

KNMG EN FMS STELLEN CRITERIA OP IN GEVAL DE INTENSIVE CARE OVERSTROOMT

## Wie krijgt in nood het schaarse ic-bed?

De verwachte ligduur op de ic. Of een patiënt een zorgmedewerker is die niet over beschermingsmiddelen kon beschikken. Iemands leeftijdsfase. En als laatste het lot. Dat zijn de niet-medische factoren die bij absolute schaarste aan ic-bedden tijdens de covid-19-pandemie zullen bepalen welke patiënt voorrang krijgt voor een ic-plek. Dat is vastgelegd in een draaiboek van de KNMG en FMS.

**D**raaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor ic-opname ten tijde van fase 3 in de covid-19-pandemie'. Die mondvul is de naam van het draaiboek dat moet bepalen welke patiënten in aanmerking komen voor een plekje op de Nederlandse ic's als er tijdens een covid-19-pandemie niet genoeg ic-bedden zijn om aan iedereen de gewenste zorg te kunnen leveren en er op medisch-inhoudelijke gronden geen onderscheid meer is te maken tussen patiënten met eenzelfde overlevingskans en gelijke behoefte aan ic-zorg. De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) had al een eigen 'draaiboek pandemie' (dus niet alleen voor covid-19) voor ic-triage op medische criteria. Maar dat is alleen van de intensivisten. Op het hoogtepunt van de Nederlandse coronacrisis wilde de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) dat de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de KNMG een nieuw draaiboek zouden opstellen, in afstemming met meer partijen. Dat is het draaiboek dat nu openbaar is gemaakt.

### Geen rekensommetje

In het stuk staat welke niet-medische overwegingen in welke volgorde een rol mogen spelen bij de laatste fase van ic-triage. 'Als de ic's overstroomd en er zijn geen medische criteria meer

mogelijk om onderscheid tussen patiënten te maken, zijn er niet-medische argumenten waardoor mensen niet gelijk zijn', vat kinderarts en hoogleraar normatieve aspecten van de geneeskunde Martine de Vries samen. 'Dat is het raamwerk.' De Vries is, net als voormalig huisarts en hoogleraar medische ethiek Dick Willems, een van de vijf hoogleraren ethiek en filosofie die als adviesgroep de basis voor het draaiboek maakten. 'Het is geen zakelijke afhandeling van een probleem, geen rekensommetje', benadrukt Willems. 'Het blijft een bijzonder tragische situatie als iemand die wel kán worden geholpen, niet wórdt geholpen door een tekort. Die tragiek wordt niet minder door dit draaiboek.'

Het is niet in beton gegoten, bij een andere uitbraak moet je er opnieuw naar kijken



GETTY IMAGES

Het KNMG/FMS-draaiboek sluit aan op het bestaande NVIC-draaiboek. Dat kent een fase 3 oftewel ‘code zwart’ voor als er toenemende capaciteitsproblemen op ic’s zijn, waardoor een tekort dreigt of ontstaat. Die fase 3 is op haar beurt in drie stappen opgedeeld. In stap A en B geschiedt de ic-triage nog op medische gronden zoals in dat pandemiedraaiboek omschreven (waarbij stap B aangescherpte medische criteria hanteert). Het KNMG/FMS-draaiboek heeft alleen betrekking op stap C, dus als stappen A en B niet meer volstaan.

Ook is het opgesteld specifiek voor deze covidpandemie. ‘Het is afgebakend omdat deze pandemie specifieke kenmerken heeft die niet per se gelden bij andere pandemieën, zoals de lange duur van ic-opnames’, aldus Willems. ‘Er zitten wel elementen in, zoals de volgordebepaling, die bij een andere epidemie ook bruikbaar zijn. Het is niet in beton gegoten. Als er over vijf jaar een andere uitbraak is, moet je er opnieuw naar kijken.’ De Vries: ‘Het is toegeschreven naar dit ziektebeeld. Bij een andere epidemie speelt misschien vooral een tekort aan vaccins of aan normale verpleegbedden.’

