

GEEN IC-PLEK VOOR IEDEREEN:

Kiezen of loten in het zwartste scenario?

Krista Tromp, Antina de Jong, Gert van Dijk,
Maartje Schermer, Suzanne van de Vathorst,
Martine de Vries en Dick Willems

Samenvatting

Hoe bepalen we bij absolute schaarste welke patiënt wél en welke geen IC-plek meer krijgt als de medische overwegingen daarvoor zijn uitgeput? Tijdens de piek van de COVID-19-crisis in maart 2020 werd deze vraag ineens actueel en leidde tot het opstellen van het Draaiboek *Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie* door de Federatie Medisch Specialisten en Artsenfederatie KNMG. Dit draaiboek werd in juni 2020 gepubliceerd.

Wij werkten mee aan het opstellen van dit draaiboek. Op basis van drie ethische uitgangspunten benoemen wij in het draaiboek een aantal criteria die geen rol mogen spelen in de triage, zoals 'eigen schuld', voorafgaande kwaliteit van leven of sociaaleconomische status. Criteria die naar onze mening wél een rol mogen en moeten spelen bij triage: verwachte ligduur op de IC, de vraag of iemand als medewerker in de zorg extra risico heeft gelopen en zich daarbij niet heeft kunnen beschermen, en de generatie waartoe iemand behoort (in het kader van intergenerationele solidariteit, het zogenoemde *fair-innings-argument*). Pas als op grond van deze criteria geen onderscheid tussen mensen meer te maken is, mogen we het toeval laten bepalen wie wel en wie niet een IC-plek krijgt.



Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

Introductie

De wereldwijde COVID-19-pandemie bereikte begin maart 2020 ook Nederland. Hoewel het aanvankelijk om een klein aantal COVID-19-patiënten leek te gaan, stegen deze cijfers onverwacht snel. Binnen enkele weken kregen de afdelingen voor intensive care (IC) van enkele ziekenhuizen in Nederland met zo veel COVID-19-patiënten te maken dat ze die niet meer in het eigen ziekenhuis konden opnemen. De snel opgezette nationale coördinatiestructuur voor verdeling van IC-plekken (LNAZ/LCPS) en de vergroting van de IC-capaciteit konden niet voorkomen dat een tekort aan IC-plekken op de loer lag. Voor de situatie waarbij er echt te weinig IC-plekken zouden zijn, stelden de betreffende beroepsgroepen landelijke medische triage-criteria vast. Maar de verwachting was dat deze criteria niet voldoende zouden zijn om alle IC-behoefte patiënten te kunnen plaatsen. De nood was hoog en de tijdsdruk groot. Met urgentie werd daarom een werkgroep gevormd die een antwoord moest zien te vinden op de volgende vraag:

*Hoe wordt bij absolute schaarste van IC-plekken in Nederland bepaald wie wel en wie niet een IC-plek meer krijgt als de medische criteria voor het maken van onderscheid tussen mensen zijn uitgeput?*¹

Als antwoord op deze vraag werd uiteindelijk op 16 juni 2020 het Draaiboek *Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie* van de Federatie Medisch Specialisten en Artsenfederatie KNMG gepubliceerd.⁽¹⁾ Dit draaiboek bevat

een ethisch raamwerk dat artsen handvaten biedt om in zo'n nijpende situatie deze haast onmogelijke keuze te maken. Aan de totstandkoming van dit draaiboek werkten wij mee: drie interne ethici (beleidsadviseurs ethiek van de KNMG) en vijf externe ethici (hoogleraren medische ethiek en filosofie). In dit essay nemen wij u mee in de totstandkoming van het draaiboek en de ethische overwegingen om de meest rechtvaardige uitweg te vinden uit dit dilemma. We zullen ten slotte ook laten zien waarom, volgens ons, in de tragische situatie van te weinig IC-plekken bewust kiezen op basis van vooraf gezamenlijk afgesproken uniforme criteria beter is dan de keuze aan individuele artsen overlaten of het toeval laten bepalen (loten).

Het draaiboek – het proces

COVID-19-patiënten hebben gelukkig lang niet allemaal IC-opname nodig. Sommigen hebben nauwelijks klachten, anderen hebben milde klachten, voor sommigen is opname in het ziekenhuis vereist (als ze dat tenminste willen) en slechts een heel klein deel van de patiënten heeft een IC-plek nodig. Voor dat deel van de COVID-19-patiënten is voldoende IC-capaciteit vereist, zodat deze patiënten de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. Maar helaas zou het kunnen voorkomen dat dit bij een volgende piek toch niet het geval is. Zodra er sprake is van absolute schaarste aan IC-plekken – dat wil zeggen als er niet genoeg plaats is om alle patiënten die op medische gronden in aanmerking komen

voor IC-zorg op te nemen – wordt landelijk 'fase 3' ingesteld. Deze fase wordt in de volksmond ook wel 'code zwart' genoemd. Op dat moment schakelen alle ziekenhuizen in Nederland over op triage volgens de dan geldende draaiboeken voor fase 3.

