

Federatie  
Medisch  
Specialisten

Aan:

Mercatorlaan 1200  
Postbus 20057  
3502 LB Utrecht  
(088) 505 34 34

**Datum:** 16 juni 2020  
**Onze referentie:** PvB/RH/20200616  
**Uw referentie:** --  
**Onderwerp** Draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie'

[www.demedischspecialist.nl](http://www.demedischspecialist.nl)  
[info@demedischspecialist.nl](mailto:info@demedischspecialist.nl)

KvK nummer 40483480

Geachte collega,

Vandaag publiceren de Federatie Medisch Specialisten en de Artsenfederatie KNMG het draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie'. Het draaiboek beschrijft hoe artsen moeten beslissen over wie er wel en wie niet een IC-plek krijgt, als in een mogelijk volgende golf van de coronapandemie de druk op de IC landelijk zo hoog oploopt dat er tekorten ontstaan.

In die extreme situatie zijn medische criteria alleen niet meer genoeg om te bepalen wie er opgenomen wordt op de IC en wie op een andere manier zo goed mogelijke zorg krijgt. Of sprake is van fase 3, code zwart, wordt door zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren gezamenlijk vastgesteld en na verificatie door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bij het ministerie van VWS aangegeven. Zorgprofessionals hebben houvast en ruggensteun nodig wanneer ze in zo'n verschrikkelijke situatie terechtkomen. Daarom is er in de afgelopen weken hard gewerkt aan het opstellen van dit draaiboek

Op verzoek van haar achterban heeft de Federatie Medisch Specialisten opdracht gegeven dit draaiboek op te stellen. Het is tot stand gekomen met medewerking van medisch specialisten van verschillende wetenschappelijke verenigingen, een aantal gerenommeerde hoogleraren (medische) ethiek en filosofie en de KNMG. Het draaiboek is door de Federatie Medisch Specialisten en de KNMG voorgelegd aan de IGJ.

Er wordt met man en macht gewerkt om te waarborgen dat onze gezondheidszorg de coronapandemie aankan. We willen allemaal dat dit draaiboek nooit nodig is, maar kunnen dat helaas ook niet uitsluiten. Het maken van keuzes rond IC-opname tijdens schaarste druist in tegen de intrinsieke motivatie van iedere arts en leidt tot grote spanning. Het stemt ons nederig dit document te moeten publiceren, omdat de te maken keuzes over de rand van het medisch domein vallen en worden ingegeven door moreel-ethische uitgangspunten. Echter, in die situatie kunnen we artsen niet alleen laten staan.

Op verzoek van de IGJ heeft de KNMG het draaiboek uitvoerig besproken met bestuurders van verschillende maatschappelijke en zorgorganisaties, te weten ActiZ, ANBO, KBO-PCOB, LHV, NFU, NHG, NOOM, NVAVG, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Verenso en VGN. We maken het draaiboek nu openbaar zodat we een breder gesprek over dit moeilijke onderwerp kunnen voeren. In het webinar van vanavond zal het draaiboek in de vorm van een multidisciplinair overleg van medisch specialisten worden gedeeld en toegelicht.

Aansluitend zal de Federatie de komende periode in meerdere bijeenkomsten in gesprek gaan met medisch specialisten en bestuurders, onder meer uit de ziekenhuizen die in de eerste fase van de pandemie de extreme druk op de spoedeisende hulp en de IC hebben ervaren. Tijdens deze bijeenkomsten zullen we het draagvlak toetsen en het draaiboek testen op toepasbaarheid en toetsbaarheid. Indien dit proces aanleiding geeft tot aanpassingen, dan staan we daar natuurlijk voor open. We zien uit naar een constructieve wisseling van gedachten over het draaiboek.

We hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. P.P.G. (Peter Paul) van Benthem  
Voorzitter Federatie Medisch Specialisten

R.A.C.L. (René) Héman, arts M&G, bedrijfsarts  
Voorzitter Artsenfederatie KNMG



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*

## **Disclaimer**

### **Algemeen**

De Federatie Medisch Specialisten en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van het Draaiboek Triage op 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 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 KNMG.

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 5 juni 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 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

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>4</b>
1.1	Inleiding.....	4
1.2	Verantwoording.....	4
<b>2.</b>	<b>Fasering in crisissituaties</b> .....	<b>6</b>
2.1	Wat betekent fase 3 stap C? .....	8
2.2	Capaciteit in de keten.....	9
<b>3.</b>	<b>Aanbevelingen bij triage op basis van niet-medische overwegingen</b> .....	<b>11</b>
3.1	Algemene ethische uitgangspunten.....	11
3.2	Aanbevelingen.....	12
<b>4.</b>	<b>Praktische uitvoering van triage in fase 3 stap C</b> .....	<b>16</b>
4.1	Triage op medische overwegingen in fase 3 stap A en stap B .....	16
4.2	Fase 3 stap C: Laatste stap: triage op basis van niet-medische overwegingen.....	17
<b>5.</b>	<b>Organiseren</b> .....	<b>20</b>
5.1	Organisatie van triage voor IC-opname bij fase 3 stap C .....	20
5.2	Psychische begeleiding en ondersteuning .....	21
<b>6.</b>	<b>Aanvullende aandachtspunten</b> .....	<b>23</b>
<b>7.</b>	<b>Afkortingenlijst</b> .....	<b>25</b>
<b>8.</b>	<b>Referenties</b> .....	<b>26</b>
	<b>Bijlage 1 Samenstelling Adviesgroep</b> .....	<b>27</b>
	<b>Bijlage 2 Stroomschema</b> .....	<b>28</b>

# 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 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 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-bedden gemaakt zouden moeten worden.

## 1.2 Verantwoording

Het Draaiboek Triage op 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 en de 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 Medisch Specialisten hebben afgevaardigden van de volgende wetenschappelijke verenigingen meegewerkt aan dit Draaiboek:

- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Vereniging van 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 niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie is voor een zienswijze voorgelegd aan de IGJ. De IGJ is niet in de positie om een oordeel uit te spreken of goedkeuring te verlenen aan de inhoudelijke afwegingen, maar begrijpt de noodzaak om met dit Draaiboek de zeer complexe keuzes te kunnen rechtvaardigen.

De IGJ benadrukt dat 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 niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie, gelijktijdig in alle ziekenhuizen moeten worden toegepast. 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 het definitieve Draaiboek.

