

## **Advies nr. 48 van 30 maart 2009 betreffende het Belgisch operationeel plan influenzapandemie**

**Vraag om advies van 20 maart 2008,  
van mevr. L. Onkelinx, Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid,  
betreffende het operationeel plan influenzapandemie**

# INHOUD VAN HET ADVIES

*Adviesvraag*

## **I. Inleiding**

## **II. Het Belgisch noodplan**

## **III. Juridisch kader**

### **1. Internationale rechtsregels**

### **2. Belgische federale wetgeving**

*2.a. Patiëntenrechten*

*2.b. De opeising*

*2.c. De quarantainemaatregelen*

*2.d. Evacuatie en verplaatsingsverbod*

### **3. Regelgeving Gemeenschappen**

*3.a. Regelgeving Vlaamse Gemeenschap*

*3.b. Regelgeving Franse Gemeenschap*

*3.c. Regelgeving Brussels Hoofdstedelijk Gewest*

*3.d. Regelgeving Duitstalige Gemeenschap*

### **4. Deontologische regels**

### **5. De lege ferenda: Kaderwet Influenza**

### **6. Besluit**

## **IV. Ethische overwegingen**

### **1. Volksgezondheid**

### **2. Solidariteit**

*2.a. De medewerking van de burgerbevolking*

*2.b. De medewerking van de gezondheidsberoepen*

### **3. De beschikbaarheid van de middelen en van het personeel**

*3.a. De beschikbaarheid van ziekenhuisbedden en hun omkadering*

*3.b. De beschikbaarheid van beademingstoestellen en hun bediening*

*3.c. De beschikbaarheid van maskers*

*3.c.1. De chirurgische maskers*

*3.c.2. De ademhalingsmaskers*

*3.d. De beschikbaarheid van antivirale middelen*

### **4. Keuzen bij het aanwenden van de middelen**

*4.a. Prioritering en deprioritering, principieel*

*4.b. Prioritering*

4.b.1 Prioritering van bepaalde beroepscategorieën

4.b.2. Prioritering voor vaccinatie met het pandemisch vaccin

4.c. *Deprioritering*

4.d. *Het "Minnesota Pandemic Ethics Project"*

**5. Intra-en internationale solidariteit**

**V. Besluiten en aanbevelingen**

## Adviesvraag

Op 20 maart 2008 stelde mevr. Laurette Onkelinx, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de volgende adviesvraag aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek:

*"De Belgische overheid investeerde, vanaf eind 2005, in de opmaak van een operationeel plan voor het beheer van een griep пандemie in ons land. Dit operationeel plan werd uitgewerkt binnen het Interministerieel Commissariaat Influenza (ICI), met een staf bestaande uit medewerkers van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL), het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en van de diensten van de Gewesten en Gemeenschappen. In het vooruitzicht van een mogelijke пандemie werkt ons land verder continu aan de actualisering van dit bestrijdingsplan, overeenkomstig wetenschappelijke aanbevelingen, en maakt ons land onder andere werk van het aanleggen van een voorraad antivirale middelen, maskers en vaccins.*

*Overeenkomstig artikelen 1 en 8 van het Samenwerkingsakkoord van 15 januari 1993 tot oprichting van een Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, ben ik zo vrij het advies te vragen met betrekking tot een aantal ethische problemen die relevant zijn voor het Interministerieel Commissariaat Influenza.*

*Al deze ethische problemen hebben te maken met de grote onzekerheid in verband met wat ons te wachten staat in het geval van een пандemie. Een пандemie zal veroorzaakt worden door een nog onbekend virus; daarom is het ook onmogelijk om het uiteindelijke scenario te voorzien. In onze voorbereiding gebruiken we twee scenario's: één ernstiger, gelijklopend met wat er tijdens de пандemie van 1918 geobserveerd werd en één minder ernstig scenario. Het staat echter vast dat de vraag naar zorg tijdens een пандemie veel groter zal zijn dan normaal. Bovendien zal de zorgenverstrekking onder druk komen te staan doordat ook het medisch personeel getroffen zal worden door de пандemie. Daarom stel ik me vragen omtrent eventuele prioriteiten die gesteld zullen moeten worden, onder andere voor wat betreft de antivirale geneesmiddelen, vaccins en de toegang tot de zorgverstrekking.*