Voor deze triage in fase 3 heeft de beroepsgroep twee draaiboeken opgesteld.

1. Het *Draaiboek Pandemie* is gemaakt onder verantwoordelijkheid van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)⁽²⁾.
2. Het *Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie* is opgesteld door de Federatie Medische Specialisten en Artsenfederatie KNMG⁽¹⁾.

In het *Draaiboek Pandemie* van de NVIC worden stappen A en B van triage in fase 3 beschreven. In deze stappen worden medische criteria voor triage gehanteerd.² Als er na de medische criteria in fase 3 stap A (bijvoorbeeld geen IC-opname meer van patiënten met eindstadium hartfalen) nog steeds onvoldoende IC-capaciteit is, vindt triage plaats op basis van nog verder aangescherpte medische criteria in fase 3 stap B (bijvoorbeeld geen *extra corporeal life support* (hart-longmachine) meer voor patiënten die op de IC liggen).

Alleen als er daarna nog steeds onvoldoende IC-capaciteit is, wordt overgegaan op triage op basis van niet-medische overwegingen (fase 3 stap C). Voor deze stap is het *Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie* geschreven.³ Door de focus op niet-medische

1. De vraag of en waarom Nederland te weinig IC-plekken heeft en of dit er mogelijk meer zouden moeten worden, bespreken we in dit essay niet.

2. Door de focus op medische criteria in deze stappen waren medici dominant in de totstandkoming van dit draaiboek en lag het primaat bij de NVIC. De KNMG bood medisch-ethische en gezondheidsrechtelijke expertise.

3. Het draaiboek is voorgelegd aan verschillende maatschappelijke en zorgorganisaties. Met hen is onder andere besproken welke impact het draaiboek zou hebben op hun werk en leven en of er draagvlak is voor het draaiboek in hun achterban. Op het moment van schrijven van dit essay (september 2020) gaat de maatschappelijke en professionele dialoog nog door. Tot nu toe hebben de organisaties zich achter de morele uitgangspunten geschaard die aan het draaiboek ten grondslag liggen en is er draagvlak voor het draaiboek. Na deze dialoog passen de Federatie Medisch Specialisten en artsenfederatie KNMG het draaiboek zo nodig aan. Vervolgens bevestigt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of zij het draaiboek als veldnorm

overwegingen in fase 3 stap C waren ethici intensief betrokken bij de totstandkoming van dit draaiboek.⁽³⁾ Dit laatste draaiboek staat centraal in dit essay.

Naarmate de IC-schaarste toeneemt, spelen medische criteria steeds minder een zelfstandige rol. Waar de medische criteria in stap A en B nog overheersen, worden niet-medische overwegingen steeds belangrijker in de volgende stappen. Dit betekent niet dat de medische criteria in stappen A en B ontdaan zijn van ethische keuzes. Als je medische criteria aanscherpt, doe je dat vanwege overwegingen van rechtvaardigheid in een situatie van schaarste – dat zijn ook al ethische overwegingen. Zo is bijvoorbeeld de keuze om te triëren op basis van een medische inschatting van de overlevingskans een uitwerking van het ethische uitgangspunt dat er zo veel mogelijk levens gered moeten worden.⁽⁴⁾ Ook is het belangrijk om te beseffen dat de medische criteria echt zijn uitgespeeld in fase 3 stap C: alle patiënten hebben medisch gezien dezelfde indicatie en een voldoende gunstige prognose voor IC-zorg, er is op medische criteria geen relevant onderscheid meer te maken tussen hen, dus gaan we over naar niet-medische overwegingen.

Het draaiboek – de inhoud

Van patiëntgerichte naar populatiegerichte besluitvorming

In de normale situatie wordt een individuele afweging gemaakt of iemand IC-zorg nodig heeft en daar ook baat bij heeft. Maar als sprake is van absolute schaarste van IC-plekken, kan niet langer op basis van deze individuele patiëntgerichte besluitvorming worden gehandeld. De middelen die daarvoor nodig zouden zijn, zijn in deze situatie niet langer aanwezig of worden bij een dergelijke handelwijze niet goed benut. Dit betekent dat van individuele patiëntgerichte besluitvorming overgegaan moet worden op een populatiegerichte besluitvorming, zodat de beschikbare middelen zo goed mogelijk worden ingezet.⁽⁴⁾ Deze bevolkingsgerichte aanpak begint al in de stappen A en B van fase 3: immers, de reguliere inclusie- en exclusiecriteria voor IC-opname worden aangescherpt om de grotere vraag aan IC-plekken te kunnen opvangen. Dit betekent dat iemand die in een reguliere situatie wel op de IC zou worden opgenomen, nu vanwege de verscherpte medische criteria niet meer wordt opgenomen.

