



Federatie
**Medisch
Specialisten**



Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie

*Criteria voor fase 3 stap C
aansluitend op het NVIC Draaiboek Pandemie*

Versie 2.0 - november 2020

Disclaimer

Algemeen

De Federatie Medisch Specialisten en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van het Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie. Desondanks accepteren zij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in dit document, voor enigerlei schade of voor andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van dit Draaiboek.

Het Draaiboek biedt concrete aandachtspunten en besluitvormingscriteria voor triage voor IC-opname, op basis van niet-medische overwegingen, in de situatie dat sprake is van absolute schaarste van IC-bedden én alle mogelijkheden voor capaciteitsuitbreiding zijn benut én derhalve triage voor IC-opname op medische overwegingen niet meer mogelijk is. Dit Draaiboek sluit aan op de laatst vigerende versie van het door de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) uitgebrachte Draaiboek Pandemie.

Copyright

De in dit Draaiboek getoonde informatie, zoals teksten en afbeeldingen, of informatie in andere vorm, is eigendom van de Federatie Medisch Specialisten en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

De informatie uit het Draaiboek mag, ongeacht de verschijningsvorm, niet zonder voorafgaande schriftelijke toestemming worden gewijzigd, gereproduceerd of gedistribueerd.

Looptijd

Het Draaiboek is vastgesteld op 2 november 2020.

Het Draaiboek zal tussentijds worden bijgewerkt en/of gewijzigd indien er nieuwe (wetenschappelijke) inzichten of ontwikkelingen zijn. De meest actuele versie is de versie die staat op de website van de Federatie Medisch Specialisten.

Het Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie is uitsluitend geldig gedurende de periode dat sprake is van fase 3 zoals beschreven in dit Draaiboek.

Inhoud

1.	Inleiding	4
1.1	Inleiding	4
1.2	Verantwoording.....	4
2	Fasering in crisissituaties	6
2.1	Model van fasering	6
2.2	Opschaling IC-capaciteit	7
2.3	Vaststellen van fase 3	7
2.4	Wat betekent fase 3 stap C?.....	8
2.5	Capaciteit in de keten	9
3.	Aanbevelingen bij triage op basis van niet-medische overwegingen	11
3.1	Van patiëntgerichte naar populatiegerichte besluitvorming	11
3.2	Fase 3: ‘First come’ als het kan, vergelijken als het nodig is	11
3.3	Algemene ethische uitgangspunten	12
3.4	Aanbevelingen	12
3.5	Samenvatting triage-criteria.....	17
4	Organiseren	19
4.1	Organisatie van triage voor IC-opname bij fase 3 stap C	19
4.2	Psychische begeleiding en ondersteuning	21
5	Afkortingenlijst	22
6	Referenties	23
Bijlage 1. Samenstelling Adviesgroep		24
Bijlage 2. Stroomschema		25

1. Inleiding

1.1 Inleiding

De uitbraak van het coronavirus, ook wel SARS-CoV-2 genaamd, houdt de wereld in zijn greep. De verspreiding van deze ziekte, de nog vele onbekende aspecten ervan en de impactvolle behandeling en verpleging leidt tot een uitzonderlijke situatie die niet vergelijkbaar is met eerdere grotere uitbraken van infectieziekten zoals de Mexicaanse griep (influenza A (H1N1)) of ebola.

In Nederland zijn de afgelopen periode uiteenlopende maatregelen genomen om verspreiding van het virus zoveel mogelijk te voorkomen. Tegelijkertijd zitten we op dit moment in een fase waarin een toenemend aantal patiënten met een al dan niet bevestigde COVID-19 een beroep doet op ziekenhuiszorg. Vanuit het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) wordt hard gewerkt om tot uitbreiding van de capaciteit op verpleegafdelingen te komen en uitbreiding van IC-capaciteit te realiseren. Om de ziekenhuiscapaciteit te ontlasten worden patiënten zo mogelijk naar verpleegafdelingen overgeplaatst die buiten het ziekenhuis in onder meer verpleeghuizen, hotels en eerstelijnsverblijven worden opgezet. Met Duitsland zijn afspraken gemaakt over het gebruik van de IC-bedden voor Nederlandse patiënten.

Er is een kans dat de COVID-19 pandemie leidt tot een situatie waarin niet alle patiënten die aan de inclusiecriteria van het Draaiboek Pandemie voldoen, op de IC kunnen worden opgenomen (Draaiboek Pandemie fase 3 stap A en B). De vraag is hoe zorgprofessionals in een situatie van absolute schaarste van IC-plekken tot verantwoorde keuzes kunnen komen voor patiënten die IC-opname behoeven, als klinische parameters hiervoor niet meer gebruikt kunnen worden. Betrokken partijen hebben in nauw overleg met medisch ethici van de KNMG en hoogleraren (medische) ethiek en filosofie een ethisch raamwerk geschetst met overwegingen voor de welhaast onmogelijke keuzes die in geval van absolute schaarste van IC-plekken gemaakt zouden moeten worden.

1.2 Verantwoording

Het Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie is tot stand gekomen, nadat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een beroep had gedaan op de Federatie Medisch Specialisten (hierna: de Federatie) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (hierna: KNMG) om regie te voeren over het opstellen ervan. De IGJ heeft daarop een opdracht geformuleerd aan de Federatie en de KNMG.

Op initiatief en onder coördinatie van de KNMG zijn ethische uitgangspunten opgesteld door een adviesgroep van medisch-ethici van de KNMG en hoogleraren (medische) ethiek en filosofie (zie bijlage 1 voor samenstelling adviesgroep). In dit Draaiboek zijn deze uitgangspunten opgenomen. Vanuit de Federatie hebben afgevaardigden van de volgende wetenschappelijke verenigingen meegewerkt aan het Draaiboek:

- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)
- Nederlandse Vereniging voor Artsen Longgeneeskunde en Tuberculose (NVALT)
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT)

Overige deelnemende partijen:

- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)

Het Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie is voor een zienswijze voorgelegd aan de IGJ.

Het Draaiboek geldt als invulling van de norm voor goede zorg op basis van de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Dat betekent dat 'fase 3' wordt ingesteld wanneer er landelijk

sprake is van absolute tekorten en dat er dus geen lokale of regionale 'fase 3' mogelijk is. Voorts betekent dit dat het Draaiboek Pandemie (fase 3 stap A en stap B) en het Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie, gelijktijdig in alle ziekenhuizen moeten worden toegepast. Beide Draaiboeken zijn in deze fase bindend: er kunnen géén lokale nuances of aanpassingen op de Draaiboeken worden gemaakt. Zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren die ten tijde van 'fase 3 stap C' dit Draaiboek volgen, voldoen aan de normen voor goede zorg en goed hulpverlenerschap.

Op verzoek van de IGJ heeft de KNMG een aantal belanghebbende partijen gelegenheid geboden kennis te nemen van de inhoud van dit Draaiboek, zich hierover in een gesprek uit te spreken en voor de opstellers inzichtelijk te maken op welke manier dit Draaiboek en het toepassen impact heeft op hun werk en leven. Er zijn gesprekken gevoerd met de bestuurders van ActiZ, ANBO, KBO-PCOB, LHV, NFU, NHG, NOOM, NVAVG, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Verenso en VGN. De opbrengst van deze gesprekken is middels een verslag gedeeld met de IGJ en meegenomen bij het opstellen van versie 1.0 van het Draaiboek.

Bij het publiceren van versie 1.0 van dit Draaiboek op 16 juni 2020 heeft de Federatie aangegeven dat zij het Draaiboek bij de achterban zou toetsen op draagvlak, toepasbaarheid en toetsbaarheid. Daartoe hebben meerdere (digitale) bijeenkomsten plaatsgevonden met een afvaardiging van medisch specialisten en (IC-)verpleegkundigen die direct betrokken zijn bij het proces van triage voor IC-opname en afgevaardigden van management/bestuur van ziekenhuizen. Tijdens deze bijeenkomsten is het Draaiboek doorgenomen en gevraagd naar reflectie en feedback op het afkondigen van fase 3, de elementen van het ethisch raamwerk en de organisatie van triage in het ziekenhuis.

De KNMG heeft in dezelfde periode opnieuw overlegd met de verschillende ouderenbonden. KBO-Brabant deed dit in de vorm van fysieke bijeenkomsten, KBO-PCOB en ANBO organiseerden ieder een eigen webinar voor de achterban. Zowel on- als offline werd het Draaiboek toegelicht door ethici van de KNMG die betrokken waren bij het opstellen van het Draaiboek en klinisch geriaters, waarna er gediscussieerd werd over de inhoud. Daarnaast heeft de KNMG het Draaiboek uitgelegd in digitale bijeenkomsten met huisartsen en, in districtsbijeenkomsten, ook met overige artsen.

