

EEN ANDER MODEL OM TE BEPALEN WIE BIJ SCHAARSTE EEN IC-BED KRIJGT

Ic-criteria missen vertaalslag naar praktijk

Het draaiboek ic-triage ('code zwart') is een goede aanzet, maar mist vertaling naar de complexe praktijk. Dit voorstel werkt het nader uit en komt met een puntensysteem om bij een covidpandemie te bepalen wie een ic-bed krijgt en wie niet.

Door de covid-19-pandemie moesten veel patiënten op de intensive care (ic) worden opgenomen. Zo'n situatie is meestal op te vangen binnen de conventionele zorg (fase 1) of door op te schalen (fase 2). Soms moet crisiszorg worden verleend (fase 3) waarbij het nodig kan zijn om te triëren op basis van medische principes die de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) heeft beschreven in het 'Draaiboek Pandemie deel 1'. Wordt de situatie nog nijpender dan moet er getrieerd worden op basis van ethische principes die buiten het medische domein liggen. Hiervoor hebben KNMG en FMS recentelijk het 'Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor ic-opname ten tijde van fase 3 in de covid-19 pandemie' gepubliceerd. Wij vinden dat het voorgestelde protocol onvoldoende recht doet aan de complexi-

teit van het beslisproces. Daarom geven wij gehoor aan de oproep van de opstellers om bij te dragen aan de discussie en komen we met een alternatief: het 'Multiprincipe-allocatiemodel'.

Tijden van krapte

In de (internationale) literatuur is er nageenog geen aandacht voor de vraag of bij schaarste aan ic-bedden een ic-opname wel in het belang is van de patiënt en of de patiënt dat zelf wel wenst. Wij benadrukken dat altijd de voor- en nadelen van een ic-opname moeten worden afgewogen. Tijdens een crisis is het essentieel om onderscheid te maken tussen de vraag óf een ic-opname in het belang is van een patiënt en de vraag wie op de ic kan worden opgenomen als er gekozen moet worden tussen patiënten (triage). Het stellen van de eerste vraag leidt er namelijk toe dat eerder met de patiënt wordt

gesproken over de voors en tegens van een ic-opname. Op deze manier wordt waarde toegekend aan de mening van de patiënt zelf en kan worden voorkomen dat de tweede vraag (*wie* op de ic moet worden opgenomen) gesteld moet worden. Het door de KNMG en de FMS voorgestelde protocol maakt een onderscheid tussen medische en niet-medische principes, terwijl in de praktijk beslissingen altijd een afweging vergen van beide. Deze gefragmenteerde benadering leidt tot de situatie waarin beide losse elementen geheel uit hun verband becommentarieerd worden. Politici laten niet na te benadrukken dat er geen sprake mag zijn van leeftijdsdiscriminatie; speciale wetgeving wordt zelfs overwogen. En de media schetsen een beeld waarin mensen boven een bepaalde leeftijd per definitie niet op de ic zullen worden opgenomen. Deze ongenueanceerde voorstelling creëert onzekerheid en angst bij zowel de maatschappij als de zorgprofessionals, terwijl in een crisis als deze vertrouwen in een triageprotocol essentieel is.

Transparant en rechtvaardig

Het Centrum voor Ethiek en Geneeskunde (CEG) stelt dat er bij selectie van patiënten sprake moet zijn van een rechtvaardige verdeling van schaarse middelen (verdelende rechtvaardigheid) en een transparant beslissingsproces (procedurele rechtvaardigheid).¹ Inhoudelijk moet een triageprotocol gebaseerd zijn op het egalitaire principe dat iedereen het redden waard is (gelijk-

In een crisis als deze is vertrouwen in een triageprotocol essentieel



Ieder individu moet dezelfde kansen krijgen om alle levenscycli te doorlopen. Dat is geen leeftijdsdiscriminatie.

heidsbeginsel) en op het utilitaristische principe van het bereiken van het grootst goed voor zoveel mogelijk mensen. Dit laatste principe wordt in de medische wereld vaak uitgelegd als het maximaliseren van het aantal mensen dat een ziekenhuisopname overleeft. Vervolgens worden exclusiecriteria opgesteld op basis van comorbiditeit, kwetsbaarheid en klinische conditie.

Vanuit louter medisch perspectief is dat wellicht verdedigbaar, maar een dergelijke selectieve toepassing schendt het gelijkheidsprincipe, omdat patiënten die vergelijkbaar zijn (allen zijn in acuut levensgevaar) verschillend worden behandeld. Dit geldt ook voor het principe om medewerkers in de zorg voor te laten gaan. Tot slot wordt zowel in het draaiboek van KNMG/FMS als in dat van CEG

gezegd dat het principe van *'first come, first serve'* in een crisissituatie ongepast en onrechtvaardig is. Maar dat staat haaks op de aanname dat patiënten die al op de ic liggen daar ook blijven. Ook patiënten die al op de ic liggen moeten volgens ons worden meegenomen in een triage.

Geïntegreerde triage

Om meer recht te doen aan de complexe situatie tijdens een crisis moeten er naast het maximaliseren van het aantal mensen dat een ziekenhuisopname overleeft twee principes worden toegevoegd. Het eerste principe is het maximaliseren van het aantal levensjaren: een vrouw van 60 zonder comorbiditeit leeft langer dan een vrouw van 60 met ernstige comorbiditeit, verhoogde kwetsbaarheid en een matige klinische conditie. Het tweede

principe is het *fair innings*-principe: ieder individu moet dezelfde kansen krijgen om alle levenscycli te doorlopen.

