

Advies: opname op dienst intensieve zorgen in tijden van schaarste

Stuurgroep ethici in de zorg¹

Samenvatting

De 'stuurgroep ethici in de zorg' stelt dat mogelijk noodzakelijke triage voor het selecteren van patiënten voor opname op diensten intensieve zorgen in tijden van schaarste steeds op basis van **medische gegevens en medische deskundigheid** gebeurt. Het voorop stellen van discriminatoire criteria als leeftijd, geslacht, seksuele geaardheid, religie en andere; zonder medische evidentie of argumentatie, is ethisch onaanvaardbaar.

Om proactief reeds een helder overzicht te krijgen van de medische gegevens van de patiënten die zich zullen aanmelden op de dienst intensieve zorgen, pleit de stuurgroep voor de directe uitrol van een DNR-beleid, onder verantwoordelijkheid van de behandelende artsen, voor alle zorgvragers in kwetsbare posities. De **essentie** omvat twee elementen: het **criterium** enerzijds en het **plan van aanpak** anderzijds. Het **criterium** waarvan wij willen dat men het hanteert, is het **medisch criterium**. Om dit criterium te kunnen toepassen, hebben we een **helder zicht** nodig op de **medische situatie** van de patiënten die zich volop aan het aanmelden zijn. Een **DNR-code** is deel van het komen tot een helder overzicht. We willen vermijden dat de DNR-vraag zich stelt op intensieve zelf. De intensivisten kunnen zich, in multidisciplinair overleg, buigen over de wenselijkheid en haalbaarheid van een opname op de dienst intensieve zorgen alsook de specifieke behandelingen die aldaar verleend zullen worden.

Hierbij zijn steeds zowel een transparante, correcte en heldere communicatie nodig, als een zorgaanbod voor de gehele mens (aanbod aan zinzorg, psychosociale ondersteuning, etc.), vooral ook voor die patiënten die niet meer opgenomen kunnen worden op diensten intensieve zorgen.

¹ De 'stuurgroep ethici in de zorg' is een overleg platform van mensen die verantwoordelijk zijn voor het uitbouwen van het ethisch beleid in de praktijk van de zorg in België/Vlaanderen. De stuurgroep omvat vertegenwoordigers van alle sectoren in de gezondheids- en welzijnszorg. De taak van deze stuurgroep is anders dan die van het ethisch comité van Zorgnet-Icuro. Het ethisch comité van Zorgnet-Icuro omvat twee grote taken (en de facto twee werkingen): allereerst het geven van gedegen en genuanceerd advies door het publiceren van visieteksten, en daarnaast het organiseren van een jaarlijks congres. De 'stuurgroep ethici in de zorg' heeft als functie om het ethisch beleid in de praktijk van de zorg nationaal, onderling te bespreken. Zo kan de stuurgroep reflecteren over actuele adviezen en anderzijds bekijken welke noden en vragen er leven in de praktijk en de uitbouw van een ethisch beleid daarrond binnen de verschillende voorzieningen en contexten in België/Vlaanderen. De stuurgroep heeft zo een goed zicht op wat er algemeen leeft rond ethiek en met welke vragen en uitdagingen de zorgverleners, beleidsmakers, patiënten en hun context worstelen. De leden van de stuurgroep hebben diverse achtergronden, dus dit laat ook van in het begin een dialoog toe.

1. Inleiding

We worden vandaag geconfronteerd met één van de grootste uitdagingen in de zorg in de recente geschiedenis. Het coronavirus (Covid 19) is een pandemie en heeft naast medische ook grote sociale en economische gevolgen wereldwijd. Het stelt dan ook vele ethische vragen. Bovendien zijn er nog weinig wetenschappelijke data over het virus. In deze tijden van onduidelijkheid en onzekerheid, zien wij het als onze opdracht om een overzicht te bezorgen van de visies onder ethici over een vraag die we voorgeschoteld gekregen hebben vanuit onze artsen:

Is het wenselijk om te komen tot een triage voor het selecteren van patiënten om opgenomen te worden op de diensten intensieve zorgen? Met andere woorden: Kunnen we proactief bepaalde patiënten weigeren zodat we plaats en middelen overhouden voor anderen?