## 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. De ROAZ is verantwoordelijk voor de continuïteit van de acute zorg. Door de 11 ROAZ-organisaties is een escalatiemodel opgesteld waarin voor verschillende situaties de benodigde samenwerking en afstemming van zorg in de keten beschreven is:

Groen	Preventie, gezamenlijke maatregelen gericht op preventie
Geel	Verzamelen en delen van (operationele) informatie tussen instellingen
Oranje	Delen van tactische maatregelen van een instelling
Rood	Tekortschieten van lokale maatregelen waarvoor de noodzaak tot redistributie van patiëntenstromen en waar mogelijk in gezamenlijkheid strategische keuzes maken
Zwart	Bovenregionale afstemming

1

<sup>3</sup> Kleuren zijn conform landelijke afspraken

*Figuur 1. ROAZ-Escalatiemodel*

Ook tijdens deze pandemie wordt gebruik gemaakt van dit escalatiemodel om de organisatie, coördinatie en afstemming van zorg te organiseren. Zodra strategische afstemming tussen partijen nodig is kan de directeur Publieke Gezondheid (DPG) het Regionaal Crisisteam Zorg (RCZ) bijeenroepen. Het RCZ is daarbij de coördinatiestructuur waarbinnen gemandateerde vertegenwoordigers van zorginstellingen, onder voorzitterschap van de DPG, ten tijde van een ramp of crisis, maatregelen afstemmen die meerdere instellingen raken zodat in de regio verantwoorde zorg in stand gehouden kan worden. In dit model is vastgelegd dat de DPG-en van de verschillende regio's gezamenlijk besluiten tot het opschalen naar 'code zwart': bovenregionale afstemming.

Het escalatiemodel is echter gedefinieerd om de organisatie en coördinatie van het zorgaanbod te regelen zodat continuïteit van zorg gewaarborgd kan blijven. Het model zegt niets over de situatie waarin vanwege de ontoereikende IC-capaciteit zorgkeuzes voor patiënten gemaakt moeten worden. De NVIC heeft in het Draaiboek Pandemie versie een model voor fasering van de druk op de IC-capaciteit gebruikt, dat voorziet in drie verschillende fasen. In Fase 3 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

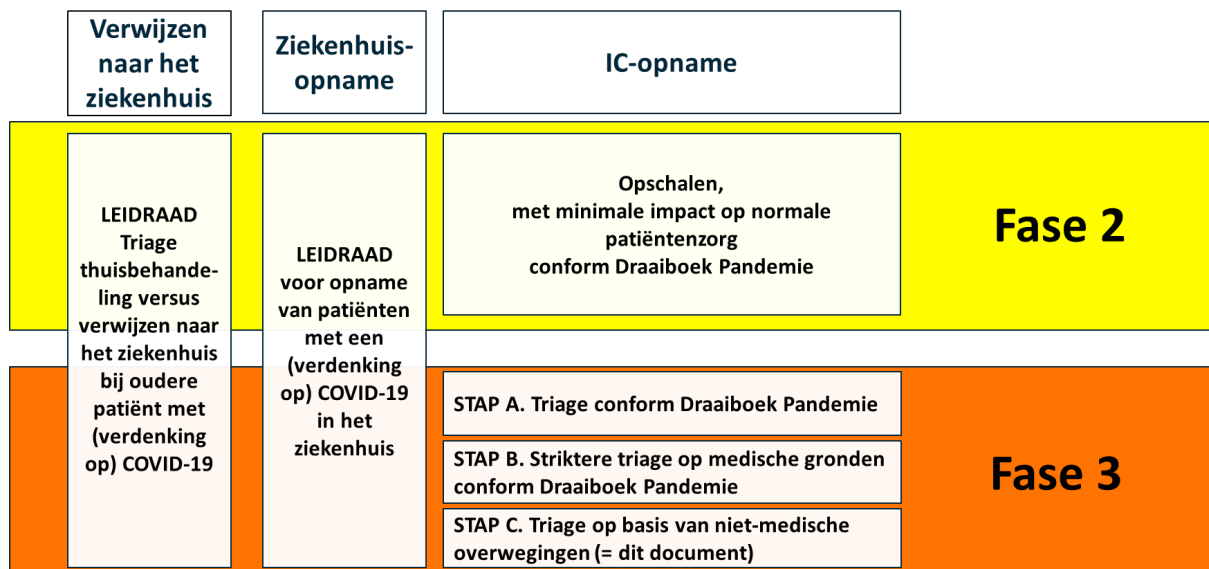
normaal ← ← ← ← ← extreem  
werkomstandigheden

**Figuur 2.** Kader voor normale, onvoorziene en crisis- piekbelasting. Bron: NVIC Draaiboek Pandemie

De NVIC heeft bij herziening van het Draaiboek Pandemie 1.3 een nadere indeling voor fase 3 in drie stappen toegevoegd, uitgaande van steeds verder toenemende druk op beschikbare IC-bedden. In de eerste twee stappen (stap A en stap B) zijn medische criteria geformuleerd op basis waarvan patiënten niet meer worden opgenomen op de IC ten tijde van dreigende schaarste.

Fase 3 wordt 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 medisch inhoudelijke criteria zoals beschreven in het vigerende Draaiboek Pandemie;
- 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-bedden. Er zal worden overgegaan op striktere triage, volgens criteria die nog in het medisch domein liggen (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-bedden bestaat. Op basis van medische overwegingen is er geen onderscheid meer te maken tussen verschillende mensen die een IC-bed nodig hebben. Er zal worden overgegaan op triage volgens overwegingen die buiten het medisch domein liggen.



*Figuur 3. Overzicht van documenten die ten tijde van de verschillende codes 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*

## 2.1 Wat betekent fase 3 stap C?

Er is veel verwarring over het gebruik van de fasering van crisissituaties: code rood, code zwart, fase 3 – terminologie wordt door elkaar gebruikt.

In een “code zwart” situatie, zoals in het ROAZ escalatiemodel beschreven, zijn de effecten van een epidemie / pandemie niet langer regionaal te coördineren en is bovenregionale afstemming van het zorgaanbod noodzakelijk. Die afstemming is in Nederland al vormgegeven met onder meer het inrichten van een Landelijk Coördinatiepunt Patiënt Spreiding (LCPS). Voor het bepalen van de uitgangspunten voor IC-opname is dit model van crisisfasering niet geschikt omdat ten tijde van bovenregionale afstemming nog geen sprake hoeft te zijn van een crisissituatie ten aanzien van de IC-capaciteit

*In het Draaiboek Triage op niet medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 stap C in de COVID-19 pandemie, is de fasering gehanteerd zoals door de NVIC in het Draaiboek Pandemie gebruikt wordt om de druk op de IC-capaciteit in te delen. Fase 3 is de fase waarin crisiszorg geleverd wordt in verband met toenemende capaciteitsproblemen. In fase 3 stap A en fase 3 stap B kan met triage op basis van medisch inhoudelijke afwegingen zoals geformuleerd in het Draaiboek Pandemie, nog balans worden gevonden in de vraag naar IC-opname en beschikbare bedden. Fase 3 stap C is het moment waarop sprake is van (absolute) schaarste van IC bedden, (bijna) alle mogelijke IC-capaciteit is benut en andere capaciteit kan niet toegevoegd/gebruikt worden. 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-bed 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.*

Of sprake is van uiterste benutting van 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. Zorgaanbieders/veldpartijen monitoren de beschikbare capaciteit en rapporteren hierover aan de IGJ. Wanneer er een situatie dreigt te ontstaan waarbij fase 3 op korte termijn wordt ingesteld, informeren zij de minister van VWS en de IGJ hier tijdig over.
2. Zodra de zorgaanbieders/veldpartijen signaleren 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 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'.