*1) De Belgische Staat heeft antivirale geneesmiddelen gekocht die nodig zijn voor de samenstelling van een strategische voorraad op nationaal niveau. Dergelijke antivirale middelen kunnen zowel preventief als ter behandeling van patiënten met symptomen gebruikt worden. De nationale voorraad is voorzien om alle zieken te kunnen behandelen voor een scenario waarbij tot 30 % van de bevolking ziek wordt. De onvoorspelbaarheid van een пандemie brengt evenwel bepaalde problemen met zich mee. De omvang noch de timing ervan kan vooraf bepaald worden. Daarom is het ook moeilijk te voorspellen of onze strategische voorraad zal volstaan om alle personen die influenzasymptomen vertonen te kunnen behandelen met antivirale middelen. Bijgevolg moet men er ook van uitgaan dat het niet onmogelijk is dat men keuzes zal moeten maken en bepaalde prioriteiten zal moeten stellen ten aanzien van bepaalde groepen.*

2) Wat betreft de (pre)pandemische vaccins werkt het Interministerieel Commissariaat Influenza met de volgende strategie. Er zal genoeg prepandemisch vaccin aangekocht worden om de hele Belgische bevolking een eerste dosis te kunnen verstrekken, ook wordt er al een bestelling geplaatst om zo snel mogelijk een tweede dosis pandemisch<sup>1</sup> vaccin voor de hele bevolking geleverd te krijgen. Gezien de onzekerheid wat betreft de timing en de volledigheid van de levering van het pandemisch vaccin zou het kunnen dat er zich op ethisch vlak tevens het probleem van prioriteiten stelt. Namelijk welke groep van mensen komt het eerst in aanmerking voor vaccinatie indien er problemen zouden zijn met de levering?

3) Voor de toegang tot zorgverstrekking stelt zich een identiek probleem. Net als de rest van de bevolking zal ook de groep van gezondheidsbeoefenaars getroffen worden door de pandemie. Het absenteïsme kan hoog oplopen, eventueel over een lange periode. Dit kan de continuïteit van de gezondheidszorg in de eerste en tweede lijn danig compromitteren. Bovendien is de capaciteit van de Belgisch ziekenhuizen niet onbeperkt, zowel wat betreft bedden, beademingstoestellen als personeel. Net als bij vaccins en de antivirale middelen zullen dus vermoedelijk bepaalde prioriteiten gesteld moeten worden."

De plenaire vergadering van het Comité van 26 mei 2008 verklaarde de vraag ontvankelijk en verwees ze naar de beperkte commissie 2008-2.

## I. Inleiding

De Spaanse griep van 1918 heeft een 40-tal miljoen mensen gedood over de wereld. Het virus was een gemuteerd vogelgriepvirus dat op de mens werd overgebracht. De Aziatische griep van 1957 en de Hong Konggriep van 1968 hadden minder dramatische gevolgen. Hier ging het om een recombinatie van vogelgriep met een menselijk griepvirus. Op de Belgische website [www.influenza.be](http://www.influenza.be) spreekt men van een dodelijke griep-pandemie ongeveer om de 40 jaar. De laatste dateert van 1977, de Russische griep, verantwoordelijk voor 1 miljoen doden in de wereld. Het virus was een wederverschijning van het H1N1-virus van de Spaanse griep. De Wereld Gezondheids Organisatie (WGO) spreekt over een drietal pandemieën per eeuw met tussenpozen van 10 tot 50 jaar.

Sinds eind 2003 braken er verschillende haarden van vogelgriep uit, eerst in Azië, nadien ook in Afrika en in Europa. Het virus is een A/H5N1 virus. Totnogtoe werden hoofdzakelijk mensen besmet die in aanraking kwamen met getroffen vogels. Mens tot mensbesmetting kwam uitzonderlijk voor en enkel bij personen die in nauw contact leefden met elkaar. Op 19.01.09 telden we wereldwijd 397 besmette mensen waarvan er 249 gestorven zijn, volgens door de WGO bevestigde bronnen. Al naargelang het land, wordt al het pluimvee in en rond bedrijven of boerderijen, waar vogelgriep werd vastgesteld, uitgeroeid of niet.