Wijzigingen

Met de ervaringen uit de eerste periode van de COVID-19 pandemie en feedback en reflectie uit de bijeenkomsten zoals beschreven, is het Draaiboek nader aangescherpt en verduidelijkt.

De meest relevante wijzigingen betreffen de volgende:

In hoofdstuk 2 over het afkondigen van fase 3 is de beschrijving van het ROAZ-escalatiemodel verwijderd omdat dit niet het model is aan de hand waarvan de IC-capaciteit wordt vastgesteld. Het model van fasering voor IC-capaciteit is nader toegelicht.

Hoofdstuk 3 (ethisch raamwerk) en Hoofdstuk 4 (praktische toepassing) zijn tot één hoofdstuk geschreven. Verschillende punten uit het ethisch raamwerk zijn verduidelijkt waaronder de praktijk van 'first come, first serve' in relatie tot patiënten die tegelijkertijd komen, intergenerationele solidariteit in het kader van 'fair innings', herbeoordeling van reeds op de IC opgenomen patiënten, en de voorwaarden voor voorrang van medewerkers in de zorg.

Het hoofdstuk over organisatie van triage is aangevuld op het samenstellen van het triage-team en de documentatie van triagebeslissingen.

Een stroomschema met een overzicht van alle triage-stappen in fase 3 (inclusief stap A en B) is toegevoegd.

2 Fasering in crisissituaties

Primair regelen zorginstellingen zelf de bedrijfsvoering en zorg voor patiënten. In geval van een epidemie of pandemie met een omvang zoals nu met COVID-19, is regionale en bovenregionale samenwerking nodig om de zorg in de hele keten te kunnen garanderen. Hiervoor is een regionale organisatiestructuur beschikbaar: de Regionale Organisatie Acute Zorg (ROAZ) waarin aanbieders van (acute) zorg zijn vertegenwoordigd en verantwoordelijk zijn voor de continuïteit van de acute zorg. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) is de koepelorganisatie die de regionale netwerken hierin ondersteunt en landelijke projecten coördineert.

In opdracht van het LNAZ is het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) ingesteld: een samenwerking tussen experts op het gebied van acute zorg, logistiek, ICT, statistiek en crisismangement. De opdracht van het LCPS is het creëren van een landelijk dekkend systeem, waarmee patiënten worden verdeeld over de beschikbare zorgcapaciteit in Nederland. Daartoe wordt nauw samengewerkt met de ROAZ-en, ziekenhuizen en alle andere zorgpartners.¹

Over het algemeen geldt dat hoe heviger de crisis is, hoe meer de coördinatie verschuift van lokaal naar regionaal naar landelijk. De regie ligt in eerste instantie bij de ziekenhuizen in de regio. In de overgang van conventionele zorg naar opgeschaalde IC-zorg, verplaatst de coördinatie naar regionaal en vervolgens landelijk niveau.

2.1 Model van fasering

De NVIC heeft in het Draaiboek Pandemie deel 1, een model voor fasering van de druk op de IC-capaciteit gebruikt, dat voorziet in drie verschillende fasen. In fase 3 (crisis) heeft de zorg een kritische fase in opschalingsmogelijkheden bereikt.

	conventioneel	opschalen	crisis
Ruimte	Normale IC gemaximeerd	Extra IC ruimte in gebruik, buiten de muren van de oorspronkelijke IC, PACU, CCU aangepast	Onconventionele ruimtes gebruikt voor IC zorg
Personeel	Extra personeel beschikbaar indien nodig	Personele uitbreiding boven normaal, grotere "span of control" aanpassingen in documentatie en zorg	Onvoldoende personeel, of onvoldoende geschoold personeel ingezet
Bevoorrading	Normale bevoorrading	Bewust omgaan met materiaal, vervanging en hergebruik waar mogelijk	Kritische benodigdheden missen of zijn zeer schaars
Kwaliteit van zorg	Normaal	Minimale impact	Niet overeenkomend met normale kwaliteit van zorg
Opschaal factor	tot 120%	120% tot 200%	>=200%
Middelen	Lokaal	(Supra-) regionaal/ Landelijk	Landelijk/ Internationaal

normaal ←———— werkomstandigheden —————→ extreem

Figuur 1. Kader voor normale, onvoorziene en crisis- piekbelasting. Bron: NVIC Draaiboek Pandemie deel 1

Dit model van fasering op IC-capaciteit is gebruikt en verder uitgewerkt in het Opschalingsplan COVID-19 dat door de LNAZ in samenwerking met betrokken veldpartijen is opgesteld, op verzoek van het ministerie van VWS.

¹ <https://lcps.nu/wat-doen-we/>

2.2 Opschaling IC-capaciteit

Het Ministerie van VWS heeft het LNAZ verzocht om in nauw overleg met betrokken veldpartijen een plan op te stellen om de zorg voor COVID-19 patiënten te kunnen opvangen zonder dat dit ten koste gaat van de reguliere non-COVID zorg, zoals dat in de eerste piek van de pandemie is gebeurd. Dit vraagt zowel om uitbreiding van klinische, IC- en vervoerscapaciteit als om sterke regionale en nationale monitoring en samenwerking. Heldere afspraken zijn nodig over de wijze van fasering en een duidelijke stapsgewijze besluitvorming over het inzetten van de coördinatie. Daartoe is een voorstel gemaakt voor zeven opschalingsfasen van coördinatie waarbij de regie en coördinatie verschuift van lokaal, naar regionaal en landelijk op geleide van de ernst van de crisis².

Fase 2 is de fase waarin IC-zorg kan worden opgeschaald op regionaal en bovenregionaal niveau. Deze fase is nader onderverdeeld in 4 subfasen. Triggers voor het overgaan naar de volgende fase in opschaling is het aantal reëel beschikbare IC-plekken in combinatie met de beschikbaarheid van vervoersmodaliteiten (MICU, helicopter). Het LCPS inventariseert dagelijks de reëel beschikbare bedden capaciteit en bedbezetting in alle ziekenhuizen in Nederland evenals de transportcapaciteit. Deze informatie wordt via de Regionale Coördinatiecentra Patiënten Spreiding (RCPS'en) verkregen. De RCPS'en zijn verankerd in de ROAZ-structuur. Elke RCPS stelt elke ochtend alle ziekenhuizen in de eigen regio de vraag: hoeveel patiënten – met en zonder COVID-19 – zijn opgenomen op de IC en in het ziekenhuis? En hoeveel plekken zijn er nog vrij? Dat geven zij vervolgens door aan het LCPS. Bij een verzoek tot overplaatsing kijkt het RCPS eerst naar de regionale match mogelijkheden. Indien er geen mogelijkheid is, doet het RCPS een verzoek tot overplaatsing bij het LCPS. Indien er een patiënt bovenregionaal moet worden overgeplaatst, belt het LCPS altijd eerst met het ontvangende ziekenhuis of de beschikbare plek nog beschikbaar is.

De frequentie van de dagelijkse uitvraag van de RCPS'en bij de ziekenhuizen kan worden gekoppeld aan de fase van opschaling. In fase 2d wordt ook de IC-capaciteit die in Duitse ziekenhuizen beschikbaar wordt gesteld, ingezet.³

2.3 Vaststellen van fase 3

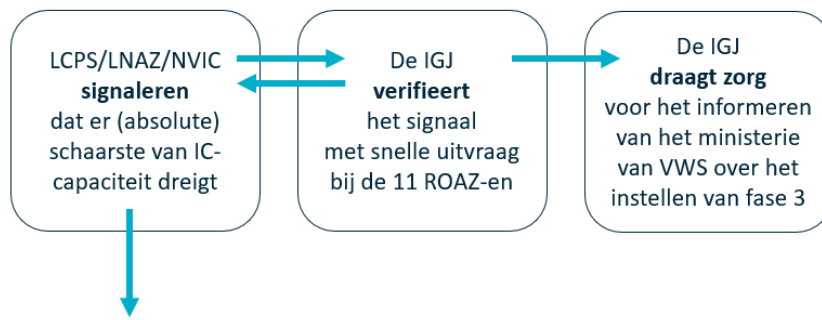
De overgang van fase 2d naar fase 3 vindt plaats als ná landelijk opschaling naar maximale reëel beschikbare IC-capaciteit en de inzet van beschikbare IC-capaciteit in Duitsland, >80% van de IC-plekken in de Nederlandse ziekenhuizen is bezet.