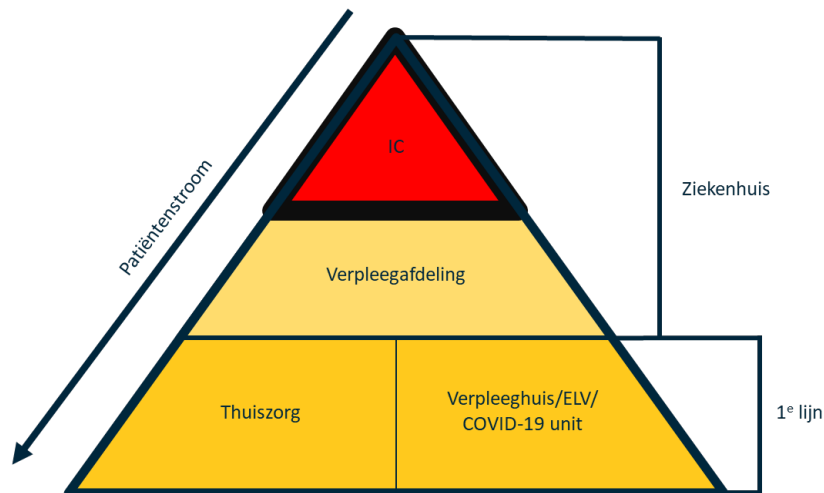
Of sprake is van fase 3 wordt door zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren gezamenlijk vastgesteld in de structuur waarin partijen samenwerken in het LCPS. Nadat door het LCPS en NVIC gezamenlijk een signaal voor fase 3 is afgegeven aan IGJ, zal dit na verificatie door de IGJ bij het ministerie van VWS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

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 (Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)/ROAZ) zo wordt ingericht. Daarna is dit een iteratief proces waarin binnen fase 3 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. Individuele ziekenhuizen koppelen terug naar LNAZ/ROAZ wanneer zij wisselen binnen fase 3, zodat men landelijk overzicht heeft. 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 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.

## **2.2 Capaciteit in de keten**

Dit Draaiboek is gericht op triage op 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 bed te vinden op een verpleegafdeling in een ander ziekenhuis of daarbuiten. Hierbij worden altijd de principes van passende zorg, 'de juiste zorg op de juiste plek', gebruikt, waarvoor 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, zijn opgesteld.

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).



**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)

Dat betekent ook dat er voldoende capaciteit in de 1<sup>e</sup> lijn en 2<sup>e</sup> lijn moet zijn om patiënten op te vangen die géén IC-zorg nodig hebben, maar wel (medische) zorg. Op dit moment worden in snel tempo op uiteenlopende locaties (palliatieve) verpleegafdelingen gerealiseerd om patiënten ook buiten het ziekenhuis van goede zorg te kunnen voorzien om zo te voorkomen dat het ziekenhuis ‘verstopt’ raakt. De eerder genoemde leidraden zijn richtinggevend aan het verwijzbeleid van de eerste- naar de tweedelijnszorg in deze situatie. Alle inzet van partijen is nodig om in de huidige fase tot een optimale inzet van beschikbare (verpleegbedden-)capaciteit te komen in de 1<sup>e</sup> én de 2<sup>e</sup> 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. Deze niet-medische overwegingen zijn niet bedoeld om in de 1<sup>e</sup> lijn al tot een triage van patiënten te komen die al dan niet worden verwezen voor 2<sup>e</sup> lijnszorg.

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

Bij uiterste benutting van capaciteit en absolute schaarste, is het noodzakelijk om van een patiëntgerichte naar een bevolkingsgerichte besluitvorming over te gaan om zo het gebruik van beschikbare middelen zo goed mogelijk te benutten. Altijd, zowel bij reguliere zorg als crisiszorg, worden voor individuele patiënten de voor- en nadelen van een IC-opname afgewogen. Maar het principe 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 niet meer gepast en rechtvaardig. Deze procedure is alleen rechtvaardig als er voor iedereen die in aanmerking komt voldoende zorgcapaciteit beschikbaar zal zijn. Bij extreme schaarste is dit niet het geval en zorgt ‘first come, first serve’ voor willekeur ten aanzien van de vraag wie wel IC-zorg krijgt en wie niet. Het later aanmelden of het iets verder van het ziekenhuis wonen kan al betekenen dat de patiënt geen IC-zorg meer kan krijgen in tijden van absolute schaarste. In de situatie van uiterste benutting van capaciteit en absolute schaarste is het dus niet vanzelfsprekend en onrechtvaardig om ‘first come, first serve’ toe te passen zoals in de reguliere situatie. Andere ethische uitgangspunten gaan een rol spelen. In deze situatie vindt triage plaats volgens 3 stappen. Triage van patiënten die IC-opname behoeven gebeurt eerst op basis van medische overwegingen (fase 3 stap A en B). Deze staan beschreven in het Draaiboek Pandemie. In de situatie waarin triage voor IC-opname niet meer kan plaatsvinden op medische overwegingen, zullen andere, niet-medische overwegingen het uitgangspunt zijn waarop artsen hun handelen baseren (fase 3 stap C). Voor deze stap worden in dit Draaiboek algemene ethische uitgangspunten en aanbevelingen geformuleerd.

#### 3.1 Algemene ethische uitgangspunten

Eerder genoemde adviesgroep van ethici baseert zich op de volgende uitgangspunten:

- Het principe dat ieder mens gelijkwaardig is;
- Het uitgangspunt dat we zoveel mogelijk levens willen redden;
- 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 leven 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.