---

<sup>1</sup> Hier wordt klaarblijkelijk het prepandemisch vaccin bedoeld.

De WGO vreest een mutatie van het vogelgriepvirus of een recombinitie ervan met een menselijk griepvirus zodat het virus ook overdraagbaar zou worden van mens tot mens en heeft momenteel fase 3 afgekondigd, wat een pandemische alertfase is. Ze heeft alle landen ertoe aangezet om zich voor te bereiden op een mogelijke pandemie. De WGO onderscheidt 6 verschillende fasen. In fase 4 komen mens-tot-menscontaminaties voor, maar de verspreiding is sterk gelokaliseerd, wat er zou op wijzen dat het virus nog niet goed aangepast is aan de mens. In fase 5 blijft de aandoening gelokaliseerd, maar meer mensen zijn aangetast. Tijdens deze beide fasen zal er in België over gewaakt worden dat besmette mensen onmiddellijk worden opgenomen en het virus niet kunnen verspreiden. Akkoorden hierover bestaan met alle luchthavens. Fase 6 is de pandemische fase, waarin de verspreiding is toegenomen en de wereldbevolking treft.

## II. Het Belgisch noodplan

België heeft eind 2005 en begin 2006 een operationeel noodplan voor een griep pandemie uitgewerkt. Het plan werd uitgewerkt door het Interministerieel Commissariaat Influenza (I.C.I.) in samenwerking met medewerkers van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu<sup>2</sup>, van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV). De Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken, de Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking, het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, het Ministerie van de Franse Gemeenschap, het Ministerie van de Duitstalige Gemeenschap, het Ministerie van het Waalse Gewest en het Ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werden hierbij betrokken.

In het operationeel plan wordt duidelijk gemaakt wie instaat voor wat en hoe, zowel voor wat de communicatie naar de burgers en naar de zorgverleners betreft, als voor de opvolging van de besmette patiënten en van de personen met wie zij contact hadden. Er werd een Interministerieel Coördinatiecomité Influenza opgericht met vertegenwoordigers van de Gemeenschappen en de Gewesten, dat ondersteund wordt door ambtenaren van de FOD Volksgezondheid en een beroep kan doen op de departementale crisiscellen, voorzien in art. 5 van de bijlage bij het KB van 31 januari 2003 voor noodplannen, die een coördinatie op nationaal niveau vereisen.

Een Stuurgroep Influenza is voorzien, alsook een Wetenschappelijk Comité Influenza dat samenwerkt met de Hoge Gezondheidsraad en met het Wetenschappelijk Comité van de FOD Volksgezondheid.

Indien de pandemie uitbreekt en moet worden overgegaan naar de crisisconfiguratie komt er een centrale coördinatie met een Beheerscel, waarvan het voorzitterschap toekomt aan de Minister van Binnenlandse Zaken; een Evaluatiecel, waarvan het voorzitterschap toekomt aan

---

<sup>2</sup> Wordt verder in de tekst aangeduid als FOD Volksgezondheid.

de directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid, een Informatiecel, die voorgezeten wordt door de communicatieverantwoordelijke van de Minister van Volksgezondheid en een EcoSoc-cel die de sociaal-economische gevolgen van de pandemie evalueert. Beslissingen van de Beheerscel die op lokaal niveau moeten uitgevoerd, worden door de evaluatiecel aan de provinciale crisiscentra (zie KB 31 januari 2003) medegedeeld. Internationale en vooral Europese samenwerking is voorzien.

In een draaiboek, dat beschikbaar is op internet, wordt voor de verschillende beroepsgroepen die de eerstelijnsgezondheidszorg uitmaken beschreven wat van hen verwacht wordt tijdens de verschillende WGO-fasen en hoe ze zich kunnen beschermen. Er wordt ook een callcenter opgericht en zowel de beheerscel als de provinciale cellen zullen hun instructies via deze kanalen bekend maken.