De vrees is namelijk dat er niet afdoende bedden gaan overblijven voor de patiënten die zullen toestromen. Een voorstel dat één van de artsen zelf formuleerde was om te selecteren op leeftijd. Iedereen met de leeftijd van 90 jaar of ouder zou op voorhand geweerd worden. De artsen zijn dus op zoek naar een snel, helder en algemeen toe te passen criterium om een zo optimaal mogelijke werking van de dienst te blijven garanderen.

Voor alle duidelijkheid, vandaag (16/03/2020) is de crisis nog niet van die mate dat we structureel patiënten moeten weigeren op de dienst intensieve zorgen. Bovendien is het noodzakelijk om, zeker in hectische tijden zoals nu, een helder onderscheid te bewaren tussen feiten enerzijds, en aannames anderzijds. De grote onduidelijkheid van veel aspecten van deze pandemie, vormt een extra uitdaging.

Vooraleer we overwegen hoe we moeten omgaan met schaarste, dienen we eerst alles in het werk te stellen om naar maximale capaciteit te gaan. Opwaardering van medium care bedden in het ziekenhuis, extra afdelingen bij creëren horen bij de opties. Uiteraard is ook hier een grens aan.

Het moge duidelijk zijn dat deze ethische vraag ons voor een ernstig ethisch dilemma stelt. De vraag en de reflecties zijn van die mate dat we een keuze moeten maken tussen twee zaken die beiden inherent onwenselijk zijn: een overvraging van een delicate dienst als intensieve zorgen enerzijds en een uitsluiting van reeds kwetsbare patiënten anderzijds. Het is dus letterlijk een keuze tussen leven en dood waar onze zorgverleners voor staan.

Deze ethiek is dus in lijn met de fundamentele keuze voor het kleinste kwaad, wat inherent tragisch is, eerder dan een keuze voor een groter goed.² De filosoof P. Ricoeur spreekt over het onderscheid tussen het 'meest menselijk wenselijke' ("*le meilleur humain désirable*") en het 'meest menselijk mogelijke' ("*le meilleur humain possible*") anderszijds.³ In de context waar we nu inzitten is deze opdeling niet afdoende. Hoe lang we ook nadenken en hoeveel elementen we ook binnen brengen, we gaan nooit komen tot een goede, laat staan 'meest menselijk mogelijke' oplossing. De keuze zal altijd een tragiek in zich houden en daarom eerder een keuze zijn tussen twee onwenselijke zaken. Vandaar dat we uitgaan van een keuze voor het 'kleinste kwaad'.

Zowel vanuit juridisch, ethisch als deontologisch perspectief is het selecteren en dus ongelijk behandelen enkel en alleen op basis van leeftijd, onaanvaardbaar. Dit zou een vorm van discriminatie op basis van leeftijd zijn (*ageism*).⁴ Als je op voorhand alle 90-jarigen en ouder gaat weren uit intensieve zorgen, weet je niet of dit terecht was en kunnen er dus mensen overlijden zonder dat dit nodig bleek. Je kan je ook afvragen waarom de grens van 90 gekozen wordt. Er zijn mensen van 90 jaar die in betere fysieke en mentale gezondheid verkeren dan mensen van 80 jaar. Uiteraard moet men zich, zoals steeds, de vraag stellen of een opname op de dienst intensieve zorgen therapeutisch nuttig is.⁵ Wellicht is de kans dat dit nog therapeutisch nuttig is bij iemand van 90 jaar eerder klein. Dat betekent echter niet dat je op voorhand deze categorie reeds uitsluit.

2. Internationale evoluties

Verschillende landen nemen dan ook extreme maatregelen in strijd tegen het Corona virus (Covid 19). We geven enkele niet-exhaustieve voorbeelden. Taiwan heeft verregaande maatregelen genomen.⁶ In Italië is er reeds een structurele overvraging van de diensten intensieve zorgen. In Nederland heeft de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care een draaiboek uitgebracht over hoe om te gaan met een pandemie.⁷ Dit document is waardevol en houdt rekening met de eigenheid en context van een dienst intensieve zorgen. Het document lijst enkele exclusie-criteria op, waaronder exclusie op basis van lage kans op overleving: een verwachte mortaliteit van meer dan 90%; alsook exclusie op basis van lage

² P. Schotmans. Handboek Medische Ethiek, 2008, Lannoo Campus.