Het in een vroeg stadium van triagebeslissingen al hanteren van een procedure die op toeval gebaseerd is (loten of ‘first come, first serve’) in strijd met het eerder geformuleerde uitgangspunt van rechtvaardigheid. Een procedure gebaseerd op toeval (loten of ‘first come, first serve’) 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. Het uitsluitend gebruiken van overwegingen van toeval kan er bijvoorbeeld toe leiden dat hoewel er relevant ander onderscheid gemaakt had kunnen worden tussen patiënten, toch degene die dichterbij het ziekenhuis woont bevoordeeld wordt ('first come, first serve'), of dat er bijvoorbeeld geen plek is op de IC als een kind of adolescent een verkeersongeluk krijgt en om die reden IC-zorg nodig heeft (loting).

### 3.2 Aanbevelingen

Vanuit deze uitgangspunten 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.<sup>a</sup>**
  - a. 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.
  
- 2) **Gebruik voor zover relevant een Clinical Frailty Scale (CFS) om de kans op overleving te bepalen, maar voorkom dat het gebruik ervan al bij voorbaat mensen uitsluit die geen medische kenmerken hebben die hun prognose zou beperken.<sup>b</sup>**
  - b. 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/hulpbehoefendheid 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.<sup>c</sup> Dit betekent dat patiënten die een langere IC-opname nodig zullen hebben, een lagere prioriteit krijgen.**
  - c. Korte verwachte opnameduur is te verdedigen als het doel is om zoveel mogelijk levens te redden. Waarschijnlijk komen lage overlevingskansen en langere IC-duur meestal op hetzelfde neer. De verwachte opnameduur is niet altijd goed te voorspellen.
  
- 4) **Mensen die werkzaam zijn in de zorg 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
  - er tegelijkertijd een landelijke of regionale schaarste was van materiaal voor persoonlijke bescherming.<sup>d</sup>
  - d. 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.  
  
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, zeker bij een tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Ze hebben minder of geen kans gehad zich daaraan te onttrekken. 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 werknemer 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.

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 intergenerationele solidariteit is leeftijd op grond van overwegingen van rechtvaardigheid een relevant criterium.<sup>e</sup> 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: 0-20 jaar, 20-40 jaar, 40-60 jaar, 60-80 jaar en 80+ jaar.<sup>f</sup>**

- e. Deze overweging is gebaseerd op het zogeheten 'fair innings'-argument dat zegt dat jongere generatie een sterkere morele aanspraak op levensreddende zorg hebben dan oudere generaties, die al veel meer levensjaren hebben genoten. Andersom gezegd: het is rechtvaardig om jongere generaties voorrang te geven boven oudere generaties, omdat jongere generaties nog een lang leven voor zich hebben terwijl dat voor oudere generaties minder opgaat en iedereen in de loop van zijn of haar leven evenveel gelijke mogelijkheden ('fair innings') zou moeten hebben. (CEG 20120F1)

---

<sup>1</sup> Zee, van der, et al., 2012. Rechtvaardige Selectie Bij Een Pandemie. Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG).

Een verwante onpartijdigheids-argumentatie is: als je niet zou weten in welke generatie je nu 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 argument. (Rivlin 2000<sup>1</sup>) Onder meer: het fair innings argument bevoordeelt ook de (recidiverende) jonge 'drunken driver' die IC-zorg nodig heeft, het is leeftijdsdiscriminatie, het kijkt uitsluitend naar kwantitatieve, niet naar kwalitatieve 'innings'. 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. Dat er sprake zou zijn van leeftijdsdiscriminatie is ethisch gezien niet overtuigend, omdat iedereen in principe gedurende zijn leven verschillende leeftijden doorloopt, wat leeftijd onderscheidt van bijvoorbeeld sekse of etniciteit." (ref: Bognar, B. (2015), Fair Innings. Bioethics, 29(4): 251-261.)

De generatie als criterium is voor sommige mensen misschien moeilijk te accepteren, maar alternatieven, zoals direct loten of 'wie het eerste komt, wie het eerste maalt', stuiten vanuit ethisch oogpunt op grotere bezwaren.

- f. In het genoemde onderzoek in Maryland (Daugherty Biddison 2019<sup>2</sup>) worden vier leeftijdscategorieën gehanteerd: 0-49, 50-69, 70-84 en 85 jaar en ouder. Dit Draaiboek stelt een verdeling voor in groepen van 20 jaar, omdat dit grofweg overeenkomt met generaties en daardoor beter aansluit bij het fair innings-argument.

**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. De criteria op basis waarvan die medische inschatting wordt gemaakt (inclusief wat men verstaat onder "afzienbare tijd") kunnen worden aangescherpt als de druk op de IC verder toeneemt.<sup>3</sup>**

- g. Bij toewijzing van schaarse IC-zorg kan en moet intergenerationele solidariteit een rol spelen, maar niet bij de vraag of de behandeling bij een patiënt gestopt moet worden ten behoeve van bijvoorbeeld een andere patiënt uit een jongere generatie. Dit zou ervoor 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. Wat wel een argument kan zijn is dat al (veel) eerder dan anders de vraag zich opdringt of er nog wel voldoende uitzicht is dat deze patiënt binnen redelijke termijn kan herstellen. Het kader op basis waarvan deze inschatting wordt gemaakt kan

---

<sup>2</sup> Rivlin M. M. (2000). Why the fair innings argument is not persuasive. BMC medical ethics.

<sup>3</sup> Daugherty Biddison, et al. (2019). Too Many Patients...A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. Chest.



scherper worden naarmate de schaarste extremer wordt. Dit betekent echter niet dat de patiënt die nu behandeld wordt vergeleken wordt met de patiënten die óók in aanmerking komen voor IC-zorg. In die situatie is het niet acceptabel om te vergelijken met andere patiënten die 'voor de deur staan'. De enige mogelijkheid is dan om de medische criteria uit het Draaiboek Pandemie aan te scherpen, bijvoorbeeld door een lager kwetsbaarheidsniveau als grens te hanteren (bijv. fase 3 stap B vergeleken met fase 3 stap A).

**7) Indien 1) t/m 6) geen uitsluitel bieden: een procedure gebaseerd op toeval (loting of 'first come, first serve')<sup>h,i,j</sup>**

- h. 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. We moeten ons realiseren dat niet-selecteren ook tot ongewenste effecten leidt.
- i. In het geval dat patiënten zich achtereenvolgens aandienen zal de procedure gebaseerd worden op 'first come, first serve'. Indien patiënten zich tegelijkertijd aandienen zal de procedure op basis van loting zijn.
- j. Alvorens tot loting wordt overgegaan doet het triageteam vanuit klinische expertise een laatste check.

