



Ethisch kader AZ Sint-Lucas

Het AZ Sint-Lucas Brugge is een ziekenhuis ontstaan vanuit een christelijke inspiratie en beroept zich uitdrukkelijk op de waarden die hieraan verbonden zijn: aandacht voor de ethische aspecten in de zorg, aandacht voor zingeving, solidariteit en rechtvaardigheid, aandacht voor kansarme en kwetsbare personen, openheid en respect voor elke levensovertuiging.

De christelijke inspiratie werd doorheen de tijd geactualiseerd en kreeg de voorbije jaren vorm in 6 waarden. Het AZ Sint-Lucas staat voor een gezondheidszorg die met respect, van harte, met spirit, weloverwogen, met vertrouwen en in overleg gebeurt. Deze waarden vormen de visie van het ziekenhuis en herinneren ons aan de inzet van de oprichters van het ziekenhuis. Zij inspireerden zich hiervoor op de menslievendheid van Christus en op de caritaspraktijk.

De concrete realiteit van zorgverlening is op vandaag complex geworden. Voor vele problemen of zorgvragen zijn er dan ook geen pasklare antwoorden. Als eerste referentiekader zijn er de wettelijke bepalingen (waaronder de rechten van de patiënt). Daarnaast is er ook de missie en visie, uitgeklaard in 6 waarden. Zij bieden grondinspiratie voor de medewerker, een referentiekader voor de hulpverlening én de samenwerking onderling. In deze context is de missie van het ziekenhuis een dankbaar en dynamisch gegeven. In de verschillende omstandigheden wordt gezocht naar een ethisch kader waarbinnen de best mogelijke zorg kan geboden worden.

Het resultaat van deze denkoefening is o.a. terug te vinden in zorgprocedures. Zij geven een houvast aan de medewerkers om binnen de complexiteit van de zorg de best mogelijke antwoorden te bieden t.a.v. patiënten en hun omgeving. Zorg geven en ontvangen raakt ons immers als persoon.

Dit brengt ons op het terrein van de eigen waarden en normen, de ethiek en ethische vragen. Ethische vragen hebben een eigen karakter, ze confronteren ons met ons persoonlijk normbesef, onze ziens- en zijnswijze en bepalen dan ook mee de relatie met patiënten en medewerkers.

Vanuit het waardenkader van het ziekenhuis vinden we het dan ook belangrijk om een platform van openheid en bespreekbaarheid te creëren en deze cultuur alle groeikansen te geven.

Deze nota heeft tot doel om richting te geven en duidelijkheid te bieden aan de medewerker waar of bij wie hij/zij de nodige informatie kan terugvinden. We bieden een opsomming van zowel gekende themata - die al heel veel besproken zijn en procedureel vastgelegd zijn - als van andere ethische vraagstukken die leven binnen het ziekenhuis. Elke situatie heeft

immers een sterke invloed op de zienswijze, de 'zijnswijze' (persoon) of het handelen van elke zorgverlener.

Deze nota is een dynamisch instrument van een niet-limitatieve lijst van mogelijke ethische vraagstukken. Ze werd opgesteld na bespreking in de Stuurgroep Zorginspiratie en aangevuld met de adviezen van het Ethisch comité. Het spreekt voor zich dat deze nota naargelang het voorkomen van bijkomende items, dient aangevuld en geëvalueerd te worden.

Het is ook vanzelfsprekend dat de wettelijke bepalingen en de rechten van de patiënt rond al deze thema's gerespecteerd worden en deel uitmaken van de dagelijkse zorg.