Tijdens de pandemie worden in alle gemeenten en steden onder de verantwoordelijkheid van de burgemeester lokale zorgmeldpunten opgericht, waar mogelijke grieppatiënten zich kunnen aanmelden, maar die naast hun consultatiefunctie een databank bijhouden en oproepbaar zijn voor informatie. Zij coördineren ook de thuiszorg voor patiënten in samenwerking met thuiszorgplatforms en vrijwilligers. De coördinatie van de lokale zorgmeldpunten gebeurt door de provinciegouverneurs die hun gegevens communiceren aan de nationale crisiscel van het Crisis- en Coördinatiecentrum van de regering. De bevolking wordt langs alle mogelijke kanalen (radio, televisie, kranten, enz.) geïnformeerd over de stand van zaken en van haar wordt verwacht dat ze de nodige instructies opvolgt om de verspreiding van het virus zo goed mogelijk tegen te houden. Bepaalde locaties, waar veel mensen samenkomen, zullen desgevallend gesloten worden. Sommige massamanifestaties, zoals concerten en sportevenementen, kunnen worden afgelast.

In het draaiboek "Pandemieplanning Belgische ziekenhuizen" wordt het St.-Pietersziekenhuis in Brussel aangeduid als het eerste referentieziekenhuis, dus als de instelling waar de eerste verdachte gevallen dienen opgenomen te worden. Van alle ziekenhuizen wordt verwacht dat ze een coördinator influenza aanduiden, die in samenwerking met de hoofdgeneesheer en de directie de opvang van grieppatiënten regelt. De provinciegouverneurs krijgen te horen welke de bedcapaciteit is van de verschillende ziekenhuizen in hun provincie en spelen deze informatie door naar de lokale zorgmeldpunten. Ziekenhuizen organiseren afzonderlijke opvangruimten (wachtzalen, urgentiediensten, en ziekenhuisbedden) om de van griep verdachte patiënten op te vangen. Niet-dringende interventies worden geweerd, zodat het medisch en paramedisch personeel beschikbaar blijft voor de grieppatiënten.

Patiënten kunnen zich slechts wenden tot de ziekenhuizen wanneer ze doorverwezen werden door een huisarts. Zoveel mogelijk mensen worden thuis verzorgd. Ze krijgen van hun huisarts of van de arts van het lokale zorgmeldpunt antivirale middelen en chirurgische maskers (zie hiervoor Hoofdstuk IV, punt 3.c.1.), met de boodschap bezoek te vermijden, een chirurgisch masker op te zetten wanneer ze in contact komen met huisgenoten en dit gedurende 7 dagen na de uitbraak van de symptomen. Het virus zou overdraagbaar zijn

gedurende 7 dagen, maar het is reeds actief de dag die voorafgaat aan de symptomatische uitbraak. Bij elke vaststelling van de pandemische griep worden de mensen opgespoord met wie de patiënt in contact kwam.

Een hele regelgeving werd uitgewerkt voor de opvang van Belgen die in het buitenland verblijven tijdens de uitbraak van de pandemie en er wordt uitdrukkelijk voorzien dat alle vreemdelingen die zich op het Belgisch grondgebied bevinden, welke ook hun statuut is (legaal of illegaal) dezelfde behandeling genieten als de Belgen. In het noodplan wordt vermeld dat er gesprekken aan de gang zijn met onze buurlanden (Nederland, Duitsland, Frankrijk en het Groothertogdom Luxemburg) om “medical shopping” te vermijden evenals de opeising door een van deze landen van zorgverleners, die in één land hun verblijfplaats hebben gekozen, maar in een ander tewerkgesteld zijn.

Een specifiek pandemisch vaccin zal slechts tussen de 4 à 6 maanden na de uitbraak van het nieuwe virus beschikbaar zijn. Het is momenteel allesbehalve zeker dat het vaccin zal kunnen aangemaakt worden ten behoeve van de 6 miljard bewoners van de aarde, integendeel. Ook op dat vlak is het risico groot dat bepaalde bevolkingsgroepen, laat staan continenten, uit de boot vallen.