Sommige critici vinden dat dit principe ouderen discrimineert, maar het is inherent egalitair omdat het begrip gelijkheid wordt toegepast op de totale levenservaring en niet alleen op iemands huidige leeftijd. Ook blijkt dat er in de maatschappij vaak veel draagvlak is voor het principe dat jongere patiënten voorrang krijgen in geval van schaarste.

Daarnaast moet een triageprotocol praktisch in gebruik zijn en voldoende objectieverbaar. Een praktisch handvat ter ondersteuning van besluitvorming is derhalve wenselijk en ontbreekt nog. Ook de NVIC geeft aan dat een *'clinical decision support system'* wenselijk is. Wij willen hiertoe een aanzet geven.

Ons model, gebaseerd op medische en ethische uitgangspunten, kan worden gebruikt om ic-behoefte patiënten te vergelijken. De patiënt met de laagste score krijgt voorrang.

Principe 1: maximaliseren van het aantal mensen dat een ziekenhuisopname overleeft

De SOFA-score heeft tijdens een pandemie een goede voorspellende waarde om te discrimineren tussen patiënten. Daarnaast speelt het hebben van een bepaalde aandoening (zoals covid-19) een rol in de risico-inschatting om het ziekenhuis levend te verlaten en zijn in ons model factoren meegenomen die duiden op een ongunstige prognose. Door de modulaire opbouw is het model eenvoudig aan te passen als er meer of andere prognostische factoren worden vastgesteld.

Multiprincipe-allocatiemodel*

ethisch principe	specificatie	waarde				
		nee	ja en 0-2	ja en 2-4	ja en 5	ja en 6-8
meeste levens	<ul style="list-style-type: none"> covid-19? en hoeveel prognostische factoren niet ic: actuele SOFA-score of ic: SOFA-totaal 	0	1-7 0-2	8-14 3-5	15-21 6-8	22-28 9-10
meeste levensjaren	<ul style="list-style-type: none"> clinical frailty scale plus - niet ic: comorbiditeiten of - ic: comorbiditeiten op ic 		1-5 1-9	6-10 10-19	11-15 20-29	16-21 30-38
fair innings	leeftijd		12-40	41-60	61-74	>75
	score	0	1	2	3	4

De drie ethische principes 'meeste levens', 'meeste levensjaren' en 'fair innings' worden gespecificeerd en aan elke specificatie wordt een waarde toegekend. In de onderste regel staat de score die met deze waarde correspondeert. Per patiënt ontstaat zo een totaalscore. De laagste score krijgt voorrang voor een ic-bed.

Prognostische factoren: het beloop van o.a. stollings- en infectieparameters

SOFA: Sequential Organ Failure Assessment; score die wordt gebruikt om de toestand van een (ernstig) zieke patiënt uit te drukken. Parameters zijn o.a. ademhaling, stolling, lever- en nierfunctie. De SOFA-score laat de waarde op een bepaald moment zien; SOFA-totaal is een waarde berekend over de afgelopen 96 uur en laat het beloop van de SOFA-score zien.

Clinical frailty scale: een maat om de fitheid en/of kwetsbaarheid van de veelal oudere patiënt uit te drukken; schaal loopt van 1 (erg fit) tot 9 (terminale fase).

Comorbiditeiten: met name cardiopulmonale conditie en voorgeschiedenis, lever- en nierfunctie, neurologische conditie en eventuele onderliggende maligniteit.

* De waarden in deze tabel zijn te bepalen met aanvullende tabellen die zijn te vinden bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

Tijdens schaarste mag zowel de kalenderleeftijd als de biologische leeftijd meewegen

Principe 2: maximaliseren van het aantal levensjaren

Wij maken gebruik van bekende en gevalideerde voorspellingsmodellen zoals de *clinical frailty scale* (CFS) en een aangepaste Charlson Comorbidity Index. De comorbiditeitentabel voor ic-patiënten is uitgebreider dan voor patiënten die niet op de ic liggen. De beslissing om iemand van de beademing af te halen geeft namelijk veel morele stress en heeft volgens ons dan ook meer argumentatie nodig. Ook

deze tabellen kunnen bij voortschrijdend inzicht worden aangepast.

Principe 3: fair innings

Kwetsbaarheid (volgens de CFS) en kalenderleeftijd zijn aparte entiteiten. Kalenderleeftijd is op zichzelf een voorspeller voor een slechte ic-uitkomst. Bovendien is de impact van een ic-opname bij alle ouderen groot. Cohortstudies waarbij 70-plussers tijdens en na een acute ic-opname worden gevolgd, rapporteren een mortaliteit van 49 procent binnen zes maanden bij een gemiddelde opnameduur van tien dagen. Van de overige 51 procent heeft nog eens 30 procent beperkingen in het functioneren.

Al met al vinden we dat het meewegen van zowel de kalenderleeftijd als de biologische leeftijd gerechtvaardigd is, als er in tijden van schaarste keuzes moeten worden gemaakt. Leeftijd mag echter nooit op zichzelf gebruikt worden als afkapwaarde.

Wij hebben een praktisch en toetsbaar model gemaakt om de onrechtvaardigheid die een dergelijke triagebeslissing met zich meebrengt te minimaliseren. Wij doen een oproep ons model te bekritisseren om zodoende de discussie verder te brengen. ■

contact

f.j.s.netters@isala.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoot en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.