1. Ethiek en morele stress

2. Enkele thema's met link naar bijhorende procedure:

- a. Therapiebeperking / DNR-codering
- b. Palliatieve sedatie
- c. Euthanasie
- d. Vrijheidsbeperkende maatregelen
- e. Zwangerschapsafbreking
- f. Suïcide/suïcidepoging
- g. Weigeren van zorg (als zorgverlener of als patiënt)
- h. Therapeutische hardnekkigheid
- i. Voltooid leven en levensmoeheid
- j. Wilsonbekwame patiënt
- k. Omgaan met andere culturen, religies en geloofsovertuigingen

3. Bij wie kan de medewerker terecht met zijn/haar vragen ?

1. Ethiek en morele stress

Ethiek gaat over meer dan de grote zorgthema's. Ook in dagdagelijkse kwesties kan het zijn dat er iets wringt. Er zijn de kleine rimpelingen in onze zorg waar we dagelijks mee geconfronteerd worden. Goede zorg is altijd de best mogelijke zorg. Maar deze meest optimale zorg stemt niet altijd overeen met wat we werkelijk zouden willen of kunnen doen. Daarnaast is er ook nog de verwachting van patiënt en de familie.

De wrijving tussen wat we vanuit onze professionaliteit en mens-zijn aan zorg wil geven, wordt soms verhinderd door de dagelijkse realiteit. Op die manier kan morele stress ervaren worden bij de zorgverlener. Morele stress draagt op zich een positieve kracht in zich. Het kan leiden tot een kritische reflectie op wat kwaliteitsvolle zorg is en opening bieden op wat voor verbetering vatbaar is. Maar evenzeer zullen er onoplosbare wrijvingen blijven omdat de realiteit met zijn gegevenheden ons nu eenmaal beperkt in wat mogelijk is.

Het ethisch kader hierboven in de inleiding geschetst geeft de waarden en mensvisie weer waarbinnen elke medewerker zorg verleent. Ze is een toetssteen voor situaties waar men morele stress ervaart. Evengoed biedt dit kader niet altijd een antwoord. Als ziekenhuis willen we echter een cultuur van bespreekbaarheid motiveren. Het bespreekbaar maken en bespreken van gevoelens van morele stress zorgt immers voor een grotere morele veerkracht.

2. Themata

Algemeen voor alle themata die aan bod komen geldt dat de patiënt voldoende en correcte informatie heeft over de gezondheidstoestand om de juiste keuze te kunnen maken rond de behandeling. Om gegronde keuzes te kunnen maken is het dus van belang dat de patiënt voldoende informatie krijgt over de keuzemogelijkheden en de gevolgen van deze keuzemogelijkheden die hij/zij zou maken. Daarbij aansluitend is het dan ook belangrijk dat de patiënt zijn/haar toestemming geeft (informed consent) over het al dan niet uitvoeren van een behandeling.

Indien de patiënt niet bekwaam is tot het geven van een informed consent, gelden de wettelijke bepalingen van vertegenwoordiging van de patiënt.

- <http://www.stlucas.be/patienten/patientenrechten.aspx>
- <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/patiententhemas/patientenrechten>

a) Therapiebeperking / DNR-codering

Therapiebeperking of DNR-codering is een belangrijk te bespreken item in het kader van vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg.

De DNR-codering moet duidelijk maken aan alle zorgverleners, wat de afspraken zijn omtrent het al dan niet starten, verder zetten of stoppen van wel omschreven handelingen.

Het bepalen van een DNR-codering gebeurt in overleg tussen arts, patiënt en familie. Het oordeel van de arts, het overleg met de patiënt en familie én het comfort van de patiënt staan hierbij centraal.

b) Palliatieve sedatie

Palliatieve sedatie behoort tot één van mogelijke beslissingen aan het levenseinde bij een stervende patiënt. Palliatieve sedatie heeft tot doel symptoombestrijdend te werken en werkt specifiek op de als ondraaglijk ervaren refractaire symptomen.

Palliatieve sedatie is een beslissing rond het levenseinde. Overleg, duidelijke communicatie en zorgvuldigheid zijn belangrijk zodat iedereen goed geïnformeerd wordt, de beslissing samen kan genomen worden en iedereen de tijd krijgt om afscheid te nemen vooraleer de sedatie wordt opgestart.

c) Euthanasie

Euthanasie is een actieve levensbeëindiging, uitgevoerd door de arts, op uitdrukkelijk en herhaald verzoek van de patiënt zelf. De voorwaarden en omstandigheden waarin euthanasie kan gebeuren zijn bij wet geregeld.