### **Rechtvaardig**

De triage-eisen gelden voor alle patiënten die op de ic binnenkomen, dus niet enkel voor covid-19-patiënten. Er zijn ‘drie

grondredenen’ die de opstellers in hun achterhoofd hadden, licht Willems toe. ‘We willen zoveel mogelijk levens redden, mensen worden als gelijkwaardig beschouwd, en we willen de beschikbare zorg zo rechtvaardig mogelijk verdelen.’ De voorrangsvolgorde ‘strookt met die uitgangspunten’.

Een stroomschema in het draaiboek geeft overzichtelijk aan welke nieuwe patiënten die op het moment van beddentekort binnenkomen, voorrang krijgen. Als eerste moet worden gekeken naar de verwachte ligduur: patiënten die een relatief korte ic-opname nodig hebben, krijgen voorrang. Dat is gebaseerd op het idee zoveel mogelijk levens te kunnen redden. Als op basis daarvan geen onderscheid meer mogelijk is, dan krijgen met covid-19 besmette zorgmedewerkers voorrang die via hun werk ‘veelvuldig en risicovol contact hebben gehad met verschillende patiënten waarin zij aan covid-19 werden blootgesteld’ én die zich door landelijke of regionale schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen onvoldoende hebben kunnen beschermen. Dat past bij de wens tot rechtvaardigheid en is logisch, vindt Willems. ‘Zij hebben werkgerelateerd een grotere kans op besmetting, konden zich daar niet aan onttrekken, én het gaat om de combinatie met een tekort aan beschermingsmiddelen. We hebben voor onze nieuwe helden staan klappen. Dan kun je niet zeggen: sluit maar achteraan.’

We anticiperen wel op de verwachting dat we bij een tweede golf beter voorbereid zijn met voldoende beschermingsmiddelen.'

## Compleet leven

Is dat niet voldoende voor selectie, dan gaat de leeftijdsfase een rol spelen en komen eerst de jongste patiënten in aanmerking voor een ic-plek. Daarvoor zijn generatiegroepen gemaakt: van 0 tot 20 jaar, 20 tot 40 jaar, en zo verder tot de groep 80-plus. De grenzen sluiten aan bij de gangbaar gevoelde generatie- en levensfasegrenzen, aldus De Vries. 'Het is geen absolute grens zoals mensen boven de 70 niet meer toelaten.'

Dit is een rechtvaardige keuze vanuit 'intergenerationele solidariteit' oftewel *'fair innings'*, stelt Willems. 'Iedereen moet een eerlijke kans krijgen een compleet leven te leiden.' Dat is niet discriminerend 'omdat iedereen in principe gedurende zijn leven verschillende leeftijdsfasen doorloopt', wat leeftijd onderscheidt van sekse of etniciteit, vinden de opstellers. Willems: 'Iedereen vindt het erg als iemand overlijdt, maar het voelt nóg iets erger als een jong iemand overlijdt. We sluiten niemand bij voorbaat uit. Het gaat om een vergelijking op het moment dat er tien mensen voor één ic-bed zijn.'

Zijn die drie stappen niet voldoende om uitsluitel te bieden, dan gaat het lot een rol spelen. Dienen patiënten zich achtereenvolgens aan, dan geldt 'wie het eerst komt, die het eerst maalt'. Komen patiënten 'min of meer tegelijkertijd' binnen, dan moet loting bepalen wie een bed krijgt.

## Triageteam

Voor stap C moet een triageteam worden opgesteld, bestaand uit minstens drie medisch specialisten (van wie één intensivist), met generalistische achtergrond en voldoende levenservaring. Dat mogen dan weer geen artsen zijn die op dat moment op de ic of SEH behandelen. In het geval van loting moet een triagecommissie, die naast artsen ook uit bijvoorbeeld verpleegkundigen, ethici of psychologen bestaat, een laatste klinische check doen. Willems: 'We willen dat er voortdurend artsen betrokken blijven.' Een behandelend arts deelt een beslissing mee aan patiënt en familie als daar tijd voor is, anders is dat ook de triageteamarts.