In de reguliere situatie wordt iedere patiënt individueel beoordeeld en niet met andere patiënten vergeleken. In een situatie van absolute schaarste is het echter noodzakelijk om patiënten met elkaar te vergelijken en op basis daarvan te besluiten wie wel en wie niet een IC-plek krijgt; er zijn namelijk te weinig IC-plekken voor het aantal

patiënten. Een vergelijking van patiënten vindt voor het eerst plaats aan het eind van fase 3 stap B. Dan vindt de vergelijking nog plaats op basis van medische criteria: wie heeft de grootste kans om te overleven? In fase 3 stap C bevinden zich patiënten die medisch gezien dezelfde indicatie en een voldoende gunstige prognose voor IC-zorg hebben; een vergelijking op basis van medische criteria is dan niet meer mogelijk. Toch zijn er dan mogelijk nog te weinig IC-plekken voor de IC-behoefte patiënten. Hoe kan dan nog een onderscheid tussen patiënten worden gemaakt om te bepalen wie een IC-plek krijgt?

Ethische uitgangspunten

Wij zochten naar een vorm van triage die het mogelijk maakt om patiënten die medisch gezien gelijk zijn toch nog te kunnen onderscheiden op basis van andere (dus: niet-medische) relevante verschillen.⁽⁵⁾

Daarbij stonden drie ethische uitgangspunten centraal:

- a) Het principe dat ieder mens gelijkwaardig is;
- b) Het uitgangspunt dat we zo veel mogelijk levens willen redden;
- c) Het principe van rechtvaardigheid: gelijken gelijk behandelen en ongelijken ongelijk behandelen.

Het principe van gelijkwaardigheid van mensen (uitgangspunt a) houdt in dat niemand van IC-opname wordt uitgesloten omdat haar of zijn leven minder waard zou zijn dan dat van een ander. Dit is een anti-discriminatiebeginsel en komt tot uiting in een lijst met voorbeelden van

beschouwt. Als veldnorm is het draaiboek onderdeel van goede zorg als bedoeld in artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Artsen moeten dan handelen overeenkomstig deze veldnorm. IGJ houdt hier vervolgens toezicht op als fase 3 (met het bijbehorende draaiboek) in werking treedt.

4. Zie voor een uitwerking hiervan het Draaiboek Pandemie dat is gemaakt onder verantwoordelijkheid van de NVIC.⁽²⁾

5. Pas als op grond van deze criteria geen onderscheid meer te maken is tussen mensen, mogen we het toeval laten bepalen wie wel en wie niet een IC-plek krijgt. In het tweede deel van dit essay beargumenteren wij deze keuze voor kiezen boven loten.

criteria die bij de triage géén reden mogen zijn om iemand meer of minder voorrang te geven. Dit zijn: de maatschappelijke positie van een persoon, iemands verstandelijke of lichamelijke beperking, iemands persoonlijke relaties, iemands vermogen te betalen of sociale status. Hetzelfde geldt voor zaken als etniciteit, nationaliteit, juridische status (bijvoorbeeld verblijfs-status) of sekse. Voorafgaande kwaliteit van leven speelt ook geen rol (voor zover dat voor de kans op overleving van belang is, is dat al bij eerdere triage in stap A en B aan de orde geweest.⁶ Het ene leven is immers niet meer waard dan het andere. Daarnaast is het zorgvuldig vaststellen van kwaliteit van leven onmogelijk in de hectiek van de beslissing om al of niet over te gaan tot IC-opname. Ook 'eigen schuld' (onder andere aan de COVID-19-besmetting of aan verhoogde kwetsbaarheid) speelt geen rol. Dat is enerzijds omdat het in de hectiek van het moment onmogelijk zal zijn om te bepalen of iemand eigen schuld heeft gehad aan de besmetting of aan kwetsbaarheid (bijvoorbeeld roken, obesitas of te hard rijden), maar ook omdat de grenzen van de eigen verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag en de mate waarin dat ten nadele van iemand mag of kan komen moeilijk te bepalen zijn. Veel gezondheidsproblemen die vaak het stempel 'eigen schuld' krijgen, worden veroorzaakt door factoren die buiten de directe invloed van mensen liggen (bijvoorbeeld een ongezonde leef- of werkomgeving of stress door financiële problemen). Daarnaast is het al naar genoeg dat iemand ziek wordt. Dan moeten we niet ook nog 'straffen' door het onthouden van behandeling.

Dat we zo veel mogelijk levens willen

redden (uitgangspunt b) brengt met zich mee dat gezocht is naar manieren om de beschikbare middelen (IC-plekken) zó te verdelen dat deze zo efficiënt en effectief mogelijk worden ingezet. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat mensen van wie verwacht kan worden dat ze korter op de IC liggen, voorrang krijgen boven mensen van wie verwacht kan worden dat ze er langer liggen.