In het AZ Sint-Lucas staat een optimale zorg op elk vlak voor elke patiënt centraal. Aan elke patiënt die geconfronteerd wordt met een ongeneesbare en levensbedreigende aandoening bieden we een optimale palliatieve zorg aan, rekening houdende met de wensen en de noden van de patiënt. Het zorgvuldigheidsprincipe, een multidisciplinaire benadering én de inschakeling van het Palliatief Support Team bij elke euthanasievraag vormen de basis voor het euthanasiebeleid van het AZ Sint-Lucas.

Geen enkele zorgverlener kan verplicht worden deel te nemen aan de voorbereiding en uitvoering van een euthanasie.

d) Vrijheidsbeperkende maatregelen

Vrijheidsbeperking is het toepassen van maatregelen om de bewegingsvrijheid van de patiënt te beperken. Er zijn diverse vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen:

- Fysieke fixatie
- Dwaaldectiesysteem
- Afzondering
- Enz.

Fysieke fixatie is de meest gekende vorm en kan enkel worden toegepast bij patiënten vanaf 18 jaar met als indicatie ofwel een risico op de beschadiging van de fysieke en/of psychische integriteit van de patiënt of die van anderen ofwel een risico op de onderbreking van levensnoodzakelijke therapie. Bij het overwegen van het gebruik van fysieke fixatiemiddelen, is het een belangrijke voorwaarde dat het stappenplan wordt gevolgd dat tot doel heeft het beslissingsproces rond fixatie te ondersteunen. Alvorens te fixeren, dient men steeds eerst alternatieven te overwegen.

De enige vorm van fysieke fixatie bij minderjarigen is het gebruik van het tentbed op VE Pediatrie indien de minderjarige niet meer in een koepelbed past.

Zowel voor de patiënt of zijn naastbestaanden kan het gebruik van vrijheidsberovende maatregelen moeilijk liggen. Communicatie en overleg met de patiënt of zijn vertegenwoordiger zijn essentieel, waarbij duidelijk wordt uitgelegd waarom fixatie noodzakelijk is en waarbij er wordt gestreefd naar een consensus.

e) Zwangerschapsafbreking

Diverse redenen kunnen aanleiding geven tot de beslissing om een zwangerschap vroegtijdig te beëindigen. Meestal heeft dit te maken met de gezondheidstoestand van de moeder of van het kind.

Geen enkele zorgverlener kan verplicht worden een zwangerschapsafbreking uit te voeren of hierbij te assisteren. Men heeft wel de plicht door te verwijzen naar een collega die dit wil uitvoeren.

f) Suïcide/suïcidepoging

Een zorgverlener kan geconfronteerd worden met een patiënt die suïcidedachten uit, een suïcidepoging onderneemt of effectief suïcide pleegt. Geconfronteerd worden met de wens om te sterven of effectief een plotse suïcide meemaken, kan bij iedereen aanleiding geven tot diverse emotionele reacties.

Daarom is het belangrijk dat elke medewerker weet dat:

- medewerkers en teams een beroep kunnen doen op een begeleiding bij elke traumatische ervaring, dit onder vorm van een nabespreking/debriefing of gesprekken met iemand uit het welzijnsteam.
- er een noodplan suïcidepoging uitgeschreven is.

g) Weigeren van zorg (als zorgverlener of als patiënt)

De patiënt (of zijn vertegenwoordiger) heeft het recht om zorg te weigeren. Ook een zorgverlener kan – in bepaalde situaties – zorg weigeren.

Dringende zorg moet echter altijd verleend worden, dit kan nooit door een zorgverlener geweigerd worden.

Het ziekenhuis beschikt over procedures waarin staat weergegeven in welke situaties zorg door een zorgverlener kan geweigerd worden, belangrijk is echter dat de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd door een verwijzing naar een andere interne of externe zorgverstreker met minimaal dezelfde bekwaamheid.

h) Therapeutische hardnekkigheid

Therapeutische hardnekkigheid is één van de moeilijke ethische items waar je als zorgverlener mee kan geconfronteerd worden. We spreken van therapeutische hardnekkigheid wanneer men ervaart dat de andere zorgverlener blijft volharden in een zinloos geworden behandeling. De behandeling is dan niet in verhouding met het verwachte resultaat voor de patiënt.