Of sprake is van uiterste benutting van IC-capaciteit en (bijna) absolute schaarste, moet landelijk worden vastgesteld (fase 3). Hierover zijn door de IGJ in afstemming met betrokken partijen de volgende afspraken gemaakt:

1. LNAZ/LCPS/NVIC monitoren de beschikbare capaciteit zoals beschreven en rapporteren hierover aan de IGJ. Wanneer er een situatie dreigt te ontstaan waarbij fase 3 op korte termijn wordt ingesteld, informeren zij de IGJ en de minister van VWS hier tijdig over.
2. Zodra door de LNAZ/LCPS/NVIC is vastgesteld dat er op korte termijn landelijke tekorten gaan ontstaan, voert de IGJ een verificatie uit op basis van de recente informatie van de ziekenhuizen en een snelle uitvraag bij de 11 traumacentra.
3. De IGJ koppelt hierover tijdig terug aan de zorgaanbieders/veldpartijen. Het LNAZ/LCPS draagt zorg voor het informeren van de zorgaanbieders. De IGJ draagt zorg voor het informeren van het ministerie van VWS over het instellen van 'fase 3'.

² Opschalingsplan COVID-19 – LNAZ 30 juni 2020

³ Opschalingsplan COVID-19 – LNAZ 30 juni 2020 & <https://lcps.nu/wat-doen-we/>



Fase 3 wordt landelijk ingesteld voor alle ziekenhuizen en via LNAZ/ROAZ gecommuniceerd

Figuur 2. Proces van vaststellen en afkondigen fase 3

Of sprake is van fase 3 wordt door zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren gezamenlijk vastgesteld in de structuur waarin partijen samenwerken. Nadat door het LNAZ/LCPS/NVIC gezamenlijk een signaal voor fase 3 is afgegeven aan IGJ, zal dit na verificatie door de IGJ bij het ministerie van VWS worden aangegeven. De minister van VWS kan dan besluiten tot communicatie over het bereiken van fase 3. Monitoring van de IC-capaciteit vindt plaats via het LCPS. Fase 3 wordt landelijk afgekondigd en geldt voor alle ziekenhuizen in Nederland.

Het overgaan van fase 2 naar fase 3 is op het moment dat dit voor de eerste keer plaatsvindt, een landelijk moment dat ook in communicatie door partijen (LNAZ/ROAZ) zo wordt ingericht. Daarna is dit een iteratief proces waarin binnen fase 3 binnen een ziekenhuis wisselend sprake kan zijn van triage op basis van criteria zoals vastgesteld voor stap A, stap B (Draaiboek Pandemie) of stap C (dit Draaiboek), afhankelijk van de druk op de IC en beschikbare capaciteit.

Het uitschakelen van fase 3 als geheel moet ook landelijk worden afgestemd door genoemde partijen. Toepassing van triage op basis van de criteria voor fase 3 is dus landelijk voor alle ziekenhuizen geldig en wordt niet op ziekenhuisniveau bepaald. De procesafspraken tussen genoemde partijen blijven bestaan voor de gehele periode dat dit vanwege de COVID-19 pandemie nodig is. De criteria voor triage zoals beschreven in dit Draaiboek zijn alleen bedoeld voor triage van patiënten voor IC-opname.

2.4 Wat betekent fase 3 stap C?

In het Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 stap C in de COVID-19 pandemie, is de fasering gehanteerd zoals die door de NVIC in het Draaiboek Pandemie gebruikt wordt om de druk op de IC-capaciteit in te delen.

Fase 3 is verdeeld in 3 stappen die niet strikt zijn afgegrensd; er is sprake van een fluïde grens, afhankelijk van de capaciteit van en vraag naar IC-zorg:

- Fase 3 stap A, waarin een crisis is afgekondigd en nagenoeg alle IC-bedden bezet zijn. Triage vindt plaats conform de medische criteria zoals beschreven in het vigerende Draaiboek Pandemie van de NVIC;
- Fase 3 stap B, waarin triage zoals in fase 3 stap A onvoldoende is om IC-capaciteit in balans te houden met de vraag naar IC-plekken. Er zal worden overgegaan op striktere triage, volgens medische criteria (zie uitgangspunten fase 3 stap B Draaiboek Pandemie);
- Fase 3 stap C, waarin ook na de aangescherpte triage zoals in fase 3 stap B genoemd, een tekort aan IC-plekken bestaat. Op basis van medische overwegingen is er geen onderscheid meer te maken tussen verschillende mensen die een IC-plek nodig hebben. Er zal worden overgegaan op triage volgens overwegingen die buiten het medisch domein liggen.

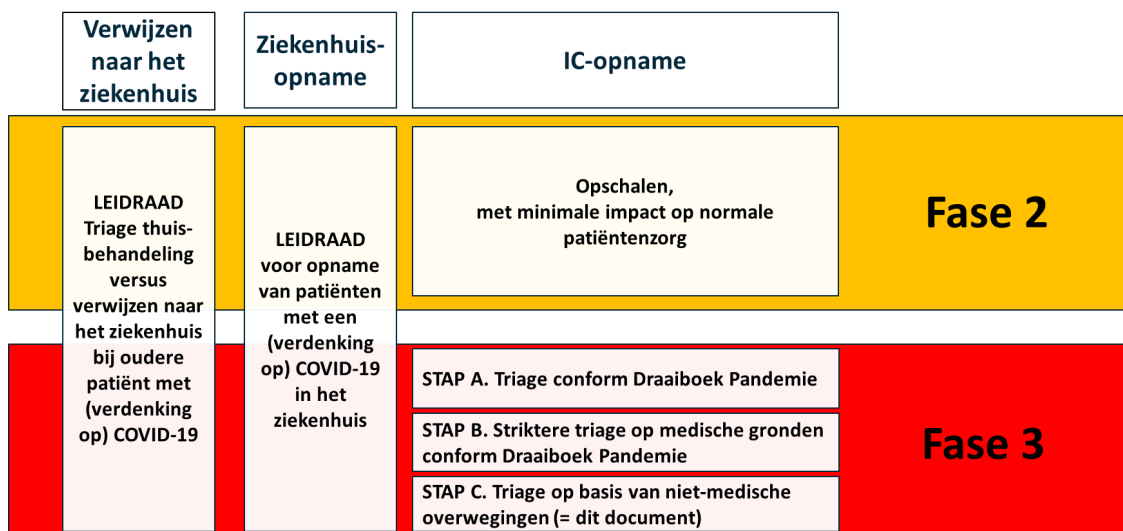
In fase 3 stap A en fase 3 stap B kan met triage op basis van medische criteria zoals geformuleerd in het Draaiboek Pandemie, nog enige balans worden gevonden in de vraag naar IC-opname en beschikbare IC-plekken. Fase 3 stap C is het moment waarop sprake is van (absolute) schaarste van

IC-plekken, (bijna) alle mogelijke IC-capaciteit is benut en andere capaciteit kan niet toegevoegd en/of niet gebruikt worden vanwege mobiliteitsbeperkingen.

Triage van IC-behoefte patiënten kan in fase 3 stap C niet langer op medische overwegingen plaatsvinden; op basis van medische overwegingen is er geen onderscheid meer te maken tussen verschillende mensen die een IC-plek nodig hebben. Triage van patiënten die IC-opname behoeven vindt in fase 3 stap C plaats op basis van niet-medische overwegingen die geformuleerd zijn in dit document.

2.5 Capaciteit in de keten

Dit Draaiboek is gericht op triage op basis van andere grondslagen dan medische parameters voor zover het IC-opname betreft. De uitgangspunten zoals beschreven in dit document kunnen niet gebruikt worden in de triage voor de toegang tot ziekenhuiszorg in het algemeen. Indien een ziekenhuis zelf geen capaciteit op de verpleegafdelingen meer heeft en de ingeschatte meerwaarde van ziekenhuisopname opweegt tegen de eventuele nadelen, zal er dus alles op alles gezet moeten worden om een plek te vinden op een verpleegafdeling in een ander ziekenhuis of daarbuiten. Het RCPS en LCPS dragen zorg voor de coördinatie op en verplaatsing van klinische- én IC-patiënten, en maken daarin geen onderscheid tussen COVID en non-COVID patiënten. Hierbij worden altijd de principes van passende zorg, 'de juiste zorg op de juiste plek', gebruikt. De Leidraad 'thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19' en de Leidraad voor 'opname van patiënten met verdenking COVID-19 in het ziekenhuis', bieden concrete adviezen en handvatten voor behandeling van patiënten in de thuissituatie, bij opname en (vervroegd)ontslag.