Tot slot geldt het principe van rechtvaardigheid (uitgangspunt c), wat betekent dat gelijken gelijk en ongelijken ongelijk worden behandeld. Als het gaat om zorgbehoefte is iedereen die een IC-plek nodig heeft en een voldoende goede prognose heeft – en dat is een gegeven in stap C, omdat stap A en B al zijn doorlopen – gelijk (namelijk in levensgevaar). In het kader van rechtvaardigheid zijn er echter andere relevante gronden op basis waarvan mensen als ongelijk moeten worden beschouwd en er dus nog onderscheid te maken is tussen mensen die IC-zorg nodig hebben.

Zeven aanbevelingen

De genoemde uitgangspunten hebben tot concrete criteria geleid die wél een rol mogen spelen bij triage in stap C: verwachte ligduur op de IC, de vraag of iemand als medewerker in de zorg extra risico heeft gelopen en zich niet heeft kunnen beschermen, en de generatie waartoe iemand behoort (in het kader van intergenerationele solidariteit, het zogenoemde *fair-innings-argument*). Pas als de rol van deze criteria is uitgespeeld, moet het toeval bepalen wie wel en niet een IC-plek krijgt. Op grond

van deze uitgangspunten doen wij zeven aanbevelingen in het draaiboek.

1. Triagebeslissingen gelden in alle stappen (dus in stappen A, B en C) voor zowel patiënten mét COVID-19 als patiënten zónder COVID-19.

2. Het gebruik van een Clinical Frailty Score of andere kwetsbaarheidsindex is alleen moreel te rechtvaardigen voor zover het een voorspellende waarde heeft voor de overleving na IC-opname. Het kan voorkomen – bijvoorbeeld bij mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking – dat zij relatief hoog scoren op een kwetsbaarheidsindex, terwijl hun handicap geen voorspellende waarde heeft voor de overleving op de IC. In dat geval is het gebruik van een kwetsbaarheidsindex als criterium om mensen uit te sluiten niet gerechtvaardigd, ook niet in eerdere stappen van triage.

3. Triagebeslissingen worden genomen over mensen die zich aandienen op de IC en niet over mensen die al op de IC liggen. Mensen die al op de IC liggen, worden dus niet 'vergeleken' met mensen die zich 'nieuw' aandienen. Een vergelijking tussen 'nieuwe' patiënten en reeds op de IC liggende patiënten zou niet acceptabel zijn. Dit zou betekenen dat op ieder moment de behandeling van IC-patiënten gestaakt zou moeten of kunnen worden als zich nieuwe patiënten aandienen. Het zou voor de patiënt zelf, diens naasten en de betrokken zorgverleners tot grote onzekerheid en morele stress kunnen leiden als patiënten van de IC kunnen worden gehaald op grond van argumenten die niets met deze patiënt zelf van doen hebben. Wel vindt er uiteraard regelmatig een her-

6. Dit geldt ook voor de andere criteria genoemd in deze paragraaf die geen reden mogen zijn om iemand meer of minder voorrang te geven. Wanneer uit toekomstig onderzoek blijkt dat een criterium een duidelijke indicator blijkt voor de kans op overleving, zou het opnemen van het criterium in stap A of B aan de orde kunnen zijn. Dit betreft dan expliciet een medisch criterium in het kader van inschatting van overlevingskans. Dit medisch criterium moet vervolgens voldoende onderscheidend en onderbouwd zijn om in overlevingskans te kunnen differentiëren en niet in strijd zijn met de eerder geformuleerde ethische uitgangspunten.

overweging plaats of iemand nog langer baat heeft bij IC-opname. Dit betreft dan een patiëntgerichte beoordeling in het belang van de patiënt en niet een populatierichte beoordeling in het kader van schaarste.

4. Patiënten van wie verwacht wordt dat ze minder lang op de IC zullen liggen dan andere patiënten, krijgen voorrang. Op deze manier kunnen we meer patiënten helpen en dus meer levens redden. In de praktijk kan dit ertoe leiden dat mensen die geen COVID-19 hebben voorrang krijgen, omdat die doorgaans minder lang op de IC zullen liggen dan mensen met COVID-19.

5. Medewerkers in de zorg krijgen voorrang op de IC als zij veel contact hebben gehad met verschillende COVID-19-patiënten én zich daarbij onvoldoende konden beschermen met persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) zoals mondkapjes, veiligheidsbrillen en handschoenen.

In de literatuur wordt als argument hiervoor geregeld genoemd dat mensen in zogenoemde 'cruciale beroepen', zoals die in de zorg, voorrang zouden moeten krijgen op een plek op de IC, omdat zij dan weer snel beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt.^(5,6) Voor deze COVID-19-epidemie gaat dit argument echter niet op, omdat mensen na een IC-opname in verband met COVID-19 doorgaans vele maanden zullen moeten herstellen en een snelle terugkeer op de arbeidsmarkt op korte termijn dus niet realistisch is.