³ P. Ricoeur. *Le problème du fondement de la morale*. Sapienza 28 (1975): 313-337

⁴ Rivlin, M.M. Why the fair innings argument is not persuasive. BMC Med Ethics 1, 1 (2000).

⁵ In het 'Advies nr. 41 van 16 april 2007 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek over de geïnformeerde toestemming en "DNR"-codes' is er een helder overzicht tussen het verschil tussen 'zinloos' (perspectief van de patiënt en in lijn met visie over levenskwaliteit) en 'medisch nutteloos' (medische, objectieve, wetenschappelijke beoordeling gemaakt door artsen).

⁶ Wang, C, Ng Cn, Brook, *Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing*. 2020 Mar 3. doi: 10.1001/jama.2020.3151.

⁷ Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. maart 2020:

https://nvic.nl/sites/nvic.nl/files/20200308_Draaiboek%20Pandemie_DEEL1.pdf

levensverwachting. Men verwijst hier naar de leeftijd van hoger dan 80 jaar die aanzien wordt als een “zeer hoge leeftijd”.⁸

3. Voorstel

Een voorstel van de stuurgroep is spoedig werk te maken van een **helder DNR-beleid voor alle zorgvragers in kwetsbare posities** (ouderen, mensen met een ernstige fysieke beperking, chronisch zieken, ...).⁹ De behandelende arts van deze zorgvragers dient hiertoe het initiatief te nemen. Het idee hierachter is om deze **medische beslissing** (al dan niet opnemen op de dienst intensieve zorgen) ook binnen de **medische context** te houden. Daarom is het best om kwetsbare mensen/ouderen te voorzien van een voorafgaande zorgplanning (wat tegenwoordig al vaker voorkomt) en een DNR-code (wat nog steeds niet zo veel voorkomt). Een DNR-code is voor zorgverleners op intensieve zorgen goed gekend en snel toepasbaar, terwijl bv een voorafgaande wilsverklaring of een planning, meerdere pagina's omvat.

Opdat dit een realiteit kan worden, dienen onder meer geriateren in de algemene en universitaire ziekenhuizen, maar evenzeer artsen die betrokken zijn bij de woon- en zorgcentra en alle contexten waar langdurig zieken en kwetsbaren verzorgd worden, een heldere DNR-code te bepalen voor hun zorgvragers (DNR-code 0, 1, 2 of 3).¹⁰ Een DNR-code is een medische beslissing die een arts neemt op basis van medische, wetenschappelijke en objectieve gegevens. De arts dient dan na te gaan of er nog een redelijk therapeutisch voordeel te verwachten is. Indien niet, kent hij of zij een (hogere) code toe. Dit zou ook opportuun zijn in rustigere tijden. Overleg met de patiënt en diens context is noodzakelijk, maar het is niet zo dat de arts een DNR kan aanpassen omdat de patiënt of diens context nu eenmaal een medisch gezien nutteloze behandeling wel wil. Niemand kan een arts dwingen tot een handeling die de arts nutteloos acht.¹¹

In deze optiek komen de patiënten dus toe op intensieve zorgen met een DNR-code. De intensivist dient dit niet acuut, *ad hoc*, te bepalen. De informatie van de code draagt bij aan het medisch dossier en kan helpen om in te schatten of een opname op de dienst intensieve zorgen opportuun is. Voor alle duidelijkheid: het opmaken van een DNR-code per individuele zorgvrager heeft enkel voor ogen om een helder beeld te krijgen over de gewenste therapieën voor die zorgvrager. Het is geen verdoken wijze om nu reeds vast te leggen wie wel en wie niet op de dienst intensieve zorgen mag opgenomen worden. Aangezien de code een beter

⁸ *Ibid.*

⁹ DNR-code komt van ‘*Do not resuscitate*’ en is een codering in verband met therapie beperking.