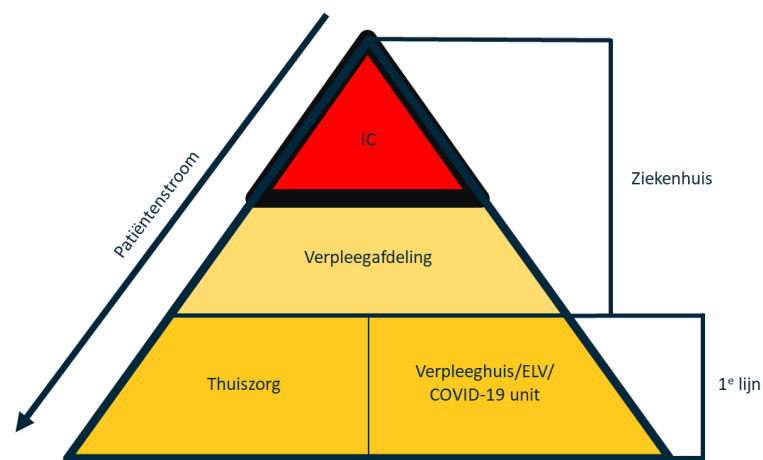


Figuur 3. Overzicht van documenten die ten tijde van de verschillende fases van crisis gevolgd dienen te worden voor de besluitvorming op drie verschillende momenten: wel/niet verwijzen naar het ziekenhuis, wel/niet ziekenhuisopname en wel/niet IC-opname

Er zal, wanneer er getrieerd wordt voor wel/niet IC-opname, ook capaciteit moeten zijn om de patiënten op te vangen die niet op de IC worden opgenomen (figuur 4). Dat betekent ook dat er voldoende capaciteit in de 1^e lijn en 2^e lijn moet zijn om patiënten op te vangen die géén IC-zorg krijgen, maar wel (medische) zorg moeten krijgen. Er worden op uiteenlopende locaties (palliatieve) verpleegafdelingen gerealiseerd om patiënten ook buiten het ziekenhuis van goede zorg te kunnen voorzien en zo te voorkomen dat het ziekenhuis 'verstopt' raakt. De Leidraad 'Triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19' en de Leidraad voor 'opname van patiënten met een (verdenking op) COVID-19 in het

ziekenhuis' zijn richtinggevend voor het verwijs- en opnamebeleid van de eerste- naar de tweedelijnszorg in deze situatie.

Alle inzet van partijen is nodig om tot een optimale inzet van beschikbare (verpleegplekken)-capaciteit te komen in de 1^e én de 2^e lijn. Als de opvang van patiënten die geen IC-zorg nodig hebben goed is geregeld, zal het effect ervan merkbaar zijn in de ziekenhuizen – juiste patiënt op de juiste plek. De niet-medische overwegingen voor triage bij schaarste worden uitsluitend toegepast bij triage voor IC-opname. Dit Draaiboek en de daarin beschreven niet-medische overwegingen zijn niet bedoeld om in de 1e lijn al tot een triage van patiënten te komen die al dan niet worden verwezen voor 2e lijnszorg. Ook is het Draaiboek en de daarin beschreven niet-medische overwegingen niet bedoeld voor de verdeling van plekken op verpleegafdelingen in het ziekenhuis. Voor deze problematiek is onder andere het document Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg opgesteld.



Figuur 4. Patiëntenstroom bij fase 3 triage. Door triage op een hoger niveau blijven meer patiënten in de onderliggende niveaus. Opvang van deze patiënten dient geborgd te zijn op deze onderliggende niveaus (op verpleegafdelingen in het ziekenhuis, in een verpleeghuis/eerstelijns verblijf (ELV)/COVID-19 unit of thuis)

3. Aanbevelingen bij triage op basis van niet-medische overwegingen

3.1 Van patiëntgerichte naar populatiegerichte besluitvorming

Bij uiterste benutting van IC-capaciteit en absolute schaarste, is het noodzakelijk om van een patiëntgerichte naar een populatiegerichte besluitvorming over te gaan om zo de beschikbare middelen zo goed mogelijk in te zetten.⁴ Deze populatiegerichte aanpak start bij het afkondigen van fase 3 en loopt continu door in de verschillende stappen van fase 3 (stap A, stap B en stap C). Triage van patiënten die IC-opname behoeven gebeurt eerst op basis van medische criteria (fase 3 stap A en stap B). Deze staan beschreven in het Draaiboek Pandemie. Dit betreft dus reeds een populatiegerichte besluitvorming, omdat de reguliere in- en exclusiecriteria voor IC-opname worden aangescherpt om zo de grotere vraag naar IC-plekken te kunnen opvangen. In de situatie waarin triage voor IC-opname niet meer kan plaatsvinden op deze medische criteria, zullen andere, niet-medische overwegingen het uitgangspunt zijn voor de populatiegerichte besluitvorming waarop artsen hun handelen baseren (fase 3 stap C). Voor deze stap worden in dit Draaiboek algemene ethische uitgangspunten en aanbevelingen geformuleerd.

3.2 Fase 3: ‘First come’ als het kan, vergelijken als het nodig is

Altijd, zowel bij reguliere zorg als bij crisiszorg, worden voor individuele patiënten de voor- en nadelen van een IC-opname afgewogen. Dat aspect verandert niet in fase 3. Maar het uitgangspunt van ‘first come, first serve’ (wie het eerst komt, wie het eerst maalt), dat in normale tijden het aanbod van patiënten meestal reguleert, is in een crisissituatie, zoals fase 3, niet meer voldoende en passend om de toestroom van patiënten en de beschikbare bedden in balans te houden. Door de toenemende en continue toestroom van patiënten in een crisissituatie, zal de tijdsperiode waarbinnen patiënten na elkaar binnenkomen en IC-zorg nodig hebben steeds kleiner worden, waardoor het principe van ‘first come, first serve’ niet altijd meer toepasbaar zal zijn. De tijdsperiode tussen patiënten zal namelijk zo klein worden, dat patiënten nagenoeg tegelijkertijd IC-zorg nodig zullen hebben en tijd geen relevante factor meer kan zijn om te bepalen wie eerst mag worden toegelaten tot de IC. In de situatie van uiterste benutting van capaciteit en absolute schaarste is het dus niet vanzelfsprekend om louter ‘first come, first serve’ toe te passen zoals in de reguliere situatie. De verwachting is dat patiënten nagenoeg tegelijkertijd zullen aankomen en er op basis van andere gronden onderscheid gemaakt zal moeten worden tussen deze patiënten. Andere ethische uitgangspunten gaan dan een rol spelen.

Dit betekent dat IC-plekken verdeeld zullen worden volgens het ‘first come, first serve’ principe als dit nog kan, dus als patiënten zich na elkaar aandienen voor IC-zorg. Wanneer die druppelsgewijze toestroom van patiënten niet meer aan de orde is, en patiënten zich nagenoeg tegelijkertijd aandienen, zal er een vergelijking tussen patiënten gemaakt moeten worden (zie Tekstbox 1 voor toelichting). Dit kan als eerste plaatsvinden aan het eind van fase 3 stap B. Dit betreft dan een vergelijking op medische gronden in het kader van overlevingskans (zie: Draaiboek Pandemie). Wanneer deze triage op basis van medische criteria ontoereikend is om te beslissen wie wordt toegelaten tot de IC (er is geen relevant verschil in overlevingskans) vindt een tweede vergelijking plaats op basis van niet-medische overwegingen (fase 3 stap C in dit Draaiboek). Voor deze vergelijking in stap C worden in dit Draaiboek algemene ethische uitgangspunten geformuleerd.

⁴ Rechtvaardige selectie bij een pandemie – Centrum voor Ethiek en Gezondheid - 2012

Tegelijkertijd of na elkaar in tijden van crisis

In de situatie van uiterste benutting van IC-plekken in fase 3, zal de tijd die het vergt om een vrijgekomen IC-plek gereed te maken voor een nieuwe patiënt waarschijnlijk de tijdsperiode bepalen waarin meerdere patiënten zich tegelijkertijd kunnen aandienen voor een IC-plek. Is de IC-plek nog niet gevuld, heeft het triage-team nog geen beslissing genomen en dient er zich een andere patiënt aan, dan moeten deze patiënten in het kader van gelijktijdigheid beoordeeld worden.

Deze tijdsperiode waarin patiënten zich tegelijkertijd aandienen, geldt ook voor de voorbereidende handelingen voor IC-opname. Zijn deze nog niet afgerond, heeft het triage-team nog geen beslissing genomen, bevindt de patiënt zich nog niet op de IC en dient er zich een andere patiënt aan, dan moeten zij in het kader van gelijktijdigheid tegelijkertijd worden beoordeeld.

De indicatie voor IC-zorg afgegeven door de consulterend intensivist is het startpunt van het triageproces door het triage-team. Het triage-team kan geen patiënten beoordelen in het triage-proces waarvan nog niet medisch is vastgesteld dat zij IC-zorg nodig hebben.