Een argument dat naar onze mening wel standhoudt, is dat medewerkers in de zorg die zonder PBM zorg hebben verleend aan verschillende COVID-19-patiënten daardoor een risico op besmetting hebben

gelopen dat verder gaat dan het 'normale' risico dat alle medewerkers in de zorg lopen. Door zonder PBM te werken hebben deze medewerkers in de zorg een inzet vertoond beyond the call of duty.^(5,7) Om die reden hebben zij naar onze mening een sterkere morele claim op schaarse IC-zorg dan mensen die wel met PBM hebben kunnen werken.

Het gaat hier om alle medewerkers in de zorg die zonder PBM hebben gewerkt: dus niet alleen de mensen die als directe zorgverlener patiëntcontact hebben gehad, zoals verzorgenden, (wijk)verpleegkundigen, en artsen, maar ook bijvoorbeeld mensen die schoonmaken op de IC. Of een medewerker in de zorg voorrang krijgt, is niet afhankelijk van de vraag of deze zelf als individu zonder PBM heeft gewerkt, maar of er in een bepaalde sector (zoals de thuiszorg of de verpleeghuiszorg) op een bepaald moment (landelijk, regionaal of lokaal) schaarste aan PBM was. Dit betekent dus dat als er geen schaarste aan PBM meer is, dit criterium niet meer toepasbaar is.

6. Mensen uit jongere generaties krijgen voorrang boven mensen uit oudere generaties. Dit noemen we in het draaiboek 'intergenerationele solidariteit'. Het draaiboek hanteert periodes van 20 jaar, omdat die het meest overeenkomen met de reikwijdte van een generatie.

Het achterliggende idee is dat van *fair innings*: mensen dienen zo veel mogelijk gelijke kansen te hebben om verschillende levensfasen te doorlopen. Mensen uit een oudere generatie hebben daartoe meer gelegenheid gehad en hebben in die zin 'minder te verliezen' dan een jonger iemand. Of omgekeerd: omdat mensen uit een jongere

generatie daartoe minder gelegenheid hebben gehad, hebben zij een moreel sterkere aanspraak op IC-zorg, zodat zij die gelegenheid – net als mensen uit de oudere generatie – alsnog krijgen. *Fair innings* gaat dus niet om wat je 'binnengehaald hebt', maar om of je voldoende rondes (analoog aan *innings* in het honkbal) meedoet om kansen te krijgen.⁽⁸⁾

Dit wil niet zeggen dat het leven van mensen uit een oudere generatie 'minder waard' zou zijn, zoals wel eens gesuggereerd wordt. Het betekent wel dat mensen uit een oudere generatie in tijden van een crisissituatie een minder sterke morele aanspraak hebben op schaarse IC-capaciteit dan mensen uit een jongere generatie. En voor de goede orde: het *fair innings*-argument betekent niet dat er een absolute leeftijdsgrens geldt voor opname op de IC. Ook iemand uit een oudere generatie heeft een kans om op de IC te komen als daarvoor een medische indicatie bestaat.

7. Wanneer we na gebruik van de zes genoemde criteria nog steeds te weinig IC-plekken hebben en te veel mensen die een IC-plek nodig hebben, gebruiken we een systeem van toeval.

Rechtvaardiging voor een draaiboek met gezamenlijk vooraf afgesproken uniforme criteria

De basis van het draaiboek betreft dus zeven aanbevelingen die voortkomen uit drie ethische uitgangspunten. Zeven gezamenlijk van te voren overeengekomen overwegingen die een rol mogen en moeten spelen in triage voor de IC in alle centra in Nederland mocht 'code zwart' werkelijkheid worden. Volgens sommigen is het onwenselijk om na striktere medische criteria (stappen A en B) eerst nog niet-medische criteria (stap C) te gebruiken voor triage, maar zou direct moeten worden overgegaan tot een methode van toeval, zoals in enkele andere landen (bijvoorbeeld België) wordt voorgesteld.^(9,10) Ook wordt soms voorgesteld dat er voor dergelijke crisissituaties helemaal geen draaiboeken zouden moeten bestaan, maar dat artsen in deze situatie zelf en naar eigen goeddunken beslissingen moeten nemen.^(11,12) Wij delen deze opvattingen niet. Triage moet plaatsvinden volgens vooraf afgesproken criteria vastgelegd door de beroepsgroep met zo veel mogelijk maatschappelijk draagvlak, en daarin kan een procedure van toeval pas aan de orde zijn als alle andere relevante criteria voor onderscheid zijn uitgeput.

Overlaten aan individuele keuze arts? Nee

Naar onze mening is de visie dat het beter is om helemaal geen draaiboek te hebben niet verdedigbaar om diverse redenen. Als artsen in die situatie geen handvatten hebben op grond waarvan zij een keuze moeten maken, kan dit tot grote en onacceptabele onzekerheid bij hen leiden – dat was precies de reden waarom de artsorganisaties een handvat wilden. Zonder draaiboek wordt een maatschappelijk probleem op het bord van toch al zwaar belaste individuele artsen gelegd.