Intussen wordt er aan een prepandemisch vaccin gewerkt, met de bedoeling een, al was het maar gedeeltelijke, bescherming te bieden en aldus het aantal zieken te verminderen. De juiste protectieve waarde van dit vaccin valt moeilijk in te schatten. Het Europees Geneesmiddelenagentschap heeft het licht op groen gezet voor de introductie van het “Prepandemisch influenzavaccin (H5N1) (gesplitst virion, geïnactiveerd, met adjuvans) GlaxoSmithKlineBiologicals” in mei 2008. Dit vaccin is hetzelfde als de reeds in de Europese Unie goedgekeurde Prepandrix® dat ook door GlaxoSmithKline werd op punt gezet met gewone geïnactiveerde griepstammen (A en B) en een geïnactiveerde Vietnamese H5N1-stam. Twee injecties zijn nodig met een tussenpoos van 3 weken om een voldoende immuniteit te bekomen.

Een door de commissie gehoorde expert bevestigde dat een algemene vaccinatie van de Belgische bevolking met het prepandemisch vaccin voorzien is, zoals ook in de brief die de Minister aan het Raadgevend Comité verstuurde, vermeld staat. Aangezien dit vaccin slechts een kortdurende bescherming biedt, zal het pas worden toegediend vanaf het moment dat de pandemische uitbraak van het virus waarschijnlijk lijkt, dus vanaf fase 5.

In het noodplan wordt een veralgemeende vaccinatie tegen pneumokokken aangeraden, meer speciaal voor kinderen tot de leeftijd van 5 jaar, teneinde het dragerschap te vermijden. Een pneumokokkeninfectie is inderdaad de klassieke bacteriële complicatie van een influenza-infectie en vaak verantwoordelijk voor een fatale afloop.

De overheid stelt eveneens 32 miljoen chirurgische maskers ter beschikking. Deze maskers verminderen het contaminatierisico dat een zieke betekent voor zijn omgeving en ze worden



dus voorzien voor alle patiënten, zowel de ambulante (dit wil zeggen mensen die zich naar het zorgmeldpunt begeven), als diegenen die thuis worden verzorgd of gehospitaliseerd zijn.

Ook worden 6 miljoen meer performante ademhalingsmaskers van het type FFP2 voorzien voor het verzorgingspersoneel. Deze maskers moeten om de 2 à 4 uur worden vervangen. In het Belgisch noodplan wordt echter verduidelijkt dat deze maskers enkel worden gedragen bij blootstelling aan een microbiële aerosol.

De overheid heeft aan alle laboratoria voor klinische biologie 3 testkits bezorgd met telkens een ademhalingsmasker zodat de huisarts in geval van vermoeden van vogelgriep een nasofaryngiaal staal kan nemen en doorsturen voor analyse naar het labo van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid.

Antivirale middelen zijn, op aanraden van de Hoge Gezondheidsraad, voorzien voor de behandeling van 30% van de bevolking. Een deel ervan bestaat onder de vorm van gebruiksklare Tamiflu® (Roche) in capsules en poeder voor orale suspensie (stofnaam: oseltamivir), gebruiksklare Relenza® (GSK), een poeder voor inhalatie (stofnaam: zanamivir), terwijl een deel als bulk grondstof oseltamivirfosfaat samen met conditioneringsmateriaal en excipiënten is opgeslagen bij de medische component van het Belgisch leger, waar de nodige competentie bestaat om de grondstof te verwerken tot tabletten. Deze antivirale middelen worden uitdrukkelijk voorzien voor de behandeling van zieken en zijn niet bestemd voor profylactisch gebruik, ook niet voor de gezondheidswerkers<sup>3</sup>.

### III. Juridisch kader<sup>4</sup>

De centrale juridische vraag, die nauw samenhangt met de ethische overwegingen, is: hoe de rechten en de vrijheden van het individu te verzoenen met een aantal maatregelen van overheidswege die nodig worden geacht om de ziekte in te dijken, zoals het opeisen van personen en het afzonderen van besmette personen?

---

<sup>3</sup> In andere landen is er een stock antivirale middelen voorzien voor 5, 10, 20, 30 tot 50 % van de bevolking.