Tekstbox 1. Toelichting tegelijkertijd of na elkaar in tijden van crisis

3.3 Algemene ethische uitgangspunten

De volgende algemene ethische uitgangspunten zijn de basis van de aanbevelingen voor triage:

- Het principe dat ieder mens gelijkwaardig is⁵;
- Het uitgangspunt dat we zoveel mogelijk levens willen redden⁶;
- Rechtvaardigheid: gelijken gelijk, en ongelijken ongelijk behandelen. Als het gaat om zorgbehoefte is iedereen die IC nodig heeft gelijk, namelijk in levensgevaar. In het kader van rechtvaardigheid is nog wel op andere gronden relevant onderscheid te maken tussen mensen die IC-zorg nodig hebben.

Er zijn meerdere overwegingen die uitdrukkelijk geen rol spelen in de aanbevelingen en geen rol mogen spelen in triagebeslissingen. De maatschappelijke positie van een persoon, iemands verstandelijke of lichamelijke beperking, iemands persoonlijke relaties, iemands vermogen te betalen of sociale status – dit mogen allemaal geen redenen zijn om iemand meer of minder voorrang te geven. Hetzelfde geldt vanzelfsprekend voor etniciteit, nationaliteit, juridische status of seks. Voorafgaande kwaliteit van leven⁷ speelt geen rol vanwege het genoemde principe dat ieder mens gelijkwaardig is – het ene leven is 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' speelt, hoewel het intuïtief misschien aantrekkelijk is, geen rol, omdat de grenzen van eigen verantwoordelijkheid intrinsiek moeilijk te bepalen zijn en zeker niet in de bovengenoemde hectiek.

3.4 Aanbevelingen

Wanneer triage op basis van medische overwegingen ontoereikend is om te beslissen wie wordt toegelaten tot de IC (er is geen verschil in overlevingskans), zal triage plaatsvinden op basis van niet-medische overwegingen. Het uitgangspunt van triage op basis van niet-medische overwegingen is dat de patiënten medisch gezien gelijk zijn. Dat wil concreet zeggen: Er zijn meerdere patiënten die

⁵ Dit wil zeggen dat niemand van IC-opname wordt uitgesloten, omdat zijn of haar leven minder waard zou zijn dan dat van een ander.

⁶ Dit sluit aan bij het uitgangspunt van het Draaiboek Pandemie, waar dit uitgangspunt ook leidend is voor de medische criteria (overlevingskans/incremental probability of survival).

⁷ Voor zover voorafgaande kwaliteit van leven voor de kans op overleving van belang is, is dat al bij de eerdere triage in stap A en B als medisch criterium aan de orde geweest (bijv. de exclusiecriteria gebaseerd op Clinical Frailty Score).

op medische gronden qua overlevingskans niet van elkaar te onderscheiden zijn en gelijk zijn in hun behoefte aan IC-zorg én er is nog steeds onvoldoende IC-capaciteit.

Dat betekent dat er in een situatie van absolute schaarste een keuze gemaakt moet worden wie van deze patiënten wordt toegelaten op de enige beschikbare IC-plek, als deze patiënten zich tegelijkertijd aandienen. Daarvoor kunnen onderstaande aanbevelingen gebruikt worden om met een multidisciplinair triage-team tot een keuze te komen.

Vanuit de ethische uitgangspunten beschreven in paragraaf 3.3 zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd voor triage van IC-patiënten. De eerste twee aanbevelingen zijn algemeen en gelden ook voor fase 3 stap A en stap B. Aanbevelingen 3-7 gelden specifiek voor fase 3 stap C.

1) Dezelfde criteria gelden voor zowel COVID-19 patiënten als voor andere patiënten die IC-zorg nodig hebben.

Om te voorkomen dat niet-COVID-19 patiënten worden benadeeld of bevoordeeld t.o.v. COVID-19 patiënten, behoren alle patiënten te vallen onder de medische criteria van het Draaiboek Pandemie en de criteria in dit Draaiboek. Dus de triagecriteria die gebruikt worden bij triage op basis van niet-medische overwegingen gelden, net als in fase 3, stap A en stap B, voor zowel COVID-19 patiënten als voor andere patiënten die IC-zorg nodig hebben.

2) Gebruik voor zover relevant een Clinical Frailty Scale (CFS) om de kans op overleving te bepalen⁸, maar voorkom dat het gebruik ervan al bij voorbaat mensen uitsluit die geen medische kenmerken hebben die hun prognose zou beperken.

Het is van belang om te voorkomen dat bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking worden uitgesloten van IC-zorg louter op grond van hun afhankelijkheid/hulpbehoevendheid in hun dagelijks leven.

3) Prioriteit voor patiënten van wie, voor zover mogelijk, ingeschat kan worden dat zij minder lang IC-zorg nodig hebben om te overleven, en dus minder beroep doen op schaarse capaciteit. Dit betekent dat patiënten die een langere IC-opname nodig zullen hebben, een lagere prioriteit krijgen.

In lijn met het eerder genoemde ethische uitgangspunt dat we zoveel mogelijk levens willen redden, is het te verdedigen dat patiënten van wie kan worden ingeschat dat zij minder lang IC-zorg nodig hebben om te overleven, prioriteit krijgen. Zij doen minder lang een beroep op de schaarse IC-capaciteit, waardoor meer mensen geholpen kunnen worden. Dit betreft dus een argument in het kader van efficiënt gebruik van de capaciteit. In de praktijk zal de voorrang voor patiënten met minder lange IC-opname enige, maar beperkte toegevoegde selectiemogelijkheid opleveren ten opzichte van de medische criteria uit fase 3 stap A en stap B.

4) Mensen die werkzaam zijn in de zorg en door COVID-19 IC-zorg nodig hebben krijgen voorrang, maar alleen onder de volgende twee voorwaarden:

- indien zij beroepsmatig veelvuldig en risicovol contact met verschillende patiënten hebben gehad waarin zij aan COVID-19 werden blootgesteld; én
- indien zij werkzaam waren in een zorgsector waarin een landelijke of regionale schaarste was van materiaal voor persoonlijke bescherming.

Het argument dat medewerkers in de zorg voorrang moeten krijgen omdat we hen zo snel mogelijk weer moeten kunnen inzetten, wordt vaak genoemd. Dit argument gaat in de COVID-19 crisis niet op. Immers, na IC-opname zullen zij nog lange tijd moeten revalideren. Alle medewerkers in de zorg zonder additionele voorwaarden voorrang geven is dus niet aan de orde in deze huidige crisis.

⁸ Deze bepaling van de kans op overleving vindt plaats in fase 3 stap A en stap B (zie Draaiboek Pandemie)

Medewerkers in de zorg maken wel een grotere kans om in de huidige noodsituatie geïnfecteerd te raken/te zijn door veelvuldig en risicovol contact met verschillende patiënten bij een tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Ze hebben minder of geen kans gehad zich daaraan te onttrekken. Door een tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen hebben zij een risico op besmetting gelopen dat verder gaat dan het 'normale' risico dat medewerkers in de zorg lopen. En voor dat additionele risico waarbij de maatschappij geen zorg heeft kunnen dragen voor optimale bescherming, hebben we een extra verantwoordelijkheid als maatschappij naar hen toe. Daarnaast is het voorstelbaar dat het voor medewerkers in de zorg belangrijk is dat zij weten dat zij behandeld zullen worden als ze aan de bovenstaande voorwaarden voldoen. Dit zal de bereidheid van medewerkers in de zorg om niet-vermijdbaar risico te accepteren, in stand houden.

De beoordeling of er sprake was van schaarste aan persoonlijke bescherming is niet een beoordeling van de individuele medewerker. Bepalend is of deze medewerker werkzaam was in een werkveld waar op dat moment landelijk of regionaal sprake was van schaarste. In april 2020 was dat landelijk bijvoorbeeld het geval in verpleeghuizen en in de thuiszorg. Op een ander tijdstip kan de schaarste in een ander werkveld optreden, zoals ziekenhuizen. In die zin gaat het hier om een randvoorwaarde die in de tijd kan fluctueren. Bij het vaststellen van fase 3 zoals in dit Draaiboek beschreven, geven LNAZ/ROAZ aan of en in welke sector/ regio / werkveld sprake is van een schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Wanneer de huidige voorraden aan persoonlijke beschermingsmiddelen in Nederland op peil blijven, zal de verwachting zijn dat dit voorrangscriterium niet aan de orde is bij een mogelijke fase 3. Door de genoemde randvoorwaarden (beroepsmatig veelvuldig en risicovol contact met verschillende patiënten én een landelijke of regionale schaarste van materiaal voor persoonlijke bescherming) is de soms geuite vrees dat dit criterium zou kunnen leiden tot misbruik, ongegrond.