Als er geen handvatten voor artsen zijn, betekent dit ook dat individuele voorkeuren of (on)bewuste vooroordelen een rol kunnen gaan spelen bij de keuze om iemand wel of niet op te nemen op de IC. Het gevaar van willekeur is dan levensgroot. Bijvoorbeeld: "Dit is de moeder van het vriendje van mijn zoon." Of: "Maar dit is mijn collega!" Of: "Maar deze persoon heeft ooit in een gevangenis gezeten en die andere niet." Zoals hiervoor aangegeven mag volgens ons zo'n persoonlijke, relationele of juridische status van een persoon geen rol spelen. Immers: alle mensen zijn gelijkwaardig.

Ook zullen er bij het ontbreken van handvatten, vastgelegd in een draaiboek, verschillen tussen ziekenhuizen ontstaan. Voorbeelden in het buitenland laten zien dat bij gebrek aan een landelijk draaiboek, protocol of richtlijn inderdaad ieder ziekenhuis eigen regels opstelt, die leiden tot grote onderlinge verschillen en mogelijk willekeur.⁽¹³⁾ Voor het vertrouwen in artsen en in de geneeskunde vinden wij dit onwenselijk:

dergelijke zwaarwegende beslissingen met grote gevolgen dienen transparant te zijn en volgens heldere procedures te verlopen. Het is dan ook wenselijk dat deze besluitvorming verloopt volgens een procedure die onderdeel is geweest van een professionele en maatschappelijke afweging. Het is daarnaast belangrijk dat overal in Nederland deze moeilijke beslissingen op dezelfde manier worden genomen, zodat gelijken inderdaad gelijk behandeld worden, ongeacht waar men woont.

Ook hoort de verantwoordelijkheid voor een dergelijke zwaarwegende beslissing niet bij een individuele arts te liggen.⁽¹⁴⁾ Dat zou een te grote emotionele last betekenen en tot juridische onzekerheid en *moral distress*⁷ kunnen leiden. Ook zet het spanning op de rol van de behandelend arts als *patient advocate*⁸. Zoals hiervoor beschreven vraagt triage in 'code zwart' om een populatiegerichte besluitvorming in plaats van een individuele patiëntgerichte besluitvorming. Een triageteam dat beslissingen neemt op basis van een draaiboek is daar meer geschikt voor dan een individuele behandelend arts.

Overlaten aan het toeval? Nee

Ook een toevalsprocedure te vroeg inzetten in het triageproces (direct na fase 3 stap B) vinden wij niet verdedigbaar. Een van de basale uitgangspunten van het principe van rechtvaardigheid is dat gelijken gelijk en ongelijken ongelijk behandeld dienen te worden. Een toevalsprocedure, zoals loten, behandelt inderdaad gelijken gelijk, maar behandelt óók ongelijken gelijk.

7. *Moral distress* ontstaat als iemand moet handelen tegen zijn eigen waarden in. Het betreft het ongemak dat je ervaart als je weet wat het juiste is om te doen, maar je hiernaar niet kunt handelen, of zelfs het tegendeel moet doen, omdat je hierin gehinderd of beperkt wordt.

8. De behandelend arts gaat als *patient advocate* voor zijn patiënt door het vuur, hij of zij helpt de patiënt om de beste zorg te krijgen die mogelijk is.

Daarom is loten (of een andere toevalsprocedure) pas gerechtvaardigd als er geen relevante ongelijkheden meer zijn.

In de crisissituatie van fase 3 stap C zijn er meerdere patiënten bij wie er medisch gezien geen verschil meer is dat relevant is voor de vraag of zij wel of niet op de IC worden toegelaten: er zijn te weinig bedden om iedereen die een redelijke kans maakt op te nemen. Zij zijn dan medisch gezien gelijk, en de vraag is of ze op andere relevante punten voldoende ongelijk zijn om ze verschillend te behandelen, dus de een wel en de ander niet op te nemen. Als het antwoord op die vraag 'ja' is, dan is een toevalsprocedure niet gerechtvaardigd, omdat die uitgaat van gelijkheid.

In reactie op onze keuze om bij triage kiezen op basis van criteria te verkiezen boven loten wordt soms gesproken over ongeoorloofde discriminatie. Het beeld is dat het draaiboek criteria stelt die gelijken onterecht ongelijk behandelen en dat loten daarom wenselijker is. Dit is volgens ons niet het geval. Wij stellen dat de criteria die wij opperen een terecht onderscheid maken tussen patiënten op basis van overwegingen van rechtvaardigheid.