Samenvattend:

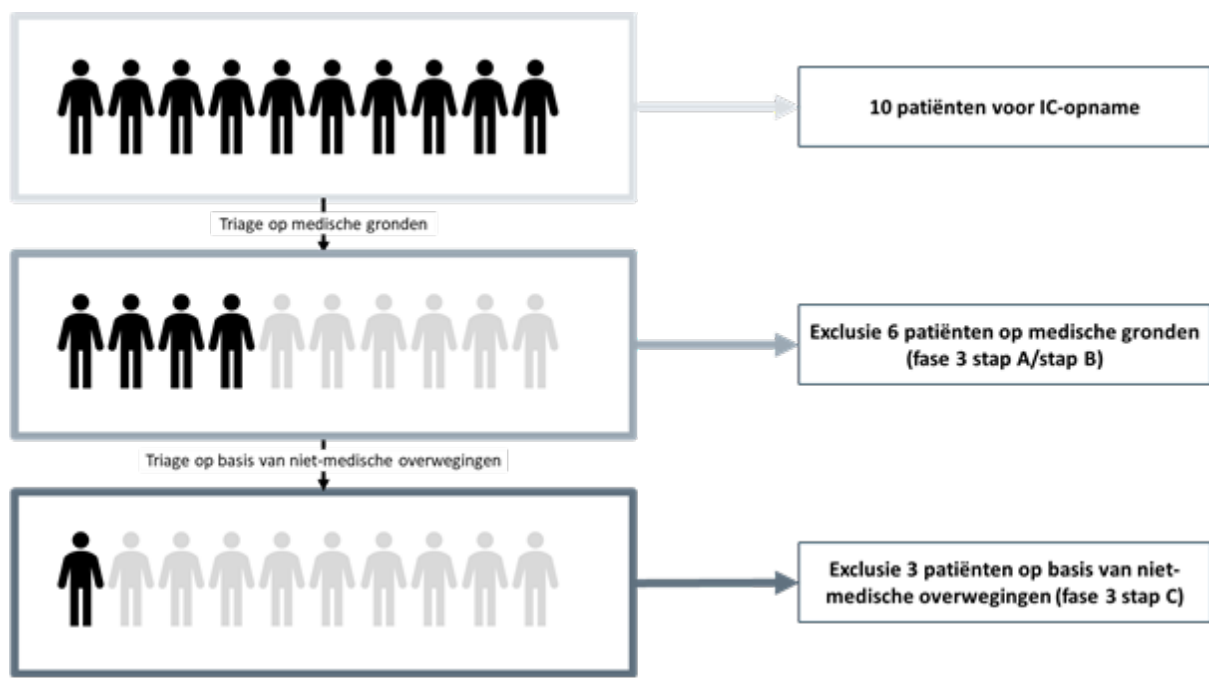
De ordening wordt:

- a) Toepassen van (medische) exclusiecriteria zoals in het Draaiboek Pandemie geformuleerd voor fase 3 stap A en stap B .
- b) Voorrang voor patiënten die naar verwachting een relatief korte IC-opname nodig hebben.
- c) Voorrang voor mensen die werkzaam zijn in de zorg, die beroepsmatig veelvuldig en risicovol contact met verschillende patiënten gehad hebben én een landelijke of regionale schaarste van materiaal voor persoonlijke bescherming is vastgesteld.
- d) Voorrang voor patiënten uit een jongere generatie: 0-20 jaar; 20-40 jaar; 40-60 jaar; 60-80 jaar en 80+ jaar.
- e) Indien a) t/m d) geen uitsluitel biedt: een procedure gebaseerd op toeval (loting of 'first come, first serve').

Stel fase 3 niet pas in als het laatste IC-bed vergeven is. Voor het maatschappelijk draagvlak is het van belang om de mogelijkheid van het aanbreken van fase 3 en de gedachtegang van deze aanbevelingen tijdig en zorgvuldig, dus met oog voor eventuele onrust, te communiceren. Uit een evaluatie van het optreden in Mexico tegen de Mexicaanse griep blijkt dat transparantie en communicatie essentieel waren. Heldere communicatie naar de bevolking op basis van de nieuwste ontwikkelingen van de epidemie en risicocommunicatie waren noodzakelijk om paniek te vermijden. (CEG 2012<sup>1</sup>)

## 4. Praktische uitvoering van triage in fase 3 stap C

Om te bepalen welke patiënten opgenomen worden op de IC, zal fase 3 stap A en stap B eerst op basis van medische overwegingen bepaald worden of patiënten toegelaten worden tot de IC. Patiënten die voldoen aan de exclusiecriteria zullen niet opgenomen worden tijdens deze fase. Er zullen daarna echter patiënten overblijven die niet op medische criteria geëxcludeerd zijn. In fase 3 stap C zijn medische parameters als uitgangspunt van triage ontoereikend om te bepalen welke patiënten worden opgenomen op de IC. Deze patiënten zijn in hun medische behoefte aan IC-opname gelijk. Tijdens fase 3 stap C is de capaciteit op de IC na triage op medische criteria nog steeds ontoereikend en zal dus op basis van niet-medische overwegingen een keuze gemaakt moeten worden welke patiënt uiteindelijk zal worden opgenomen. In dit hoofdstuk zullen een aantal theoretische voorbeelden aan bod komen.



*Figuur 5. Fase 3 triage bij 10 fictieve patiënten in het ziekenhuis met 1 beschikbare IC-opnameplek: 6 patiënten worden geëxcludeerd op medische gronden, 3 patiënten worden geëxcludeerd op basis van niet-medische overwegingen.*

### 4.1 Triage op medische overwegingen in fase 3 stap A en stap B

Bij triage op medische overwegingen worden in fase 3 stap A en stap B specifieke exclusiecriteria gehanteerd die door een zorgprofessional worden beoordeeld. Patiënten die voldoen aan deze exclusiecriteria worden beschouwd als te ziek of kwetsbaar om op de IC opgenomen te worden ten tijde van fase 3. Deze criteria gelden tijdens een pandemie, grote uitbraak of ramp, **als overgegaan is op crisis-zorg en triage noodzakelijk is.** (zie Draaiboek Pandemie )

#### 4.2 Fase 3 stap C: Laatste stap: triage op basis van niet-medische overwegingen

## Laatste stap: Triage op basis van niet-medische overwegingen

Uitgangspunt: 10 gelijke patiënten, 1 IC-bed



Figuur 6. Uitgangspunt triage op basis van niet-medische overwegingen

Bij triage op basis van medische overwegingen wordt prioriteit gegeven aan patiënten met de beste overlevingskans. In dat kader wordt onder andere getrieerd op basis van de Clinical Frailty Scale.

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 gelijk zijn. Dat wil zeggen: de patiënten zijn medisch gelijk, voor alle patiënten is de behandeling (IC-opname) medisch noodzakelijk. De triagecriteria die gebruikt worden bij triage op basis van niet-medische overwegingen gelden dan ook voor zowel COVID-19 patiënten als voor andere patiënten die IC nodig hebben.

