiertoe permanente opdrachten op te stellen.
- Bij alle andere patiënten met een hartstilstand met mogelijke of bewezen COVID-19 (het gaat dus over de meeste mensen met OHCA als de prevalentie van COVID-19 in de populatie stijgt), moet reanimatie worden gestart, rekening houdend met de hierboven beschreven algemene ethische criteria. Hulpverleners moeten er eerst voor zorgen dat ze voldoende persoonlijke bescherming hebben voordat ze met reanimatie beginnen. Hoewel we de individuele beslissing respecteren van lekenhulpverleners getraind om beademingen te geven aan bijvoorbeeld familieleden, is het standaardadvies voor deze hulpverleners om te reanimeren met enkel borstcompressies. Professionele hulpverleners mogen tijdens beademing alleen beademen via een ballon-maskersysteem, een supraglottische luchtweg of een endotracheale tube.

5. Alle patiënten moeten zo lang als redelijkerwijs mogelijk de juiste zorgstandaarden krijgen. In de specifieke situatie waarin teams worden geconfronteerd met een gebrek aan middelen (bv. intensieve zorgafdelingen) door het toenemende aantal SARS-COV-2 gevallen (maar alleen dan en niet preventief), zal grondiger prioritering onvermijdelijk worden. De ethische besluitvorming in deze situaties is complex, maar moet gebaseerd zijn op dezelfde principes als hierboven beschreven. Uiteindelijk moeten prioriteiten worden bepaald op basis van verwachte overleving en middelenbehoeften voor elke patiënt individueel, zowel voor COVID-19 positieve als negatieve patiënten. Er moet rekening worden gehouden met het beperkte bewijsmateriaal uit de literatuur, in plaats van alleen maar de mening van deskundigen te volgen. De Charlson Comorbidity Index kan informatief zijn (bijlage 2). Als de zaken echt vergelijkbaar zijn, blijft het principe "wie het eerst komt, het eerst maalt" eerlijk. Er is geen ethische reden om specifieke groepen specifiek te bevoordelen vanwege bijvoorbeeld beroep, rang of status ..... Evenmin kunnen persoonlijke kenmerken van mensen zoals levensstijl of verdiensten voor de samenleving worden geteld als ethische criteria bij het stellen van prioriteiten. Klinische beslissingen moeten te allen tijde goed gedocumenteerd zijn (idealiter ook in een register) om transparantie en toekomstige audits mogelijk te maken. Clinici die bij dergelijke beslissingen betrokken zijn, moeten debriefing en (langdurige) psychologische ondersteuning krijgen. Hulpverleners die dit ethisch kader niet kunnen accepteren, nemen bij voorkeur niet-klinische ondersteunende rollen op zich.

## Referenties

1. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation 2015; 95:302–311.
2. Biddison LD, Berkowitz KA, Courtney B, et al. Ethical considerations: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. Chest 2014; 146(4 Suppl):e145S–55S.
3. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173(5):489–495.
4. Satkoske VB, Kappel DA, DeVita MA. Disaster Ethics: Shifting Priorities in an Unstable and Dangerous Environment. Crit Care Clin. 2019; 35(4):717–725.
5. Somes J, Donatelli NS. Ethics and disasters involving geriatric patients. J Emerg Nurs. 2014; 40(5):493–496.
6. Mezinska S, Kakuk P, Mijaljica G, Waligóra M, O'Mathúna DP. Research in disaster settings: a systematic qualitative review of ethical guidelines. BMC Med Ethics. 2016;17(1):62.
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373–383

## Appendix

1. Clinical Frailty Scale: [https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/attachment/2018-07-05/rockwood\\_cfs.pdf](https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/attachment/2018-07-05/rockwood_cfs.pdf).
2. Charlson Comorbidity Index: <https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci#use-cases>.

*Voor meer updates qua ethische achtergrond in rampensituaties, ga naar: <https://disasterbioethics.com/covid-19/>*