- 5) In het kader van intergenerationale solidariteit is leeftijd op grond van overwegingen van rechtvaardigheid een relevant criterium. Iemand wordt op grond van leeftijd ingedeeld in een generatie. Dit betekent dat leeftijd relatief wordt gehanteerd. Het gaat hierbij dus niet om een absolute leeftijdsgrens als exclusiecriterium. Bepalend is de generatie waarin iemand wordt ingedeeld, en dus niet diens discrete leeftijd. De generaties zijn als volgt ingedeeld: 0 tot 20 jaar, 20 tot 40 jaar, 40 tot 60 jaar, 60 tot 80 jaar en 80 jaar en ouder.** Deze overweging is gebaseerd op het 'fair innings'-argument dat zegt dat mensen zoveel mogelijk gelijke kansen moeten hebben om verschillende levensfasen te doorlopen. Mensen uit een oudere generatie hebben daartoe al meer kansen gehad dan mensen uit een jongere generatie. Dit betekent dat jongere generaties een sterkere morele aanspraak op levensreddende zorg hebben dan oudere generaties, omdat die laatste al meer levensjaren hebben genoten. Andersom gezegd: het is rechtvaardig om jongere generaties voorrang te geven boven oudere generaties, omdat iedereen in de loop van zijn of haar leven evenveel gelijke mogelijkheden ('fair innings') zou moeten hebben. In dit argument gaat het uitdrukkelijk niet om het soort en aantal (levens)ervaringen die iemand al heeft gehad of welke doelen iemand al heeft bereikt. Het gaat om de kans, in de zin van tijd, die iemand al dan niet heeft gehad om ervaringen op te doen en doelen te bereiken. Een verwante onpartijdigheids-argumentatie is: als je niet zou weten in welke generatie je zelf valt, zou je redelijkerwijze de voorkeur geven aan levensreddende zorg aan relatief jongere generaties: daar heb je meer mee te winnen. Je zult vanachter deze 'veil of ignorance' het meeste belang hechten aan een zo groot mogelijke kans op een normale levenslengte, en minder belang aan een iets vergrote kans op een meer dan normale levenslengte.

Er zijn ook argumenten aangevoerd tegen het fair innings argument⁹. Onder meer: het fair innings argument bevoordeelt ook de (recidiverende) jonge ‘drunken driver’ die IC-zorg nodig heeft, of het is leeftijdsdiscriminatie. Het ‘drunken driver’ argument is intuïtief aansprekend, maar het is, zoals hierboven aangegeven, niet vol te houden omdat de grenzen van ‘eigen schuld’ intrinsiek onduidelijk zijn – het is bovendien de vraag of het veel met ‘fair innings’ te maken heeft.

Soms wordt gezegd dat toepassen van het ‘fair innings’-argument neerkomt op leeftijdsdiscriminatie. Dit is ethisch gezien niet overtuigend, omdat iedereen in principe gedurende zijn leven verschillende leeftijden doorloopt, wat leeftijd onderscheidt van bijvoorbeeld sekse of etniciteit. En dus ook iedereen tot een jongere generatie heeft behoort in zijn leven. In ieder geval betekent het ‘fair-innings’-argument niet dat er een absolute leeftijdsgrens is: in principe kan iedereen, hoe oud ook, op de IC komen.¹⁰

Er is gekozen voor een verdeling in categorieën die 20 jaren omvatten, omdat dit grofweg aansluit bij de biologische generaties én voldoende onderscheidingskracht biedt. In een onderzoek naar de acceptatie door de maatschappij van het ‘fair innings’ argument in Maryland (VS) werden vier andere leeftijdscategorieën gehanteerd: 0-49, 50-69, 70-84 en 85 jaar en ouder.¹¹ De reden van de onderzoekers voor de eerste, grotere groep was, dat personen in deze groep vaak (mantel)zorgtaken hebben en actief aan het arbeidsproces deelnemen. Echter, door belang te hechten aan de persoonlijke en maatschappelijke of sociale status van een persoon, wordt toch een waardeoordeel uitgesproken over mensen in de verschillende groepen. Dit is in strijd met onze eerder geformuleerd ethische uitgangspunten: gelijkwaardigheid van mensen en aspecten die (daarom) expliciet geen rol mogen spelen. Vandaar dat deze verdeling niet is overgenomen. De gebruikte verdeling in dit Draaiboek in groepen van 20 jaren sluit globaal aan bij generaties en doet recht aan de gelijkwaardigheid van mensen en past bovendien beter bij de centrale gedachte achter het ‘fair innings’-argument.

Het is goed te begrijpen dat deze indeling in 20 jaren in de praktijk ongemak oplevert bij de ‘randen’ van die categorieën, bijvoorbeeld als voorrang moet worden verleend op basis van dit criterium aan een 59-jarige boven een 61-jarige. Intuïtief ‘schuurt’ dit, omdat het verschil immers maar 2 jaren is. Dit ongemak is echter onontkoombaar, want zal zich ook voordoen bij iedere andere indeling die ook grenzen zal hebben. Daarnaast betreft het een soort van toeval dat niet uit te sluiten is in welk systeem van triage je ook toepast; je bent afhankelijk van met wie en welke aantallen je aankomt op de IC.

6) In de triage worden patiënten die op de IC liggen niet vergeleken met andere patiënten die nog niet zijn opgenomen, en mag op die grond de behandeling nooit worden gestaakt. Het staken van de behandeling bij IC-patiënten is wel aanvaardbaar op basis van de inschatting dat deze patiënt onvoldoende uitzicht heeft op herstel binnen afzienbare tijd.

Bij toewijzing van schaarse IC-zorg kunnen en moeten de in dit Draaiboek vermelde niet-medische overwegingen een rol spelen, maar niet bij de vraag of de behandeling van een reeds op de IC opgenomen patiënt gestopt moet worden. Bijvoorbeeld ten behoeve van een

⁹ Rivlin M. M. (2000). Why the fair innings argument is not persuasive. BMC medical ethics.

¹⁰ Bognar, B. (2015), Fair Innings. Bioethics, 29(4): 251-261.

¹¹ Daugherty Biddison, et al. (2019). Too Many Patients...A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. Chest.

andere patiënt uit een jongere generatie. Dit wil zeggen dat de populatiegerichte besluitvorming in het kader van triage een andere beslissing is dan een medische herbeoordeling van de patiënt op individuele grond in het kader van stoppen of doorgaan met behandeling.

Vergelijking van patiënten die op de IC liggen met nieuwe patiënten die zich aandienen is dan ook niet aan de orde. Dit zou er namelijk voor zorgen dat op ieder moment de behandeling van een patiënt gestaakt zou kunnen worden op gronden die niets met deze patiënt zelf van doen hebben. Op ieder moment kan zich immers een patiënt aandienen die hoger scoort op één van de niet-medische criteria dan de patiënt die nu al behandeld wordt. Dat kan ondermijnend zijn voor de intensieve zorg die deze patiënten geboden wordt.

Een dagelijkse heroverweging van prognose en verwachte uitkomst van reeds liggende IC-patiënten in het kader van een individuele patiënt beoordeling over wat zinvolle, proportionele zorg is voor deze patiënt op dit moment kan wel aan de orde zijn. Maar dit is een afweging die niet ingegeven wordt door schaarste en ook in reguliere zorg plaats dient te vinden.



Dagelijkse heroverweging:
Voldoende uitzicht om op te knappen binnen redelijke termijn?



Het is niet acceptabel om de reeds opgenomen IC-patiënt te vergelijken met andere patiënten die 'voor de deur staan'

Figuur 5. Dagelijkse heroverweging van prognose en verwachte uitkomst van patiënt op basis van een vastgesteld kader. Staken van behandeling van bijvoorbeeld een patiënt uit een oudere generatie ten behoeve van een patiënt uit een jongere generatie 'voor de deur' is niet toegestaan.

7) Indien 1) t/m 6) geen uitsluitel bieden: een procedure gebaseerd op loten.

Indien patiënten zich tegelijkertijd aandienen zal de procedure op basis van loting zijn. Het op toeval laten aankomen is bijzonder pijnlijk, maar goed verdedigbaar als er geen enkel goed argument voor onderscheid meer is. Iedereen realiseert zich dat we te maken hebben met tragiek: dat niet iedereen meer een kans kan worden gegeven, en dat hoe de keuze ook wordt gemaakt, er mensen buiten de boot gaan vallen.