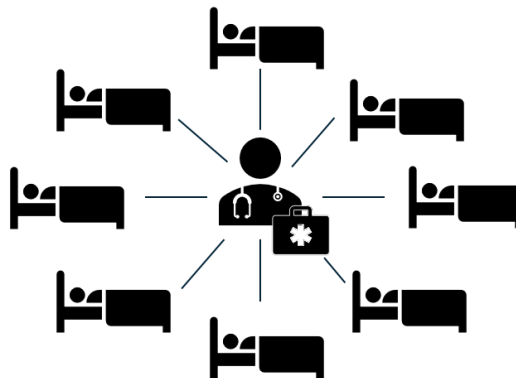
Dat betekent dat er in een situatie van absolute schaarste een keuze gemaakt moet worden wie van deze 10 gelijke patiënten wordt toegelaten op het enige beschikbare IC-bed. Daarvoor kunnen onderstaande aanbevelingen gebruikt worden om met een multidisciplinair triage-team tot een keuze te komen.

1. Patiënten die naar verwachting een relatief korte IC-opname nodig hebben om te overleven hebben voorrang.

In lijn met het eerder geformuleerde uitgangspunt dat we zoveel mogelijk levens willen redden is het te verdedigen dat patiënten waarvan kan worden ingeschat dat zij minder lang IC-zorg nodig hebben om te overleven prioriteit krijgen. Zij doen op dat moment minder een beroep op de schaarse IC-capaciteit. Dit betreft een argument in het kader van efficiënt gebruik van de capaciteit. In de praktijk zal de voorrang voor minder lange IC-zorg weinig extra selectie opleveren ten opzichte van de medische criteria uit fase 3 stap A en stap B, omdat een langere IC-ligduur en lagere overlevingskans in het verlengde van elkaar liggen.

2. Medewerkers in de zorg die beroepsmatig veelvuldig en risicovol contact met verschillende patiënten hadden en zich wegens landelijke of regionale schaarste onvoldoende persoonlijk konden beschermen, hebben voorrang.

Medewerkers in de zorg die beroepsmatig veelvuldig en risicovol contact met verschillende patiënten hebben gehad, maken een grotere kans om in de huidige noodsituatie geïnfecteerd te raken als er een tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen is. Ze hebben dan minder of geen kans gehad zich aan dit risico te onttrekken. Daarnaast is het voorstelbaar dat het voor zorgprofessionals belangrijk is om te weten dat zij behandeld zullen worden als ze aan de voorwaarden voldoen. 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.



*Figuur 7. Voorrang voor medewerkers in de zorg bij schaarste van persoonlijke beschermingsmiddelen: beroepsmatig, risicovol en veelvuldig contacten met verschillende patiënten waardoor zij minder/geen kans hebben om zich aan (mogelijke) besmetting te onttrekken.*

### 3. Triage op basis van intergenerationale solidariteit

Leeftijd in het kader van intergenerationale solidariteit is op grond van overwegingen van rechtvaardigheid een relevant criterium. Hierbij wordt leeftijd relatief gehanteerd, in de vorm van generaties. Hierbij wordt het 'fair-innings'- argument gebruikt: jongere generaties hebben een sterkere morele aanspraak op IC-zorg dan oudere generaties die al veel meer levensjaren hebben genoten. Iedereen zou in de loop van zijn of haar leven evenveel gelijke mogelijkheden ('fair innings') moeten hebben. Dit betekent dat voorrang wordt verleend aan patiënten uit een jongere generatie: 0-20 jaar; 20-40 jaar; 40-60 jaar, 60-80 jaar, 80+jaar. Iedere generatie maakt kans om op de IC te komen.

### 4. Indien 1 en 2 geen uitsluitel bieden: een procedure gebaseerd op toeval (loting of 'first come, first serve')

Het op toeval laten aankomen is bijzonder pijnlijk maar goed verdedigbaar als er geen goede argumenten voor onderscheid gemaakt kunnen worden. Iedereen realiseert zich dat we te maken hebben met tragiek: dat niet iedereen meer een kans kan worden gegeven, en dat hoe je de keuze ook maakt er mensen buiten de boot gaan vallen. We moeten ons realiseren dat niet-selecteren ook tot ongewenste effecten leidt. In het geval dat patiënten zich achtereenvolgens aandienen zal de procedure gebaseerd worden op 'first come, first serve'. Als patiënten zich tegelijkertijd aandienen zal de procedure op basis van loting gebeuren.

Alvorens tot loting wordt overgegaan doet de triagecommissie vanuit klinische expertise een laatste check.

5. Dagelijkse heroverweging van prognose en verwachte uitkomst van de IC-patiënt  
*Staken van behandeling van bijvoorbeeld oudere IC-patiënten om een jongere patiënt toe te laten is niet aanvaardbaar.* Leeftijd kan en moet wel een rol spelen bij toewijzing van schaarse IC-bedden maar niet bij de vraag of de behandeling bij een patiënt gestopt moet worden ten behoeve van een hoger geprioriteerde patiënt. Wat wel een argument kan zijn voor het staken van een behandeling is dat (veel) eerder dan anders de vraag zich voordoet of er nog wel voldoende uitzicht is dat deze patiënt binnen redelijke termijn kan herstellen. Het kader op basis waarvan deze inschatting wordt gemaakt kan verder aangescherpt worden naarmate de schaarste extremer wordt, maar dat betekent niet dat de patiënt die nu behandeld wordt vergeleken wordt met de patiënten die óók in aanmerking zouden moeten komen voor IC.



**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 8.** *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' kan niet.*

## 5. Organiseren

### 5.1 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:

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 LCPS. Na dat 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. Bij uitputting van triage op medische criteria wordt overgegaan op triage op basis van niet-medische overwegingen conform fase 3 stap C: Dit gebeurt door een triage-team. Een triage-team bestaat uit tenminste 3 of meer medisch specialisten (waarvan in ieder geval één intensivist) met een generalistische achtergrond en voldoende levenservaring.
4. Het triage-team wordt ondersteund door een triagecommissie. Deze commissie bestaat uit medisch specialisten, bij voorkeur uitgebreid met andere disciplines (orgaanspecialisten, verpleegkundigen). In de triage-commissie nemen bij voorkeur daarnaast ook zitting: een ethicus, jurist, geestelijk verzorgende of psycholoog. Daar waar dit niet 'fysiek' mogelijk is binnen het ziekenhuis, moet dit op afstand worden georganiseerd. De triagecommissie wordt ingesteld en gesteund door de raad van bestuur.
5. Behandelend medisch specialisten op de SEH, behandelafdeling of IC dienen geen deel uit te maken van het triage-team dat op dat moment dienst heeft.
6. De deelnemers uit het dienstdoende triageteam hebben bij voorkeur geen klinische taken op het moment dat zij ten tijde van fase 3 stap C triëren; zij worden op dat moment bij voorkeur volledig en uitsluitend ingezet voor triage.
7. De triage-commissie is voortdurend op de hoogte van de landelijke capaciteit en heeft de meest recente draaiboeken en protocollen ter beschikking en zorgt ervoor dat het triage-team van dienst op de hoogte is van de laatste stand van zaken.
8. Het ziekenhuisbeleid is bekend bij alle artsen, verpleegkundigen en andere relevante medewerkers in en rondom het ziekenhuis (inclusief huisartsen/specialisten