¹⁰ DNR 0: volledig behandelen; DNR 1: geen reanimatie meer; DNR 2: therapie beperking (men dient welomschreven de therapieën aan te geven in het medisch dossier die niet meer ondergaan dienen te worden); DNR 3: therapie stop.

¹¹ Wet van 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

zicht geeft op de medische situatie van de patiënt, kan ze wel helpen om die beslissingen vlotter te nemen.

Moest er effectief een sterk tekort blijken aan bedden op intensieve zorgen, dienen we multidisciplinair na te gaan of DNR-codes niet enkel een helder overzicht geven van de medische situatie, maar op zichzelf ook een triage-middel kunnen zijn. Een DNR-code, toegekend in dialoog met de patiënt, kan dan een hulpmiddel zijn om keuzes te maken onder tijdsdruk.

4. Criteria voor opname

Wanneer we merken dat de toestroom effectief te groot blijkt om te behappen, dienen we als zorgverleners multidisciplinair keuzes te maken. Deze keuzes blijven steeds moeilijk, omdat je fundamenteel voor een onmogelijke keuze staat waar je letterlijk moet kiezen tussen mensenlevens.

Om twee redenen zal het criterium van leeftijd wellicht alsnog als criterium aangehaald worden. Allereerst zijn er indicaties dat de mortaliteit van corona infecties met leeftijd gecorreleerd is. En verder wordt de kans op verkrijgen van een significant aantal kwaliteitsvolle levensjaren door een behandeling op de dienst intensieve zorgen kleiner bij patiënten met hogere leeftijden. Medische argumentaties kunnen gaan over het medisch dossier, kans op morbiditeit, inschatting van de slaagkansen, etc.

De essentie van het advies is het volgende: (1) schep **helderheid** over het vooruitzicht van kwetsbare patiënten in een taal die intensivisten goed begrijpen (**DNR-codes**). Dit is altijd wenselijk en nu meer dan ooit om geen tijd te verliezen. (2) Argumenteer over de mogelijkheid of wenselijkheid tot opname op de dienst intensieve zorgen steeds vanuit **medisch, wetenschappelijk oogpunt**. Als er medische argumentaties zijn voor specifieke patiënten gecorreleerd zijn aan de leeftijd van patiënten, kan dit aanvaardbaar zijn. Het is dus belangrijk om geen discriminatoire criteria voorop te stellen (leeftijd, geslacht, seksuele geaardheid, religie, etc.). De stuurgroep wijst op het belang van medische gegevens, analyse en deskundigheid.

5. Bedenkingen/aanvullingen

Er wordt geopperd dat een DNR-code een reductie is van een bredere voorafgaande zorgplanning. Het risico is dan om de complexiteit van een bepaalde situatie of patiënt te doen ondersneeuwen. In rustige tijden is het al delicaat om over DNR-codes te spreken, laat staan in deze ongekende en hectische situatie. Ook kan het qua tijdsinvestering vandaag een uitdaging zijn voor artsen om DNR-codes op te stellen. Het opstellen van DNR-codes kan een uitdaging vormen voor de niet-ziekenhuis sectoren. De algemene en universitaire ziekenhuizen hebben vaak al DNR-codes voor hun patiënten, gezien de vereisten hiertoe van de accreditatiesystemen.

Het doel moet zijn om de bestaande capaciteit van onze ziekenhuizen maximaal te benutten en in te zetten op een samenwerking tussen de diverse sectoren in de zorg. Een intersectorale werking ten voordele van de diverse betrokkenen in de zorg, staat dus voorop. Informatie delen met iedereen, ook patiënten en hun context, zorgt mogelijks voor meer gedragenheid en is conform de patiëntenwet. Tegelijk kan dergelijke transparantie in deze materie ook voor paniek of verontwaardiging zorgen (voornamelijk bij personen met een hoog risico om uitgesloten te worden van de zorg).