<sup>4</sup> Er wordt hier niet ingegaan op de institutionele en organisatorische aspecten van het beheer van crisissen op gemeentelijk, provinciaal en nationaal vlak, die o.m. geregeld worden door:

-het KB van 18 april 1988 tot oprichting van het Coördinatie- en Crisiscentrum van de regering (BS 4/5/88);

-het KB van 31 januari 2003 tot vaststelling van het noodplan voor de crisisgebeurtenissen en -situaties die een coördinatie of een beheer op nationaal niveau vereisen (BS 21/2/03);

-het KB van 16 februari 2006 betreffende de nood- en interventieplannen (BS 15/3/06, ed. 2).

Deze plannen hebben een algemeen karakter en viseren niet specifiek het geval van de uitbraak van een besmettelijke ziekte als een griepandemie. De specifieke structuren die werden voorzien voor het opvangen van een griepandemie worden trouwens besproken in hoofdstuk II "Het Belgisch noodplan".

## **1. Internationale rechtsregels**

- Art. 5 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) bepaalt dat “eenieder recht heeft op persoonlijke vrijheid en veiligheid. Niemand mag van zijn vrijheid worden beroofd, behalve in navolgende gevallen en langs wettelijke weg:

[...]

e) in het geval van rechtmatige gevangenhouding *van personen die een besmettelijke ziekte zouden kunnen verspreiden*, van geesteszieken, van verslaafden aan alcohol of verdovende middelen of van landlopers;”.

- Art. 8 van het EVRM bepaalt:

“§1. Een ieder heeft recht op respect voor zijn privé leven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie.

§2. Geen inmenging van enig openbaar gezag is toegestaan in de uitoefening van dit recht, dan voor zover bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, *de bescherming van de gezondheid* of de goede zeden of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen. (onze cursivering)”.

- Het Internationaal Sanitair Reglement<sup>5</sup> (2005) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) bepaalt dat de staten die het Reglement onderschreven vanaf 15 juni 2007 over twee jaar beschikken om hun capaciteiten te evalueren en nationale actieplannen uit te werken en vervolgens nog over drie jaar om te voldoen aan de voorschriften van het reglement inzake surveillance en actie, alsook betreft de voorschriften inzake luchthavens, havens en sommige welbepaalde grensposten. Dit Reglement verplicht de onderschrijvende staten gevallen van cholera, pest en gele koorts te signaleren en geeft de WGO heeft ook een onderzoeksrecht<sup>6</sup>.

- Beslissing nr. 2119/98/CE van 24 september 1998 van het Europees Parlement en van de Raad bepaalt dat iedere Lidstaat de andere Lidstaten en de Europese Commissie via het communautaire netwerk EWRS (Early Warning Rapid System) moet informeren over de aard en de draagwijdte van de noodmaatregelen die hij heeft genomen of zal nemen.

## **2. Belgische federale wetgeving**

### **2.a. Patiëntenrechten**

---

<sup>5</sup> te raadplegen op [www.who.int/csr/ihr/fr](http://www.who.int/csr/ihr/fr)

<sup>6</sup> D. Bloem, M. Nazarian & G.V. Grigorieff, « La quarantaine médicale humaine, réflexions juridiques, éthiques et sanitaires sur une pandémie », voetnoot 9, in *Médecine et droit, Questions d'actualité en droit médical et en bioéthique*, 2007, Anthemis, Louvain-la-Neuve.

Art. 8 §1, 1<sup>e</sup> lid van de Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 bepaalt dat “de patiënt het recht heeft om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar”. Hij heeft dus het recht zijn toestemming voor een tussenkomst te weigeren of in te trekken (art. 8, §4). Wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaande wilsuitdrukking van de patiënt of zijn vertegenwoordiger, gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar onmiddellijk in het belang van de gezondheid van de patiënt (art. 8, §5).

Art. 10 §2 van dezelfde wet stelt dat geen inmenging is toegestaan met betrekking tot de uitoefening van het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de intimiteit van de patiënt “dan voor zover het bij wet is voorzien *en nodig is voor de bescherming van de volksgezondheid* of voor de bescherming van de rechten en de vrijheden van anderen. (onze cursivering)”.