Het in een vroeg stadium van triagebeslissingen al hanteren van een procedure van loten is in strijd met het eerder geformuleerde uitgangspunt van rechtvaardigheid. Een procedure gebaseerd op toeval is alleen maar verdedigbaar als er geen enkel ander relevant onderscheid tussen mensen meer te maken is en moet daarom zo lang mogelijk worden uitgesteld en is daarom de laatste stap in dit triage model. Het uitsluitend gebruiken van overwegingen van toeval kan er bijvoorbeeld toe leiden dat, hoewel er relevant ander onderscheid gemaakt had

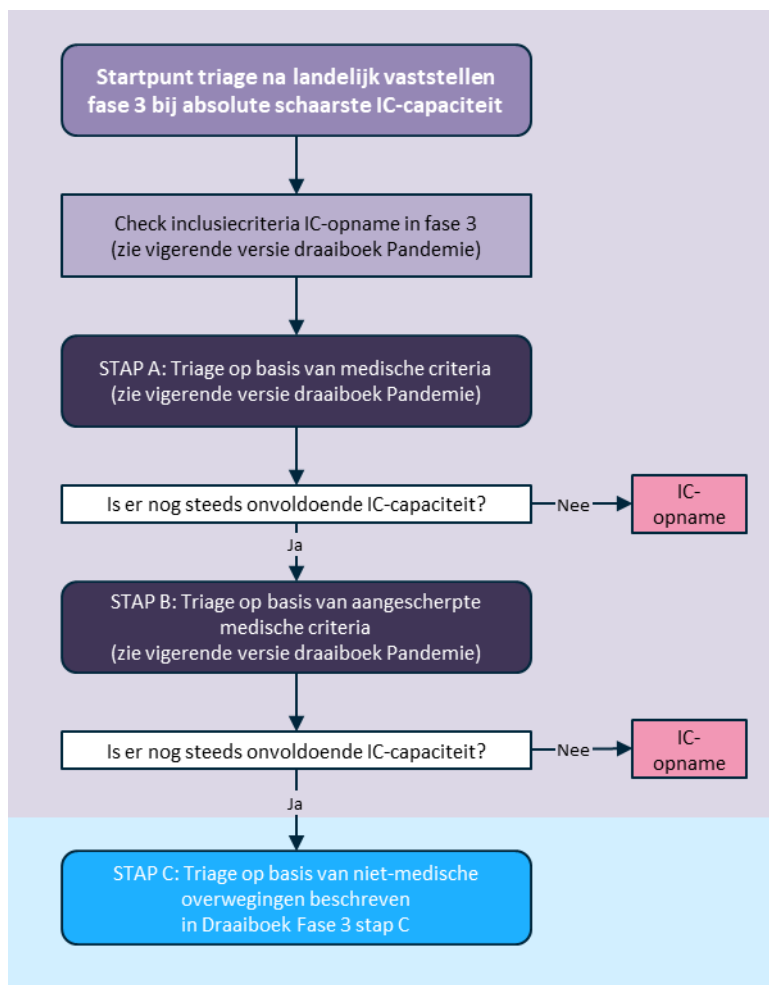
kunnen worden tussen patiënten, er bijvoorbeeld geen plek is op de IC als een kind of adolescent een verkeersongeluk krijgt en om die reden IC-zorg nodig heeft.

Alvorens tot loting wordt overgegaan doet het triage-team een laatste procedurele check van de gelopen stappen in fase 3 stap C.

3.5 Samenvatting triage-criteria

De ordening voor toepassing van triage-criteria wordt actereenvolgens:

- Toepassen van (medische) exclusiecriteria zoals in het Draaiboek Pandemie geformuleerd voor fase 3 stap A en stap B.
- Patiënten komen binnen na elkaar en een vergelijking tussen patiënten is niet mogelijk: ‘first come, first serve’.
- Patiënten komen nagenoeg tegelijkertijd: vergelijking van (nieuwe) patiënten onderling op basis van medische criteria voor fase 3 stap B.
- Patiënten komen nagenoeg tegelijkertijd en medische vergelijking in stap B gaf geen uitsluitel: vergelijking van (nieuwe) patiënten onderling op basis van niet-medische overwegingen fase 3 stap C:
 - a. Voorrang voor patiënten die naar verwachting een relatief korte IC-opname nodig hebben.
 - b. Voorrang voor mensen die werkzaam zijn in de zorg die door COVID-19 IC-zorg nodig hebben én die beroepsmatig veelvuldig en risicovol contact met verschillende patiënten gehad hebben én die werkzaam waren in een zorgsector waarin een landelijke of regionale schaarste van materiaal voor persoonlijke bescherming is vastgesteld.
 - c. Voorrang voor patiënten uit een jongere generatie: 0 tot 20 jaar; 20 tot 40 jaar; 40 tot 60 jaar; 60 tot 80 jaar en 80 jaar en ouder
 - d. Indien bovenstaande geen uitsluitel biedt: een procedure gebaseerd op loten.



Figuur 6. Overzicht van stappen die doorlopen moeten worden voor IC-opname van patiënten in fase 3.

Patiënt zonder IC-plek na triage

In fase 3, waarbij er niet voldoende IC-plekken zijn voor de toestroom van patiënten en er triage moet plaatsvinden op basis van een van de beide Draaiboeken, krijgen patiënten die IC-zorg nodig hebben maar die in het triage-proces geen IC-plek toegewezen kregen, wel op andere manieren zorg. Dit kan zijn op andere afdelingen in het ziekenhuis of op locaties buiten het ziekenhuis.

Wanneer een patiënt in het triageproces geen IC-plek toegewezen kreeg en op een later moment, wanneer er weer een beschikbare IC-plek is, nog IC-zorg behoeft, kan die patiënt weer meedoen in het triage-proces. Deze nieuwe triage begint dan bij stap A.

4 Organiseren

4.1 Organisatie van triage voor IC-opname bij fase 3 stap C

Voor de organisatie van triage voor IC-opname bij fase 3 stap C zijn de volgende aspecten van belang:

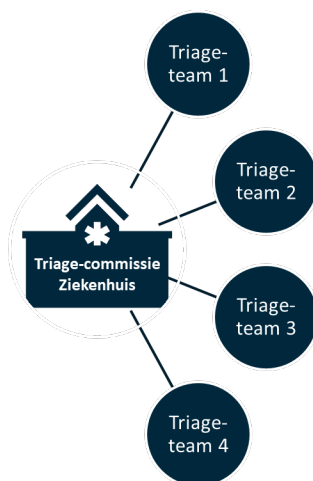
Algemeen

1. Alle beslissingen ten aanzien van de lokale organisatie omtrent COVID-19 worden bij voorkeur genomen door een Outbreak Management Team (OMT) / crisisteam dat in het ziekenhuis is opgezet.
2. Of sprake is van fase 3 wordt door zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren gezamenlijk vastgesteld in de structuur van het LNAZ/LCPS. Nadat door het LCPS en NVIC een signaal voor fase 3 is afgegeven aan IGJ, zal dit na verificatie door de IGJ, bij het ministerie van VWS worden aangegeven. Daarmee start fase 3. Monitoring van de IC-capaciteit vindt plaats via het LCPS.
3. Fase 3 geldt voor alle ziekenhuizen in Nederland. Triage vindt plaats op basis van medische overwegingen (stap A) en striktere medische criteria voor IC-opname (stap B) zoals beschreven in het Draaiboek Pandemie van de NVIC. Bij uitputting van triage op basis van medische criteria wordt overgegaan op triage op basis van niet-medische overwegingen conform fase 3 stap C. *Zie Stroomschema in Bijlage 2.*

Triage-commissie en triage-team

4. De triage-commissie wordt ingesteld en gesteund door de Raad van Bestuur.
5. In de triage-commissie nemen zitting: artsen, bij voorkeur aangevuld met; een verpleegkundige, ethicus, jurist, geestelijk verzorgende of psycholoog.
6. Een triage-team bestaat uit een afvaardiging van de triage-commissie. In het triage-team hebben zitting drie of meer artsen (waarvan ten minste één intensivist).¹² Het triage-team wordt ondersteund door de triage-commissie.
7. Het triage-team neemt in fase 3 stap B (vanaf de vergelijking van overlevingskans) en stap C, de triagebeslissingen. Gezien de hectiek van de situatie in fase 3 en het feit dat handelen geen uitstel duldt, wordt een eventueel verzoek om herziening van het triagebesluit niet gehonoreerd.
8. De triage-commissie is voortdurend op de hoogte van de landelijke capaciteit, heeft de meest recente draaiboeken en protocollen ter beschikking en zorgt ervoor dat het dienstdoende triage-team op de hoogte is van de laatste stand van zaken.
9. De deelnemers uit het dienstdoende triage-team hebben bij voorkeur geen klinische taken op het moment dat zij ten tijde van eind van fase 3 stap B (vergelijking) en stap C triëren.
10. Samenwerking tussen ziekenhuizen om triage-team bezetting te organiseren is mogelijk en wenselijk wanneer adequate bezetting van de triage-commissie en/of het triage-team van een individueel ziekenhuis niet haalbaar is.