Therapeutische hardnekkigheid bestaat omdat er zoveel medisch-technische mogelijkheden zijn en de meeste mensen willen nu eenmaal ook zo lang mogelijk blijven leven. De oorzaken van het zinloos medisch handelen kunnen dus zowel bij de artsen als bij de patiënten en hun familie liggen.

De confrontatie met een situatie van therapeutische hardnekkigheid kan zwaar wegen bij een zorgverlener. In die situaties adviseren en ijveren we voor een open gesprek of dialoog waarbij de wederzijdse ervaringen en verwachtingen kunnen uitgesproken worden, dit vertrekkende vanuit de waarden van het ziekenhuis.

i) Voltooid leven en levensmoeheid

Levensmoeheid – al dan niet bij geriatrische patiënten – kan aanleiding geven tot een wens om te sterven. Onder levensmoeheid wordt een psychisch lijden verstaan van een persoon die door (een combinatie van) medische en/of niet-medische factoren geen of slechts gebrekkige levenskwaliteit (meer) ervaart en als gevolg daarvan de dood boven het leven verkiest. Deze vraag kan uitmonden in een actieve vraag naar levensbeëindiging.

In Nederland spreekt men vaak van de term ‘voltooid leven’ of ‘klaar met leven’.

Ook de confrontatie met een dergelijke situatie kan zwaar wegen bij een zorgverlener. In die situaties adviseren en ijveren we voor een open gesprek of dialoog waarbij de wederzijdse ervaringen en verwachtingen kunnen uitgesproken worden, dit vertrekkende vanuit de waarden van het ziekenhuis.

j) Wilsonbekwame patiënt

Er kunnen zich situaties voordoen waarin patiënten die voorheen wilsbekwaam waren plots (tijdelijk) wilsonbekwaam zijn. Het spreekt voor zich dat in dergelijke situaties de wettelijke regeling gevolgd wordt qua vertegenwoordiging voor de patiënt. Dit kan echter een spanningsveld oproepen bij naasten of op een afdeling. Het openhouden van de dialoog is hier de belangrijkste weg.

k) Omgang met andere culturen, religies, levensovertuigingen

Patiënten met een andere cultuur, religie of levensovertuiging vragen soms een specifieke aanpak, zeker in kritieke situaties. Specifieke aandachtspunten bij de meest voorkomende denominaties zijn terug te vinden binnen de ziekenhuisprocedures. Ook de pastorale dienst kan hierin een hulp zijn.

3. Waar kan de medewerker naar toe met zijn/haar vragen ?

Ethische vragen of ethische dilemma's horen inherent bij de zorg, maar ook in het werken met en voor anderen. Bij het nemen van beslissingen of het maken van keuzes hebben we altijd een bepaald doel voor ogen. De 6 waarden van het ziekenhuis vormen de grondinspiratie én het referentiekader waarbinnen de hulpverlening, de zorg én de samenwerking gebeurt.

Openheid, bespreekbaarheid en dialoog zijn belangrijk bij ethische dilemma's. Wanneer een medewerker een ethische vraag heeft, een dilemma ervaart, het gevoel heeft ethische keuzes te moeten maken, kan deze zich wenden tot:

- ① De leidinggevende, de hiërarchische lijn, een collega: om te luisteren, ethisch te reflecteren en samen te kijken wat er kan gebeuren. De leidinggevende/verantwoordelijke is het eerste aanspreekpunt voor medewerkers en heeft ook een signaalfunctie in het ziekenhuis.
- ② De welzijnswerkers van het ziekenhuis: om te luisteren, ethisch te reflecteren en samen te kijken wat er kan gebeuren of met wie er best contact wordt opgenomen. De groep van welzijnswerkers wordt o.a. gevormd door de vertrouwenspersonen, de psychologe 'zorg voor de medewerkers', en de directeur en coördinator HR.
- ③ Het ethisch comité: om een specifieke casus of problematiek te behandelen.