### *2.b. De opeising*

De opeising is een publiekrechtelijk procedé waarbij de overheid zich in bijzondere omstandigheden de medewerking van burgers verzekert of zich bepaalde zaken toe-eigent.<sup>7</sup> De Belgische wetgeving kent de militaire en de burgerlijke opeising.

We hebben het hier enkel over de burgerlijke opeising van personen. Opeising gebeurt slechts in uitzonderlijke omstandigheden, wanneer de normale middelen als het rekruteren van personeel via benoeming of arbeidsovereenkomst niet meer volstaat.

De voornaamste bepalingen die van belang kunnen zijn in een situatie van pandemie zijn de volgende:

- art. 4 van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening verplicht de geneesheren gevolg te geven aan de opvordering door de overheid;
- art. 9, §3 van het KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies geeft aan de gezondheidsinspecteur en aan de inspecteur der apotheken de bevoegdheid maatregelen te nemen om het normale verloop van de wachtdiensten te verzekeren, indien die in het gedrang zou komen;
- voor opvorderingen in het kader van het KB van 1 maart 1971 betreffende de profylaxe tegen overdraagbare ziekten, zie punt 2.c. hieronder;

---

<sup>7</sup> J. Dujardin, M. Van Damme & J. Vande Lanotte, Overzicht van het Belgisch administratief recht, 2002, Kluwer, Mechelen, nr. 293.

- voor opvorderingen in het kader van de regelingen van de Gemeenschappen betreffende de profylaxe tegen overdraagbare ziekten, zie punt 3 hieronder;

- artikel 17 van de wet van 5 augustus 1992 op het politieambt bepaalt dat in geval van ramp, onheil of schadegeval de politiediensten van het getroffen gebied bevoegd zijn om in afwachting van de tussenkomst van de bevoegde overheden alle maatregelen te treffen om de in gevaar verkerende personen te beschermen, onder meer door de medewerking van de bevolking te vorderen, die hieraan gevolg moet geven;

- art. 11 §3 van het KB van 16 februari 2006 betreffende de nood- en interventieplannen (BS 15 maart 2006) voorziet dat in een noodsituatie de medische hulpmiddelen onder het administratief gezag geplaatst worden van de federale gezondheidsinspecteur en de operationele leiding berust bij de directeur medische hulpverlening;

- art. 181 van de wet van 15 mei 2007 betreffende de civiele veiligheid (BS 31 juli 2007, err. BS, 1 oktober 2007) voorziet dat de minister of zijn gemachtigde bij het optreden van de diensten van de civiele veiligheid en voor hun noden de personen en zaken die hij nodig acht kan opvorderen. Dezelfde bevoegdheid wordt verleend aan de burgemeester, die deze bevoegdheid kan delegeren aan de zonecommandant of de officieren ter plaatse. De Koning legt de modaliteiten van de vergoeding van de kosten van de opvordering vast.

- *voor de privé-sector* voorziet de wet van 19 augustus 1948 betreffende de prestaties van algemeen belang in vreedstijd dat de paritaire comités de maatregelen, prestaties of diensten moeten bepalen welke verzekerd moeten worden in geval van collectieve en vrijwillige stopzetting van de arbeid of in geval van collectieve afdanking van het personeel, teneinde zekere levensbehoeften of sommige taken te verzekeren welke geboden zijn door een onvoorziene noodzakelijkheid. Deze vitale behoeften moeten bepaald worden door de paritaire comités. De aanduiding van de personen die in bepaalde ondernemingen tewerkgesteld moeten worden omdat zij onmisbaar zijn om in de vitale behoeften te voorzien moet gebeuren in overleg tussen werkgevers en werknemers. Het is slechts indien de sociale partners niet tot een akkoord kunnen komen dat deze personen kunnen worden gevorderd door de minister van Tewerkstelling en Arbeid of de minister van Economische Zaken en Energie of hun afgevaardigden, bv. de provinciegouverneurs<sup>8</sup>.

