

Ethische aspecten van het maken van keuzes in de COVID-19 crisis.

Ethische commissie-zorg UZ Leuven, 17-3-2020

Triage

De COVID-19 epidemie kan in de komende dagen of weken aanleiding geven tot een zeer sterke **toename** van het **aantal patiënten** die nood hebben aan **intensieve zorgen**, in die mate dat de **capaciteit** van het ziekenhuis dreigt te worden overschreden.

Dit heeft belangrijke **medische en ethische implicaties** voor de behandelende artsen die mogelijks zullen moeten beslissen om bepaalde patiënten wel en andere niet op te nemen op een intensieve dienst (**triage**).

Consistentie in besluitvorming en keuzes is cruciaal. Onderstaande aandachtspunten bieden een ethische onderbouw voor het maken van consistente keuzes in de COVID-19 crisis.

Preventieve voorbereidingen

Uiteraard moeten de mogelijke maatregelen worden genomen om de **capaciteit** van de intensieve diensten maximaal uit te breiden en **afspraken** te maken met omliggende ziekenhuizen.

Het communiceren van de reeds gemaakte afspraken over **vroegtijdige zorgplanning** in instellingen en woonzorgcentra, en aandacht voor DNR-beslissingen bij patiënten met een ernstige aandoening, kan veel onnodig leed voor de bewoners en patiënten voorkomen en een belangrijke gunstige impact hebben op het functioneren van de ziekenhuizen.

Operationele criteria

Toch kunnen er momenten komen waarop moeilijke keuzes moeten worden gemaakt. Om deze besluitvorming te vergemakkelijken, worden best op voorhand **operationele criteria** afgesproken waarop deze keuzes zullen gebaseerd zijn.

Outcome

De triage moet - in de mate van het mogelijke - gebaseerd zijn op een wetenschappelijk onderbouwde inschatting van de **outcome**. Dit veronderstelt:

- a) een goede kennis van de **medische toestand** van de patiënt rekening houdend met zijn/haar voorgeschiedenis en acute evolutie van de huidige aandoening en
- b) een gefundeerde inschatting van de **prognose met en zonder intensieve zorgen**.

Overlevingskans & -kwaliteit

De **kans op overleving en kwaliteit van overleving** moet bepalend zijn.

COVID-19 en andere pathologie

Indien het organisatorisch noodzakelijk is gescheiden circuits op te zetten voor COVID-19 patiënten en patiënten met andere pathologie, dan moet dit op zo'n manier worden doorgevoerd dat beide groepen volgens dezelfde criteria getrieerd worden op een vergelijkbaar dynamische manier.

Stel uit wat kan

Bij niet COVID-19 gerelateerde pathologie kan een onderscheid gemaakt worden tussen "geplande" nood aan intensieve zorgen zoals na majeure electieve chirurgie, en dringende onverwachte aandoeningen. In geval van een capaciteitsprobleem van intensieve bedden dient electieve chirurgie te worden **uitgesteld**, voor zover dit medisch verantwoord is. Voor transplantatie is dat nog moeilijker omdat het weigeren van een orgaan voor een bepaalde patiënt het verlies kan betekenen van een unieke kans. Maar het is mogelijk dat dit toch noodzakelijk is.

Geen "non-beneficial" intensieve zorg

Deze uitzonderlijke situatie benadrukt nog meer dan anders de nood om intensieve zorg niet aan te bieden in situaties met een zeer kleine kans op kwaliteitsvolle overleving, waar ze als "non-beneficial" kan beschouwd worden.

Er moet over gewaakt worden om geen patiënten over te nemen van andere ziekenhuizen indien er niet een echte meerwaarde hiervan is.

Leeftijd als criterium? Ook steeds outcome-based

Het maken van onderscheid op basis van chronologische **leeftijd** is delicaat. Onrechtstreeks is dit een belangrijke parameter omdat een jonge leeftijd gepaard gaat met een **grotere kans op een betere uitkomst**. Hierdoor zal een jongere patiënt voorrang krijgen op een oudere patiënt met een even ernstige aandoening.

Vanuit utilitaristische overwegingen of vanuit het “*fair innings* principe” kan de kans om veel levensjaren te winnen of aan een jongere patiënt de mogelijkheid te bieden om zijn/haar normale levensloop te voltooien een extra argument zijn om **bij gelijke kansen op succes** voorrang te geven aan de jongere patiënt (Verweij 2009).

Maar dit mag **niet** leiden tot **irrationeel** bevoordelen van jonge patiënten met een slechte prognose en mag als criterium niet in de plaats komen van een **zorgvuldige medische afweging**, rekening houdend met de beschikbare tijd en middelen.

Dynamisch en continu evalueren

Triage is een **dynamisch** en **continu** proces. Bij patiënten die reeds intensieve zorg krijgen, moet het nut van een intensieve behandeling op geregelde tijdstippen opnieuw geëvalueerd worden. Ook het triagesysteem zelf moet regelmatig worden geëvalueerd.

Praktisch

- Gezien de verwachte evolutie moet de triageprocedure **onmiddellijk opgestart** worden. Dit moet duidelijk worden **gecommuniceerd** zodat iedereen hiervan op de hoogte is. De criteria moeten continu aangepast worden aan het zorgaanbod dat nog voorhanden is en de druk hierop.
- Triage gebeurt door een beperkt **expert team** (3-tal ervaren artsen) (bv. intensivist en urgentiearts, in de mate van het mogelijke ad hoc aangevuld met een “disciplinespecialist” zoals infectioloog, pneumoloog, chirurg, anesthesist, ...voor niet COVID-19 pathologie).
- Dit expertteam hanteert volgende criteria in hiërarchische volgorde:

1. **Medische inschatting** van de **urgentie**, en de **nood** aan intensieve zorg en de **kansen** die intensieve zorg biedt. Op basis hiervan evalueert dit team in 1e instantie wie de meeste nood en beste kansen heeft, en wie hierdoor **op louter medische grond** prioriteit krijgt.
2. Indien een onderscheid op basis van het eerste principe niet mogelijk is zal een **jongere patiënt** voorrang krijgen op een oudere patiënt, aangezien het aantal te winnen levensjaren bij de jongere patiënt hoger is.
3. Indien een onderscheid op basis van de eerste twee principes niet mogelijk is, geldt het **“first come first served”** principe en als dit niet uit te maken is: een random keuze.

Het principe van “first come, first served” eventueel aangevuld met het “random” criterium bleken uit een Canadese studie de beste balans te bieden tussen utilitarisme en billijkheid (Winsor et al. 2014).

- Er wordt een **register** bijgehouden van de genomen beslissingen (transparantie en verantwoording achteraf).
- De artsen en hulpverleners betrokken in de triage, moeten de nodige **opvang en ondersteuning** krijgen voor de lichamelijke, psychische en morele stress die triage kan veroorzaken. Deze ondersteuning moet er ook achteraf zijn, als de piekperiode voorbij is.
- Voor patiënten die niet worden getrieerd naar intensieve zorg of naar een curatief traject moeten maatregelen genomen worden om menselijke en kwaliteitsvolle zorg te blijven aanbieden, in het bijzonder op het vlak van levenseindezorg. Hierbij moet ook rekening worden gehouden met de relationele context (o.a. familie) van patiënten.

Referenties

S Winsor et al. Identifying prioritization criteria to supplement critical care triage protocols for the allocation of ventilators during a pandemic influenza. S Winsor et al. Health Q 2014;17:44-51.M.

Verweij. Moral principles for allocating scarce medical resources in an influenza pandemic. Bioethical Inquiry 2009;6:159-169.