ouderengeneeskunde uit de 1<sup>e</sup> 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 zullen spreken. Echter: artsen in de 1<sup>e</sup> lijn en ook op de SEH kunnen fase 3 stap C triagecriteria niet toepassen voor respectievelijk verwijzing of ziekenhuisopname op verpleegafdeling of IC.

9. 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 de triage-team gevraagd worden. De 1<sup>e</sup> lijn en/of verwijzer wordt geïnformeerd over het besluit.
10. Eerste opvang en vervolggesprekken met patiënt en naasten kunnen gecoördineerd en georganiseerd worden door bijvoorbeeld verpleegkundige(n) of verpleegkundig specialist(en) van de triage-commissie.
11. Besluiten en overwegingen zijn transparant en moeten altijd goed genoteerd zijn in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Achteraf moet tenminste herleidbaar zijn welk triageteam de beslissing heeft genomen. Leg bijvoorbeeld het rooster van de bemensing van het triageteam vast.
12. De registratie van de triage zal tenminste inhouden: het bijhouden van triage beslissingen en van patiëntuitkomsten van alle getrieerde patiënten, alsmede het opvolgen van ten minste onverwachte sterfgevallen en overmatige sterfte.

## **5.2 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 patiënten, familie en zorgprofessionals 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 vervolggesprek' van patiënt en zijn/haar naasten na het slechte nieuws. Deze 'eerste opvang- en vervolggesprekken' 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<sup>e</sup> lijn) moet worden bekeken of deze gesprekken door zorgprofessionals in het ziekenhuis of in de 1<sup>e</sup> lijn kunnen worden gedaan.

### *Zorgprofessionals*

Van zorgprofessionals wordt een topprestatie gevraagd in 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 LAD. Ook vanuit de bedrijfsgezondheidszorg kan worden bijgedragen aan het opvangen van werkenden (in de zorg of naasten van mensen die getrieerd zijn).

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'.



## 6. Aanvullende aandachtspunten

- **Voor patiënten die voldoen aan criteria voor ziekenhuisopname moet een plek worden gevonden in een ziekenhuis (of een geschikt alternatief daarbuiten)**  
Het Draaiboek Pandemie en dit Draaiboek gelden uitsluitend voor triage voor IC-opname ten tijde van fase 3. Voor triage ten aanzien van opnemen in of verwijzen naar het ziekenhuis, volgen zorgverleners de Leidraden ‘thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19’ en ‘opname van patiënten met (verdenking op) COVID-19 besmetting in het ziekenhuis’. Dit betekent dat een patiënt die voldoet aan criteria voor ziekenhuisopname opgenomen dient te worden, op een verpleegafdeling in een ziekenhuis of een geschikt alternatief buiten het ziekenhuis.
- **Zet in op het creëren van capaciteit op verpleegafdelingen in het ziekenhuis, speciaal ingerichte COVID-units, verschillende woonzorgsettings (verpleeghuis, ELV, hospice, instellingen voor gehandicaptenzorg) en in de thuissituatie om patiënten op te vangen**  
Wanneer de grens van de capaciteit op de IC bereikt is, zullen de patiënten die op grond van triage geëxcludeerd zijn voor IC-opname, opgevangen worden op een verpleegafdeling in het ziekenhuis. In de gehele keten worden dan nog steeds weloverwogen besluiten gemaakt door zorgprofessionals ten aanzien van het verwijzen of opnemen van patiënten op basis van de beschikbare leidraden ‘thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19’ en ‘opname van patiënten met (verdenking op) COVID-19 besmetting in het ziekenhuis’. In fase 3 zal er (nog) meer vraag zijn naar ‘beschikbare bedden’ op de lagere niveaus (verpleegafdelingen in het ziekenhuis, woonzorgsettings en de thuissituatie) om patiënten op te vangen. Dit betekent dat er ten tijde van fase 3 nog meer ingezet moet worden extra en geschikte capaciteit op verpleegafdelingen, speciaal ingerichte COVID-19 units in woonzorgsettings en in de thuissituatie.
- **Zorg dat de crisisorganisatie gereed is voordat fase 3 ingaat**  
Denk bijvoorbeeld aan het tijdig oprichten van een triage-commissie, samenstellen van triage-teams en roostering, en aan het maken van lokale afspraken omtrent communicatie en documentatie.
- **Maak regionaal inzichtelijk (digitaal) wat de capaciteit is van de verschillende woonzorgsettings waar patiënten die niet worden opgenomen in het ziekenhuis terecht kunnen**  
Soms kan de zorg in de thuissituatie ontoereikend zijn bij een zieke of herstellende kwetsbare oudere (bijv. 24 uren zorgbehoefte, toename onbegrepen gedrag bij mensen met dementie, beperkte beschikbaarheid thuiszorg, etc.). Het risico bestaat namelijk dat, indien zorg in de thuissituatie door de huisarts niet acuut te regelen is, deze patiënten verwezen worden naar de spoedeisende hulp in de hoop dat zorg sneller geregeld kan worden vanuit het ziekenhuis. Zeker wanneer er nog maar beperkte capaciteit is op verpleegafdelingen in het ziekenhuis, is het van groot belang dat huisartsen eenvoudig een geschikte plek kunnen vinden voor hun patiënt.
- **Creëer in verband met de verwachte impact van een fase 3 lokaal een netwerk voor psycho-emotionele ondersteuning van patiënten, naasten en zorgprofessionals**  
Triage ten tijde van fase 3 zal een enorme druk leggen op patiënten, hun naasten en betrokken zorgprofessionals. De keuzes die gemaakt moeten worden kunnen wringen, en mogelijk zelfs traumatiserend zijn. Het is daarom van groot belang dat nagedacht wordt over

de opvang van patiënten, naasten en de uitvoerende zorgprofessionals, tijdens en na deze intensieve crisisperiode.

## 7. 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 Coördinatie Patiënten Spreiding
LNAZ	= Landelijk Netwerk Acute Zorg
NVIC	= Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
OMT	= Outbreak Management Team
ROAZ	= Regionaal Overleg Acute Zorgketen
SEH	= Spoedeisende Hulp

## 8. 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].

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].