¹² Het triage-team start vanaf fase 3 stap B – de vergelijking van overlevingskans



Figuur 7. Triage-commissie en triage-teams

Documentatie van triage

11. Het is raadzaam om elk triage-team een identificatienummer te geven en het rooster van de bemensing van het triage-team vast te leggen. Zo is altijd herleidbaar welk triage-team een triagebesluit heeft genomen.
12. De overwegingen en het besluit van het triage-team worden gedocumenteerd en zijn herleidbaar naar de patiënt die het betreft en het triage-team dat de beslissing neemt. De triage-commissie waarborgt dat de overwegingen en besluiten van elk triage-team traceerbaar en toetsbaar zijn.
13. In het individueel Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) van de patiënt over wie een triagebesluit is genomen, wordt alleen genoteerd welk triage-team de beslissing heeft genomen en wat het triagebesluit behelst. De reden daartoe is dat persoonsgegevens van de andere patiënt(en) met wie de patiënt is vergeleken, niet in het dossier van de betreffende patiënt mogen worden opgenomen.
14. De leden van het triage-team hebben, voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van hun triagetaak, toegang tot het EPD van de patiënten die in het proces van triage met elkaar vergeleken worden. De leden zijn te beschouwen als rechtstreeks betrokkenen bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst (artikel 7:457 lid 2 BW).

Communicatie

15. Het ziekenhuisbeleid is bekend bij alle artsen, verpleegkundigen en andere relevante medewerkers in en rondom het ziekenhuis (inclusief huisartsen/specialisten ouderengeneeskunde uit de 1^e lijn en de gehandicaptenzorg in de regio), die beslissingen ten aanzien van ziekenhuisopname of IC-opname dienen te nemen of met de patiënt en familie hierover spreken. Echter: artsen in de 1^e lijn en ook op de SEH kunnen fase 3 stap C triagecriteria niet toepassen voor respectievelijk verwijzing of ziekenhuisopname op verpleegafdeling of IC.
16. De behandelend arts communiceert in principe zo snel mogelijk het besluit aan patiënt en familie. Indien dit uit tijdsoverweging of complexiteit van de casus niet mogelijk is, kan hiervoor ook een arts uit het triage-team ingezet worden. De 1^e lijn en/of verwijzer wordt geïnformeerd over het besluit.
17. Eerste opvang en vervolgesprekken met patiënt en naasten kunnen gecoördineerd en georganiseerd worden door bijvoorbeeld verpleegkundige(n) of verpleegkundig specialist(en) van de triage-commissie.

4.2 Psychische begeleiding en ondersteuning

Deze ingrijpende en complexe periode vraagt veel van patiënten en hun familie en van zorgprofessionals, op alle fronten. Het is van groot belang dat aandacht wordt besteed aan de optimale (mentale) ondersteuning van zorgprofessionals, patiënten en familie, die te maken krijgen met deze ingrijpende situatie. Zowel ten tijde van de pandemie als in de periode erna.

Patiënten en naasten

Deze ingrijpende en complexe situatie vraagt veel van patiënten en hun naasten. De patiënt en zijn/haar naasten krijgen slecht nieuws, wanneer een patiënt ten tijde van fase 3 niet meer wordt toegelaten tot de IC. Het is van belang dat er lokaal aandacht wordt besteed aan 'eerste opvang en een vervolgggesprek' van patiënt en zijn/haar naasten na het slechte nieuws. Deze 'eerste opvang- en vervolgggesprekken' zullen lokaal georganiseerd moeten worden, door bijvoorbeeld een verpleegkundige of verpleegkundig specialist in de triage-commissie op te nemen die dit coördineert en/of uitvoert. Afhankelijk van de locatie waar de patiënt na triage wordt opgevangen (op verpleegafdeling in het ziekenhuis of in de 1^e lijn) moet worden bekeken of deze gesprekken door zorgprofessionals in het ziekenhuis of in de 1^e lijn kunnen worden gedaan.

Zorgprofessionals

Van zorgprofessionals wordt een topprestatie gevraagd onder deze ingrijpende en complexe omstandigheden. Voor alle zorgprofessionals is het belangrijk om hun zorgen tijdig te delen en/of om hulp te vragen. In het ziekenhuis zijn er vaak al mogelijkheden voor psychosociale ondersteuning zoals peer support, (bedrijfs-)opvangteams, geestelijke verzorging, maatschappelijk werk, geestelijke gezondheidszorg. Ook buiten het ziekenhuis/instelling bestaan mogelijkheden voor support. Goede voorbeelden daarvan zijn terug te vinden op de website van de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD). Ook vanuit de bedrijfsgezondheidszorg kan worden bijdragen aan het opvangen van werkenden in de zorg).

Het ministerie van Defensie heeft algemene tips & adviezen opgesteld voor de mentale gezondheid van zorgprofessionals tijdens de wereldwijde uitbraak COVID-19 in het document 'Adviezen mentale gezondheid van zorgprofessionals'.

5 Afkortingenlijst

CFS	= Clinical Frailty Score
ELV	= Eerste lijnsverblijf
EPD	= Elektronisch patiëntendossier
IC	= Intensive Care
KNMG	= Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LAD	= Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
LCPS	= Landelijke Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LNAZ	= Landelijk Netwerk Acute Zorg
NVIC	= Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
OMT	= Outbreak Management Team
RCPS	= Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
ROAZ	= Regionaal Overleg Acute Zorgketen
SEH	= Spoedeisende Hulp

6 Referenties

- Bma.org.uk. 2020. COVID-19 – Ethical Issues. A Guidance Note. [online] Available at: <<https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>> [Accessed 3 April 2020].
- Bognar, B. (2015), Fair Innings. *Bioethics*, 29(4): 251-261
- Daugherty Biddison, E. L., Faden, R., Gwon, H. S., Mareiniss, D. P., Regenber, A. C., Schoch-Spana, M., Schwartz, J., & Toner, E. S. (2019). Too Many Patients...A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. *Chest*, 155(4), 848–854.
- Defensie.nl. 2020. Tips En Adviezen Voor De Mentale Gezondheid Van Zorgprofessionals. [online] Available at: <https://www.defensie.nl/downloads/publicaties/2020/03/23/tips-en-adviezen-voor-mentale-gezondheid-zorgprofessionals> [Accessed 3 April 2020].
- Haar, van der, Selma et al. Teamontwikkeling (11). Coördinerende crisisteam in hun kracht.
- LNAZ. Opschalingsplan COVID-19. 30 juni 2020.
- NIV, NVKG, NVALT, NIVIC, KNMG, NVT, NVSHA, Federatie Medisch Specialisten, 2020. Leidraad Voor Opname Van Patiënten Met (Verdenking Op) COVID-19 Besmetting In Het Ziekenhuis. [online] Federatie Medisch Specialisten. Available at: <<https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/details/richtlijnen-handreikingen-leidraden>> [Accessed 31 March 2020].
- NIVIC, NIV, NVKG, NVALT, KNMG, V&VN. Draaiboek Pandemie deel 1, versie 2.0. Mei 2020.
- NVKG, Verenso, NIV, KNMG, NHG, Federatie Medisch Specialisten, 2020. Leidraad Thuisbehandeling Versus Verwijzen Naar Het Ziekenhuis Bij Oudere Patiënt Met (Verdenking Op) COVID-19. [online] Demedischspecialist.nl. Available at: <<https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/details/richtlijnen-handreikingen-leidraden>> [Accessed 31 March 2020].
- Rivlin M. M. (2000). Why the fair innings argument is not persuasive. *BMC medical ethics*, 1, E1. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-1-1>
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489–495. doi:10.1503/cmaj.050051
- Uitdehaag et al., 2012. Handreiking Slecht-Nieuwsgesprek. Landelijke Richtlijn, Versie: 1.0. [online] Netwerkpalliatievezorg.nl. Available at: <https://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/136/Pallialine-Handreiking_slecht-nieuwsgesprek.pdf> [Accessed 31 March 2020].
- Zee, van der, et al., 2012. Rechtvaardige Selectie Bij Een Pandemie. [online] Ceg.nl. Available at: <<https://www.ceg.nl/ethische-dossiers/rechtvaardige-selectie-bij-een-pandemie/documenten/signalementen/2012/12/13/rechtvaardige-selectie-bij-een-pandemie>> [Accessed 31 March 2020].

Bijlage 1. Samenstelling Adviesgroep

Externe deelnemers:

- Prof. dr. Maartje Schermer, Hoogleraar Filosofie van de geneeskunde; Erasmus MC, Rotterdam
- Prof. dr. Suzanne van de Vathorst, Hoogleraar Kwaliteit van de laatste levensfase en van sterven; Amsterdam UMC/UvA, Amsterdam
- Prof. dr. Marcel Verweij, Hoogleraar Filosofie; Wageningen University, Wageningen
- Prof. dr. Martine de Vries, Hoogleraar Normatieve aspecten van de geneeskunde; LUMC/Universiteit Leiden, Leiden
- Prof. dr. Dick Willems, Hoogleraar Medische ethiek; Amsterdam UMC/UvA, Amsterdam

Ondersteuning:

- Bureau van de KNMG

