

Overzicht triagecriteria Code zwart internationaal

Samenvatting

- Gekeken naar (10)(2a), (10)(2a) en (10)(2a)
 - Geen van de landen lijkt nog een nationaal, overkoepelend document te hebben.
 - Wel wordt in alle landen, behalve (10)(2a) benadrukt dat dergelijke protocollen/richtlijnen moeten worden opgesteld om te voorkomen dat artsen aan het bed keuzes tussen patiënten moeten maken.
 - Vaak worden wel algemene ethische principes genoemd (weldoen, respect voor autonomie, rechtvaardigheid), maar niet de concrete invulling hiervan op de werkvloer: als er gekozen moet worden, wie krijgt dan wel de zorg en wie niet?
 - Over het algemeen is er wel overeenstemming over welke criteria er zijn, maar niet welke toegepast moeten worden of in welke volgorde.
 - Wel overeenstemming over een verandering van focus: van puur het welzijn en de gezondheid van de individuele patiënt (egalitarisme) naar de publieke gezondheid, het redden van zoveel mogelijk levens (utilisme).
 - Belangrijk dat van patiënten bekend is wat hun wensen zijn tav behandeling, dus belang van Advance Care Planning. Dit geldt voor alle patiënten, maar sterker voor ouderen en mensen met een ernstige/levensbedreigende aandoening. Dit om te voorkomen dat mensen worden opgenomen en (schaarse) zorg krijgen die ze niet meer hadden gewild.
 - In alle landen ligt de nadruk op de medische criteria, die moeten eerst volledig toegepast.
 - Wat als dit niet onderscheidend genoeg is en dat er meerdere patiënten met eenzelfde aanspraak op zorg zijn?
 - o **Alle vier de landen geven aan** dat leeftijd niet als selectie criterium gehanteerd mag worden, omdat dit oneerlijk is/discriminatie. Leeftijd speelt indirect wel mee vanwege vaak slechtere gezondheidstoestand (frailty, comorbiditeit) van ouderen.
 - o (10)(2a) kiest voor 'first come, first served', en als niet duidelijk is welke patiënt eerst kwam, dan loting ('random selection').
 - o (10)(2a) verwerpt alle mogelijke andere ethische criteria (zoals loten, first come of sociale waarde): aanname lijkt te zijn dat je uiteindelijk altijd op medische gronden tussen patiënten kunt kiezen.
 - o (10)(2a) bespreekt vooral de shift van individu naar de groep en stelt dat dit alleen bij uitzonderlijke schaarste mag gebeuren, op basis van medische criteria.
 - o (10)(2a) pleit voor 'first come, first served'. Aanvullend zou het criterium van instrumentele/sociale waarde gehanteerd mogen worden: dus wie zijn er nodig om de samenleving draaiende te houden.
- (10)(2a)
- De Vereniging van IC-artsen geeft ethisch advies, maar biedt geen nationale richtlijn.
 - Aangeraden wordt dat ieder ziekenhuis zijn eigen richtlijn opstelt.
 - Uitgangspunt is niet inzetten van 'disproportionele zorg': hierin worden behalve de medische kenmerken van de patiënt (gezondheidstoestand, prognose etc.) ook het Advance Care Plan meegenomen.
 - Het is dus belangrijk om zoveel mogelijk van patiënten te weten wat hun wensen zijn tav (IC)-zorg.
 - Hogere leeftijd is geassocieerd met een slechtere uitkomst bij COVID-19, maar dit gaat om aspecten die samenhangen met leeftijd en niet de leeftijd zelf.
 - Leeftijd mag op zichzelf dus niet als criterium gehanteerd worden voor triagebeslissingen.
 - Als er gekozen moet worden tussen in medisch opzicht vergelijkbare patiënten, dan is 'first come, first served' het meest eerlijk (fair) en als niet duidelijk is welke patiënt eerst kwam, dan 'loting ('random selection'): patiënten met een gelijke kans op overleven, moeten ook een gelijke kans op toegang tot zorg hebben.
- (10)(2a)
- Swiss Academies of Arts and Sciences (SAMS) en Swiss Society for Intensive Care Medicine (SGI)
 - Ook hier is het uitgangspunt voorkomen van disproportionele zorg.
 - En wordt het belang benadrukt van het van te voren met patiënten (of hun vertegenwoordigers) bespreken van hun wensen, vooral in het geval van complicaties.
 - Bij schaarste moet er gekozen worden op basis van de 'short-term prognosis', dat betekent de patiënten die het meeste baat zullen hebben bij de IC-zorg:

- o Goede prognose met IC-zorg en slechte prognose zonder. Dus de 'too-well' en de 'too-sick' worden dan uitgesloten. Is in overeenstemming met een meer utilistische benadering.
- Leeftijd zelf mag niet toegepast worden als criterium, omdat dan minder waarde wordt gehecht aan oude dan aan jonge mensen, wat indruist tegen het verbod op discriminatie.
- Het telt indirect wel mee bij 'short-term prognosis', omdat oude mensen vaak comorbiditeit hebben. Ook is leeftijd een risicofactor bij COVID-19.
- Aanvullende criteria (zoals loten, first come of sociale waarde) mogen *niet* gehanteerd worden.
- Aanname lijkt te zijn dat je uiteindelijk altijd op medische gronden tussen patiënten kunt kiezen.

(10)(2a)

- De (10)(2a): Het is niet aan de staat/overheid om concrete richtlijnen op te stellen, dit moeten andere (medisch-)professionele instanties doen.
- Uitgangspunt is de Duitse grondwet: alle mensen komt dezelfde bescherming toe, dus geen onderscheid op basis van geslacht, etniciteit, leeftijd, sociale rol/iemands 'waarde' of voorspelde levensverwachting. De staat mag nooit keuzes maken mbt welke levens wel en niet gered worden, zelfs niet in uitzonderlijke gevallen van een wereldwijde noodsituatie.
- Maar er moeten wel uniforme regels komen, zodat artsen niet aan het bed deze keuzes moeten maken.
- Ethisch gezien, moeten keuzes gebaseerd zijn op weloverwogen, gerechtvaardigde, transparante en zoveel mogelijk uniform toegepaste criteria.
- Vereniging van intensivisten en SEH artsen: geven medische criteria.
- Verwijzen naar document van de Medisch Ethische Academie, maar die wijzen alleen op inzetten van ethici in zorginstellingen bij opstellen van criteria.
- De (10)(2a) geeft drie criteria: medische indicatie, wil van de patiënt en klinische prognose.
- Alleen in noodsituatie van schaarste mag gekozen worden om de meeste levens te redden, maar dit mag niet leiden tot het uitsluiten van bepaalde patiëntgroepen. Hier is een risico op als gekozen wordt naar de levenskwaliteit.

(10)(2a)

- De overheid heeft bepaald dat dit een keuze is die artsen zelf kunnen en moeten maken en dat ze gewend zijn om dergelijke lastige keuzes tav hun patiënten te maken. Twee instanties hebben zelf iets opgesteld.
- (10)(2a)
 - o Benadrukken de impact die het op artsen heeft om te moeten kiezen voor 'maximizing benefits' (redden van zoveel mogelijk levens), waardoor hele zieke patiënten geen IC-zorg (meer) krijgen, terwijl ze dat in normale situatie wel hadden gekregen (en hadden overleefd).
 - o Voorrang moet gegeven worden aan patiënten van de situatie het meest urgent is, minst complex en die waarschijnlijk het langste overleven.
 - o Triage mag niet plaatsvinden alleen op basis van leeftijd: jongeren hebben niet automatisch voorrang op ouderen. Dat zou onwettig zijn en discriminatie. Wel waarschijnlijk dat ouderen vanwege hun gezondheid minder voorrang krijgen.
 - o Eerlijke verdeling van middelen moet gebaseerd zijn op egalitarisme: ze pleiten voor 'first come, first served'.
 - o Aanvullend zou het criterium van instrumentele waarde gehanteerd mogen worden: dus wie zijn er nodig om de samenleving draaiende te houden.
 - o Dit moet geformuleerd worden door de overheid, niet door artsen zelf.
 - o Nadruk op belang van transparantie en maatschappelijke discussie.
- (10)(2a)
 - o Belang van bespreken met patiënten welke zorg ze nog zouden willen.
 - o Verdeling van zorg moet op eerlijke en gelijkwaardige manier gebeuren.
 - o Degene die de meeste zorg nodig heeft gaat voor. Voor sommige patiënten zal IC niet baten.
 - o Het moet duidelijk zijn voor patiënten en hun naasten waarom en op welke manier de zorg wordt verdeeld.
 - o Keuzes moeten gemaakt door multidisciplinair team, bij voorkeur ook in overleg met medisch-ethici.