Patiënten die al op een ic liggen als het ic-tekort optreedt, worden dus niet meegenomen in deze triage. Wel is het volgens de ethici bij toenemende schaarste geoorloofd om vaker een evaluatie te maken van de medische toestand van ic-patiënten. 'Of iemand de verkeerde kant op gaat of nog kans maakt om goed uit de opname te komen', zegt Willems. 'Maar je kunt niet iemand die vooruitgaat, van de ic afhalen ten gunste van iemand die er nog niet op ligt.'

## Niet hanteerbaar

Het draaiboek benoemt ook nadrukkelijk welke niet-medische overwegingen géén rol mogen spelen. 'Het rijtje niet-

relevante verschillen tussen mensen als de medische criteria op zijn', vat De Vries samen. Zo mag de 'voorafgaande kwaliteit van leven' geen rol spelen, en ook niet of het iemands eigen schuld is dat hij ziek is geworden. Dat soort zaken zijn in de hectiek 'totaal niet hanteerbaar', constateert De Vries.

'Het is ook principieel onjuist. We horen in dit soort situaties geen waardeoordeel te geven over iemands leven.'

Een verstandelijke of lichamelijke beperking is geen criterium voor wie voorrang krijgt. De Vries: 'Iemand kan op medische gronden afvallen, bijvoorbeeld door ernstige comorbiditeit bij de beperking. Maar de beperking zelf mag geen rol spelen als niet-medisch selectiecriterium.' Verder zijn als selectiecriterium uitgesloten: iemands maatschappelijke positie en sociale status, etniciteit, sekse of nationaliteit, het bestaan van persoonlijke relaties, het vermogen te betalen en iemands juridische status.

## De 'voorafgaande kwaliteit van leven' mag geen rol spelen

### Het afkondigen

VWS-minister Hugo de Jonge verklaarde in april dat hij verantwoordelijk is voor het afkondigen van fase 3 in het pandemie-draaiboek. De procedure daarvoor staat ook in het nieuwe draaiboek. Stap C kan alleen landelijk worden afgekondigd, niet lokaal of regionaal, en dient gelijktijdig in alle ziekenhuizen te worden toegepast. Alle mogelijkheden voor capaciteitsuitbreiding op de ic moeten zijn benut voordat stap C kan ingaan, benadrukken de opstellers. Maar ze adviseren de fase wel al af te kondigen 'voordat het laatste ic-bed is vergeven'. Dan kan er bijtijds uitleg over de afwegingen worden gegeven en onrust worden voorkomen, hopen ze.

Zorgverleners die het draaiboek bij stap C dan volgen 'voldoen aan de normen voor goede zorg en goed hulpverlenerschap', benoemt het stuk. Dat maakt het nog niet hetzelfde als een medisch protocol, aldus Willems. 'Als je eraan houdt, ben je een hulpverlener die goede zorg biedt, dus het schept een zekere mate van binding.' De Vries: 'Dit stuk is wezenlijk anders dan een evidencebased professionele zorgstandaard. Juist omdat het om keuzes gaat op niet-medische gronden, is een maatschappelijke discussie belangrijk.' De IGJ, die er wel bij was betrokken, spreekt zich niet uit over de afwegingen, maar zegt 'de noodzaak' te begrijpen. En dat is al 'een stellingname', aldus De Vries, 'om het draaiboek te positioneren'.

## Draagvlak

Naast de adviesgroep van hoogleraren hebben de wetenschappelijke verenigingen van intensivisten, internisten, longartsen, klinisch geriaters, traumachirurgen en SEH-artsen eraan meegewerkt. Het is ook al besproken met de LHV, Verenso, de NVAVG (Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten), ouderenorganisaties en Patiëntenfederatie Nederland.