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].

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](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].

Teamontwikkeling (11) Coördinerende crisisteam in hun kracht Selma van der Haar, Mien Segers, Gerrit Vernimmen, Clarien Schoeren & Miranda Dirx

## **Bijlage 1 Samenstelling Adviesgroep**

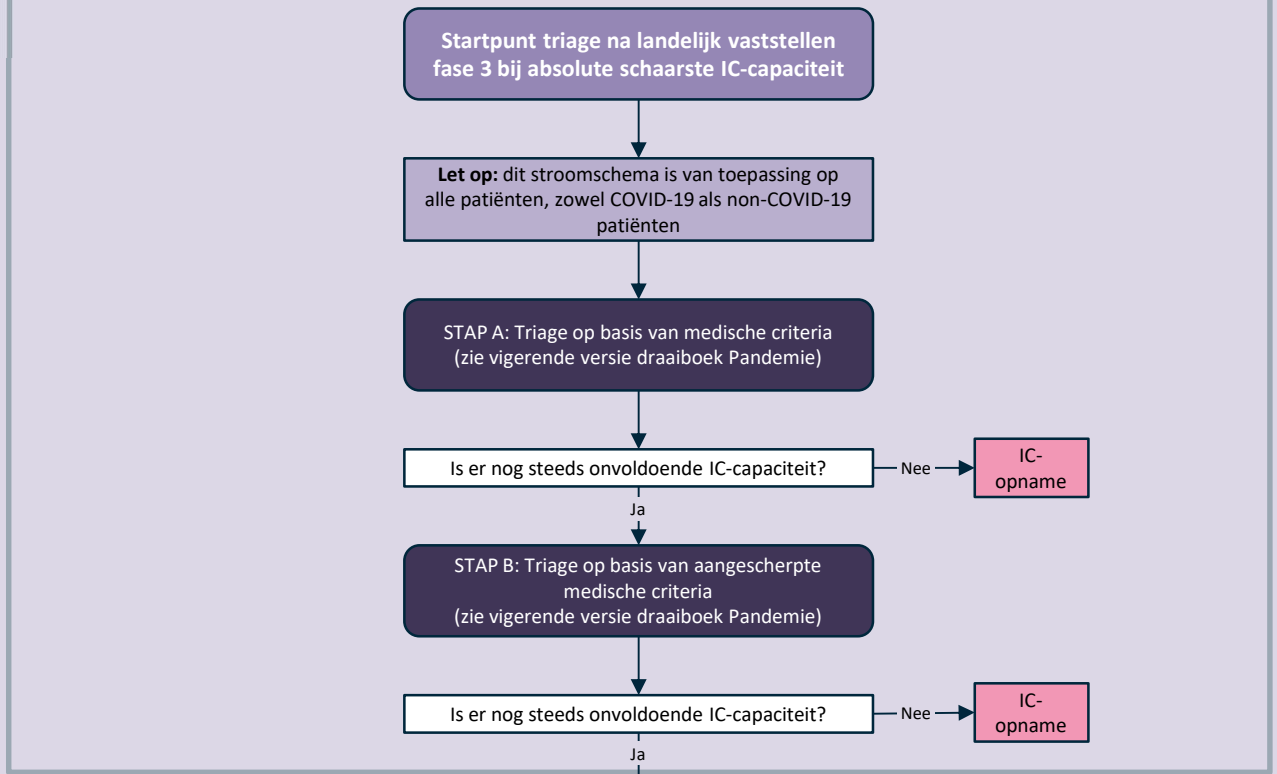
### **Externe deelnemers:**

- 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

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



## Triage op basis van niet-medische overwegingen fase 3 stap C

N.B. deze stap wordt uitgevoerd door een triageteam

Er zijn meerdere patiënten\* die op medische gronden niet van elkaar te onderscheiden zijn en gelijk zijn in hun behoefte aan IC-zorg én er is nog steeds onvoldoende IC-capaciteit. Patiënten worden met elkaar vergeleken aan de hand van onderstaande niet-medische overwegingen om te bepalen welke patiënt voorrang krijgt.

### \* Let op:

Triage vindt plaats enkel bij nieuwe patiënten. Patiënten die op de IC liggen worden in dit kader niet vergeleken met andere patiënten die nog niet zijn opgenomen.

Dit stroomschema kan alleen gebruikt worden na kennisname van de toelichting zoals in het Draaiboek verwoord.

1. Eerst voorrang voor patiënten die naar verwachting een relatief korte IC-opname nodig hebben.

Er is geen onderscheid mogelijk

2. Dan voorrang voor medewerkers in de zorg die beroepsmatig veelvuldig en risicovol contact met verschillende patiënten hebben gehad waarin zij aan COVID-19 werden blootgesteld én zich wegens landelijke of regionale schaarste onvoldoende persoonlijk konden beschermen.

Er is geen onderscheid mogelijk

3. Daarna voorrang voor patiënten in een jongere generatie: 0-20 jaar; 20-40 jaar; 40-60 jaar; 60-80 jaar; 80+jaar. Iedere generatie maakt kans om op de IC te komen.

Er is geen onderscheid mogelijk

Indien 1, 2 en 3 geen uitsluitel bieden:  
 een procedure gebaseerd op toeval (loting of 'first come, first serve'):  
 ➤ In het geval dat patiënten zich achtereenvolgens aandienen zal de procedure gebaseerd worden op 'first come, first serve';  
 ➤ Als patiënten zich min of meer tegelijkertijd aandienen zal de procedure op basis van loting gebeuren. Alvorens tot loting wordt overgegaan doet het triageteam vanuit klinische expertise een laatste check.

Overwegingen die **geen rol** mogen spelen bij triagebeslissingen in fase 3:

- Maatschappelijke positie
- Verstandelijke of lichamelijke beperking
- Persoonlijke relaties
- Vermogen te betalen
- Sociale status
- Etniciteit
- Nationaliteit
- Juridische status
- Sekse
- Voorafgaande kwaliteit van leven
- Eigen schuld

Dit stroomschema is een praktische uitwerking van het Draaiboek triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname in fase 3 stap C ten tijde van de COVID-19 pandemie versie 1.0 en dient alleen gebruikt te worden na kennisname van de toelichting zoals in het Draaiboek verwoord.

Partijen hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van dit schema. Desondanks accepteren zij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden, voor enigerlei schade of anderszorgige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van dit schema. Dit document mag ongeacht de verschijningsvorm niet zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de KNMG en FMS worden gewijzigd, gereproduceerd of gedistribueerd. Juni 2020.