Een 'triage' is enkel mogelijk op basis van voorafgaandelijke screening van bepaalde gegevens. In deze screening zelf moet dus ook de nodige tijd en zorg worden gestoken (we kunnen ons niet veroorloven hier niet accuraat in te zijn!). Hoe complexer de criteria op basis waarop we zullen afwegen, hoe meer tijd/zorg in deze screening zal moeten gestoken worden. Opmerking: bij huidige opnames en bij de bevolking in het algemeen worden nu reeds via intake/patiëntendossier heel wat relevante gegevens verzameld.

Als we naar een wachtlijst zouden gaan van mensen die nood hebben aan intensieve zorgen, dienen we hier een correcte en sluitende informatie over te verlenen. Het is belangrijk dat we ook, in de mate van het mogelijke, zorg blijven bieden voor de gehele mens (aanbod aan zinzorg, psychosociale ondersteuning, etc.) ook voor die patiënten die niet meer opgenomen kunnen worden op de dienst intensieve zorgen. De impact van de beslissing dat men niet meer op intensieve zorgen kan opgenomen worden, is dramatisch. Dit zal een impact hebben op alle betrokkenen, ook de zorgverleners die de mededeling doen. We dienen ons hiervan bewust te zijn en een goede opvang voor iedereen te bewerkstelligen.

6. Relationeel

Vanuit een relationeel, dialogaal ethisch denken dienen we aan te geven dat deze complexe materie meerdere betrokkenen betreft. Centraal in dit advies staan de artsen, samen met de andere zorgverleners in een interdisciplinaire samenwerking. We zouden ook de patiënt zelf en de naastbetrokkenen erbij kunnen betrekken, bij voorkeur in hun rol van potentiële wettelijke vertegenwoordiger. Dit sluit volledig aan bij een relationeel en dialogaal denken over *decision-making* in de zorg. Toch is er hier een delicaat punt in deze materie. Wie de sterkste belangenbehartigers heeft, heeft dan een voordeel ten opzichte van de mensen zonder context.

We beseffen dat het werkveld nood heeft aan concrete criteria voor een triage, moest dit absoluut noodzakelijk zijn. Daarnaast is er echter ook een andere nood: oog houden voor het relationeel gebeuren dat zorg is. Hierbij is het essentieel om menswaardigheid voorop te stellen voor alle betrokken partijen. Eveneens moeten we expliciet aandacht hebben voor de veiligheid van de medische en verpleegkundige staf. Ze komen in de vuurlinie te staan. Het is onaanvaardbaar als er aan de veiligheid van de zorgverleners gemorreld wordt, omdat dit niet alleen ethisch verwerpelijk is, maar op de langere termijn ook desastreus kan zijn voor de zorgverlening zelf. Een continuïteit in de zorgverlening is essentieel.

7. Voldoende?

Zoals hierboven aangetoond, is het belangrijkste punt voor de stuurgroep dat een mogelijke triage steeds op basis van medische gegevens gebeurt. Een helder DNR-beleid draagt bij tot een overzicht van de medische situatie van de patiënten.

Een andere vraag is wat we doen als een helder zicht op de medische gegevens niet langer afdoende blijkt. Als de toestroom van die mate wordt dat we keuzes gaan moeten maken tussen patiënten met vergelijkbare profielen. Welke criteria dienen we dan te hanteren?¹²

¹² Andere criteria waar mogelijks aan gedacht kan worden. Deze criteria zijn echter stuk voor stuk ethisch erg bedenkelijk:

- Personen 'ten laste' (voornamelijk kinderen/voogdij): maw: voor hoeveel mensen heeft het al dan niet overleven van deze persoon een hoge impact?
- Wat met eigen keuze (iemand geeft zichzelf hoge/lage prioriteit?)
- Kunnen we rekening houden met levensstijl? Roken/druggebruik/BMI?
- *'first comes, first served'*?
- Zwaar getroffen minderjarigen krijgen extra prioriteit?
- Wat met zwangere vrouwen?
- Krijgen (sleutel)zorgverleners zelf of mensen met andere sleutelfuncties prioriteit?
- Selecteren we op basis van sociale verdienste (bijvoorbeeld moeder van drie kleine kinderen)

Opnieuw willen we wijzen op de tragiek van de keuze, voor alle betrokkenen. Het is de opdracht om ook in deze tragiek tot meer menswaardigheid te streven voor alle betrokkenen. Als DNR-codes en andere strikt medische argumentaties, niet meer afdoende blijken om de noodzakelijke triage te doen, dienen we opnieuw een afweging te maken. De richtvraag is en blijft: hoe kunnen we hier tot zoveel mogelijk menswaardigheid komen voor de diverse betrokkenen?