Volgens Willems en De Vries lag er al een eerste, bruikbare versie klaar toen het er in april om spande of er genoeg ic-bedden zouden zijn. 'Het huidige draaiboek is onder behoorlijke tijdsdruk ontwikkeld', aldus De Vries. Maar nu er een 'tijd van rust' is, kan het stuk nog breder worden besproken dan het al is, 'om een breed draagvlak te krijgen.' Willems: 'Het is wel zo geschreven dat het vandaag van kracht kan worden.'

Er was bij voorbaat al 'veel kritiek op wat er vermeend in zou komen', blikt De Vries terug op het maatschappelijke en politieke debat zover. 'Maar er is al die maanden nog niemand met een alternatief gekomen.' Een blik naar het buitenland leerde de opstellers dat er internationaal 'twee lijnen' op dit vlak worden aangehouden. Willems: 'Of ze hebben het er niet over, of er wordt in dezelfde richting als dit draaiboek over gedacht.'

## In een la

Ook volgens KNMG-voorzitter René Héman is nu het moment aangebroken voor een 'constructieve uitwisseling van gedachten' met de achterban van artsenkoepels en de maatschappij. Op basis daarvan zijn aanpassingen mogelijk, aldus Héman. FMS-voorzitter Peter Paul van Benthem benadrukt dat het draaiboek nodig is om 'artsen niet alleen te laten staan'.

De Vries: 'Als er niets is, ontstaat er willekeur. Je wilt op zijn minst iets wat breed is gedragen en dat er in heel Nederland op dezelfde manier wordt gewerkt. Elke dokter doet hiermee hetzelfde in zo'n situatie.'

Willems: 'Eerst hadden artsen helemaal niets om zich op te baseren. Zeker in Noord-Brabant en Limburg hebben artsen in maart en april zich echt afgevraagd wat ze nu moesten. Ik hoop dat we het bij een golf in het najaar beter doen en dit in een la kan blijven. Want het is gruwelijk als je dit moet toe-passen.' ■

## web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](https://medischcontact.nl/artikelen).

# VELDWERK

DE AIOS



**ANNA VERHULST** is in opleiding tot internist in Meander Medisch Centrum Amersfoort.

## Oud genoeg?

'Dat heb jij heel goed gedaan.' Een patiënte ver in de tachtig schudt me (pre-corona) na het slechtnieuws-gesprek de hand. 'Je hebt het heel goed uitgelegd en voor jou is het ook helemaal niet leuk om dit te moeten vertellen.' Haar waardering is goedbedoeld en zeer oprecht. Toch voelt het éven alsof ik als 11-jarige mijn rapport aan mijn oma heb laten zien in plaats van dat ik als internist in opleiding een patiënte heb verteld dat ze kanker heeft.

Als de patiënte en haar familie de spreekkamer verlaten, vang ik vanaf de gang een flard van hun gesprek op. 'Als ze nu al dokter is, kan ze vroeger niet vaak in de kroeg hebben gestaan', hoor ik haar kleinzoon nog net zeggen.

Op de poli voelde ik me als 28-jarige soms jonger dan ooit. Het contact met patiënten is langduriger en intensiever, en het gros van mijn patiënten heeft de leeftijd

van mijn ouders of grootouders. Sommige patiënten lijken een jongere dokter prettig te vinden, bij andere begin je bij het eerste contact al met één-nul achterstand.

Zo kreeg een col-

lega – van mijn leeftijd – op zijn spreekuur van een gepikeerde moeder de nijldige vraag 'hoe oud hij eigenlijk was'. Nog voor hij antwoord kon geven volgde daar een oprecht verontwaardigd '... 17, ofzo?!' op. Haar zoon, de patiënt zelf, kon hem overigens direct geruststellen – die had hem minstens 20 geschat.

Nog namijmerend over mijn dag neem ik die avond in de supermarkt een fles rode wijn mee. Tussen de bloemkoolrijst, het wasmiddel en de zak paprikachips ziet het er allemaal betrekkelijk onschuldig uit. Toch kijk ik de kassière hoopvol aan. Ze werpt een korte blik op me, glimlacht vriendelijk terug maar vraagt niet om een identiteitsbewijs. Ik zucht zachtjes. Hier ben ik wel gewoon oud genoeg.