Overigens is het in andere delen van de samenleving ook geaccepteerd om kiezen te prefereren boven loten. Denk bijvoorbeeld aan kortingsregelingen in het openbaar vervoer, de huidige selectie voor de toegang tot de geneeskundeopleidingen (in plaats van het oude lotingssysteem) en toegangsregelingen tot bepaalde geneesmiddelen. De reden waarom dergelijke regelingen en ook dit draaiboek niet discriminerend zijn, is dat deze niet gebaseerd zijn op een oordeel over de waarde van de ene persoon versus die van de andere persoon,

maar gebaseerd zijn op rechtvaardigheid. Wij stellen dus niet dat het leven van een medewerker in de zorg die zich niet heeft kunnen beschermen meer waard is dan dat van iemand die niet werkt in de zorg, of dat het leven van een jongere persoon meer waard is dan dat van een oudere persoon. Wij stellen dat er moreel relevante verschillen bestaan tussen deze mensen wat betreft de vraag of ze voorrang krijgen op IC-zorg en dat deze verschillen meegewogen moeten worden in de triage alvorens loten wordt toegepast.

Direct loten kan daarnaast intuïtief bij mensen tot verzet leiden. In een situatie waarin direct wordt geloot, kan het voorkomen dat een 15-jarige die IC-opname nodig heeft, bijvoorbeeld door een verkeersongeluk, uitgeloot wordt voor IC-opname omdat hij de loting 'verliest' van iemand van 75 jaar. Voor veel mensen, en dus ook voor veel artsen en verpleegkundigen, zal dit intuïtief onrechtvaardig overkomen. Immers, door veel mensen wordt de dood van een jongere anders gewaardeerd dan de dood van een oudere. De dood van een jongere wordt veelal als een tragedie ervaren, en de dood van een oudere als een betreurenswaardig *fact of life*. Bij de betrokken medewerkers en de naasten zal het uitloten van jongeren dan waarschijnlijk ook op groot onbegrip stuiten. Het is ook niet ondenkbaar dat het voor de oudere persoon zelf moeilijk te accepteren zal zijn om te weten dat hij of zij voorrang heeft gekregen boven iemand uit een jongere generatie.

Soms is voorgesteld om de beslissing om een IC-plek af te staan aan een jonger iemand aan de oudere patiënt zelf of aan

diens naasten over te laten. Sommige ouderen hebben in de discussie over het draaiboek gezegd dat ze, bij gelijke kansen, het IC-bed aan de jongere willen laten. Echter, wanneer een oudere dat juist niet wil, zou nog steeds het hiervoor beschreven scenario (15-jarige loot met 75-jarige) ontstaan. Om in de acute situatie de patiënt zelf (voor zover hij of zij daartoe in deze situatie al in staat zou zijn) of zijn of haar naasten met deze keuze te belasten, vinden wij overigens niet wenselijk. Het is belangrijk om patiëntgerichte besluitvorming door de behandelend arts en de patiënt samen in het belang van de patiënt niet te vertroebelen met een populatiegerichte besluitvorming door het triageteam in het kader van schaarste. Dit laat onverlet dat het in het kader van *advance care planning* altijd goed is om met de eigen (huis) arts te bespreken welke zorg iemand in een latere levensfase nog wel en niet meer wil en om de eigen wensen hierover (ook aan naasten) kenbaar te maken. Dat zou kunnen inhouden dat iemand in geval van schaarste afziet van zorg die deze persoon anders nog wel zou willen.

Toeval is vanwege de ervaren 'onrechtvaardigheid' van de uitkomsten en de intrinsieke willekeur daarvan volgens ons pas te rechtvaardigen als alle andere mogelijkheden voor het maken van relevant moreel onderscheid tussen mensen uitgeput zijn. En om willekeur te voorkomen, moeten we ons ertoe zetten om eerlijk na te denken over dat onderscheid. Dit hebben wij gedaan in het ethisch raamwerk van het draaiboek.

Conclusie

Triage ten tijde van 'code zwart' vraagt om een populatiegerichte besluitvorming op basis van vooraf door de beroepsgroep overeengekomen criteria in plaats van een individuele patiëntgerichte besluitvorming waarbij de keuze bij individuele behandelend artsen ligt. Beide draaiboeken, opgesteld voor het zwartste scenario, pakken deze handschoen op.

Omdat rechtvaardigheid vraagt dat je gelijken gelijk én ongelijken ongelijk behandelt, is het onvermijdelijk om – voordat besloten wordt tot een procedure gebaseerd op toeval (die er immers van uitgaat dat er alleen gelijken zijn) – eerst goed na te gaan of er nog relevante medische én niet-medische verschillen tussen IC-behoefte patiënten zijn die maken dat zij verschillend behandeld moeten worden. Het *Draaiboek Pandemie* van de NVIC schrijft voor welke medische criteria moeten worden gebruikt. En het in dit essay besproken draaiboek *Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie* geeft aan welke niet-medische criteria dit zijn. Criteria die naar onze mening wél een rol mogen en moeten spelen bij triage in fase 3 stap C zijn: verwachte ligduur op de IC, de vraag of iemand als medewerker in de zorg extra risico heeft gelopen en zich daarbij niet heeft kunnen beschermen, en de generatie waartoe iemand behoort (in het kader van intergenerationele solidariteit, het zogenoemde *fair-innings* argument). Pas als op grond van deze criteria geen onderscheid tussen mensen meer te maken is, kunnen we niet anders dan het toeval laten bepalen wie wel en wie niet

een IC-plek krijgt. Triage in fase 3 stap C uitvoeren volgens de hiervoor genoemde uitgangspunten in het draaiboek maakt de keuzes absoluut niet minder tragisch, maar wel draaglijk, zuiver en transparant voor alle betrokkenen.