We wensen te benadrukken dat dit advies ontstaan is binnen een bepaalde context en vanuit bepaalde inzichten. Als de context en de inzichten veranderen, dient het advies ook herbekeken te worden.

8. Leden stuurgroep ethici in de zorg die bijdroegen aan het advies

- prof. dr. Axel Liegeois: professor Faculteit Theologie en Religiewetenschappen KU Leuven; stafmedewerker ethiek Organisatie Broeders van Liefde.
- prof. dr. Wim Vandewiele: professor Faculteit Theologie en Religiewetenschappen KU Leuven; stafmedewerker pastoraat en ethiek Curando vzw
- dr. Gabriëlle Christenhusz: stafmedewerker ethiek vzw Zorg-Saam ZKJ
- dr. Simon Godecharle: coördinator gezondheidsethiek Emmaüs vzw
- Geert Froyen: beleidsmedewerker Zorgethiek en Zingeving Woonzorggroep GastVrij Omgeven
- Steven Van Wortswinkel: ethicus GZA Ziekenhuizen & GZA Zorg en Wonen
- Loïc Moureau: stafmedewerker Ethiek VZW Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu; PHD Fellow Faculteit Theologie en Religiewetenschappen KU Leuven; Docent Zorgethiek & Filosofie

Graag willen ook expliciet die mensen danken die mee achter de schermen dachten, literatuur aanleverden, en hielpen om onze ideeën te verscherpen.

-
- Selecteren we op basis van maatschappelijke verdienste (bijvoorbeeld wie een belangrijke maatschappelijke functie heeft)?
 - Selecteren we op basis van vroeger gesteld onverantwoord gedrag (bijvoorbeeld wie deelnam aan de lockdown-fuiven)?

Interessante literatuur

- Hick, J. L., D. Hanfling, M. K. Wynia, and A. T. Pavia. 2020. *Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2*. NAM Perspectives. Discussion paper. National Academy of Medicine. Washington, DC. <https://doi.org/10.31478/202003b>
- Hawryluck, L. Ethics of Triage. ICU Management & Practice, ICU Volume 10 - Issue 4 - Winter 2010/2011.
- Bogner, G. (2015) Fair Innings. Bioethics Volume 29 Number 4 2015 pp 251–261; doi:10.1111/bioe.12101
- Liao, X, Wang, B, Kang, Y. (2020) Novel coronavirus infection during the 2019-2020 epidemic: preparing intensive care units-the experience in Sichuan Province, China. Intensive Care Med. doi: 10.1007/s00134-020-05954-2.
- Kain, T., Fowler, R. (2019) Preparing intensive care for the next pandemic influenza. Crit Care doi.org/10.1186/s13054-019-2616-1
- Aacharya et al. (2011) Emergency department triage: an ethical analysis. BMC Emergency Medicine. 11:16.
- <https://www.hsj.co.uk/swine-flu/responding-to-pandemic-influenza-the-ethical-framework-for-policy-and-planning/5005219.article>
- [http://www.ubccriticalcaremedicine.ca/academic/jc_article/Lin%20\(2009\)%20Rationing%20of%20Resources%20-%20Ethical%20Issues%20in%20Disaster%20and%20Epidemic%20Situations-Sept-21-09.pdf](http://www.ubccriticalcaremedicine.ca/academic/jc_article/Lin%20(2009)%20Rationing%20of%20Resources%20-%20Ethical%20Issues%20in%20Disaster%20and%20Epidemic%20Situations-Sept-21-09.pdf)
- Rivlin, MM (2000) Why the fair innings argument is not persuasive; BMC Medical Ethics volume 1, Article number: 1.