Dankzegging

Ook prof. dr. Marcel Verweij was onderdeel van de adviesgroep van ethici die meewerkte aan het draaiboek. Hij heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het gedachtengoed in het draaiboek en indirect dus ook aan dit essay. Dank daarvoor! We bedanken daarnaast alle deelnemers van de federatieve werkgroep die betrokken waren bij de totstandkoming van het draaiboek. Onder hoge tijdsdruk hebben we met elkaar lastige, interessante en vooral zinvolle discussies gevoerd die hebben geleid tot een gedegen en toepasbaar draaiboek.



Krista Tromp is medisch ethicus bij de artsenfederatie KNMG in Utrecht en bij het Erasmus MC in Rotterdam.

Antina de Jong is gezondheidsjurist en medisch ethicus bij de artsenfederatie KNMG in Utrecht.

Gert van Dijk is medisch ethicus bij de artsenfederatie KNMG in Utrecht en bij het Erasmus MC in Rotterdam.

Maartje Schermer is hoogleraar Filosofie van de geneeskunde aan het Erasmus MC in Rotterdam. Zij is voorzitter van de CEG-commissie en lid van de Gezondheidsraad.

Suzanne van de Vathorst is hoogleraar Kwaliteit van de laatste levensfase en van sterven aan Amsterdam UMC/UvA in Amsterdam.

Martine de Vries is hoogleraar Normatieve aspecten van de geneeskunde aan LUMC/Universiteit Leiden in Leiden.

Dick Willems is hoogleraar Medische ethiek aan Amsterdam UMC/UvA in Amsterdam.

Literatuur

- (1) Federatie Medisch Specialisten en Artsenfederatie KNMG (2020). *Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie.*
- (2) Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (2020). *Draaiboek Pandemie - Deel 1 - 2.0.*
- (3) Verweij, M., S. van de Vathorst, M. Schermer, D. Willems en M. de Vries (2020). 'Ethical Advice for an Intensive Care Triage Protocol in the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from The Netherlands.' In: *Public Health Ethics*, 13(2), p. 157-165.
- (4) Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). Rechtvaardige selectie bij een pandemie. In: *Signalering Ethiek en Gezondheid* 2012/3. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- (5) Malm, H., T. May, L.P. Francis, S.B. Omer, D.A. Salmon en R. Hood (2008). 'Ethics, pandemics, and the duty to treat.' In: *Am J Bioeth*, 8(8), p. 4-19.
- (6) Schluger, N.W. (2008). 'Suppose they gave an epidemic and nobody came?' In: *Am J Bioeth*, 8(8), p. 23-5.
- (7) Godley, J. (2008). 'Not in my job description.' In: *Am J Bioeth*, 8(8), p. 25-6.
- (8) Daugherty Biddison, E.L., R. Faden, H.S. Gwon, D.P. Mareiniss, A.C. Regenberg, M. Schoch-Spana, et al. (2019). 'Too Many Patients. A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters.' In: *Chest*, 155(4), p. 848-54.
- (9) Jongepier, F. (2020). 'Jongeren voorrang geven op ic? Het draaiboek van 'code zwart' rammelt aan alle kanten.' In: *De Volkskrant*, 17 juni 2020.
- (10) Meyfroidt, G., E. Vlieghe, P. Biston, K. de Decker, X. Wittebole, et al. (2020). *Ethical principles concerning proportionality of critical care during the COVID-19 pandemic: advice by the Belgian Society of IC medicine.*
- (11) Opinion INBC (2020). Covid 19: *clinical decision- making in conditions of resource shortage and the "pandemic emergency triage" criterion.*
- (12) Jongepier, F., K. Jongsma (2020). 'Ethici, even pas op de plaats.' Op: *Bij Nader Inzien*, 24 maart 2020.
- (13) Antommara, A.H.M., T.S. Gibb, A.L. McGuire, P.R. Wolpe, M.K. Wynia, M.K. Applewhite, et al. (2020). 'Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated With Members of the Association of Bioethics Program Directors.' In: *Ann Intern Med*, 173(3), P. 188-94.
- (14) Feinstein, M.M. en J.D. Niforatos, 'Corona' In: *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(6), P. e53.