### *2.c. De quarantainemaatregelen*

- het Gezondheidsdecreet van 18 juli 1831 voorziet in art. 1, 3° dat het Staatshoofd per besluit de buitengewone maatregelen vastlegt die het binnendringen van of de vrees voor een pestilente ziekte zouden noodzaken aan de grenzen of op het grondgebied. Het decreet maakt het mogelijk personen afkomstig uit landen waar een infectie woedt voor min of meer

---

<sup>8</sup> J. Dujardin, M. Van Damme & J. Vande Lanotte, Overzicht van het Belgisch administratief recht, op cit. nr. 295; W. Van Eeckhoutte, Arbeidsrecht 1999-2000, Gandaius, Kluwer Rechtswetenschappen België, 1999, Antwerpen, nrs. 208-211.

lange tijd in quarantaine te plaatsen. Zij kunnen zelfs van het grondgebied verwijderd worden indien de quarantaine niet kan worden georganiseerd zonder gevaar voor de volksgezondheid. Inbreuken worden streng bestraft<sup>9</sup> (eigen vertaling);

- art.1 van de Gezondheidswet van 1 september 1945 bepaalt dat de Koning gemachtigd is bij wege van algemeen reglement en na advies van de Hoge Gezondheidsraad alle nodige profylaxe en saneringsmaatregelen evenals organisatie- en controlemaatregelen te nemen om overdraagbare ziekten die een algemeen gevaar vormen te voorkomen of te bestrijden en waarvan de lijst zal worden opgesteld na eensluidend advies van de Hoge Gezondheidsraad (eigen vertaling);

- art.1 van het KB van 1 maart 1971 betreffende de profylaxe tegen overdraagbare ziekten, gewijzigd bij KB van 18 november 1976, voorziet dat aangifte moet worden gedaan van alle bewezen of verdachte gevallen van onderstaande ziekten:

I. Quarantainabele ziekten:

1. Quarantainabele ziekten die zijn opgenomen in het Internationaal Sanitair Reglement van de Wereldgezondheidsorganisatie:

Cholera, gele koorts, pest en pokken (ook Alastrim);

2. Ziekten die in het nationale vlak als quarantainabele ziekten worden behandeld:

Al dan niet hemorragische koortstoestanden, veroorzaakt door een virus uit de volgende families:

a) Arbo- en Togavirus (type knokkelkoorts en Kongovirus);

b) Arenavirus (type Lassakoorts en Amerikaanse hemorragische koortstoestanden);

c) Rhabdovirus (type Marburgkoorts en Johannesburgkoorts);

II. Niet-quarantainabele ziekten met verplichte internationale aangifte:

Vlektyfus, febris recurrens, poliomyelitis, *griep die epidemische afmetingen aanneemt*, paludisme (onze cursivering);

III. Overdraagbare ziekten met verplichte nationale aangifte:

1. Bacteriële ziekten:

[...]

2. Virusziekten:

Virusencefalitis, hepatitis infectieuse, hondsdolheid;

3. Ziekten die door rickettsiae en pararickettsiae worden veroorzaakt:

[...]

4. Parasitaire ziekten:

[...]

---

<sup>9</sup> D. Bloem, M. Nazarian, M. & G.V. Grigorieff, op cit. p. 205.

Aangifte moet eveneens worden gedaan van elk pathologisch geval waarover een onzekere diagnose bestaat, maar waarvan het epidemische karakter vaststaat of waarvan de symptomatologie die is van een *ernstige epidemische aandoening*.

De met de aangifte belaste personen moeten bovendien [...] de gezondheidsinspecteur inlichten over elk geval dat de kenmerken vertoont van een andere ernstige of *epidemische infectieziekte*, zelfs indien de diagnose nog niet definitief is gesteld. (onze cursivering)".

Het koninklijk besluit van 1 maart 1971 voorziet ook nog het volgende:

Art. 6*bis* bepaalt dat "wanneer een bewezen of verdacht geval van quarantainabele ziekte gemeld wordt aan één van de overheidspersonen, [...], elk van hen, in geval van noodzaak, elke ziekenhuisdienst binnen de grenzen van zijn ambtsgebied (kan) vorderen *om de afzondering als voorzorgsmaatregel te bewerkstelligen* en de gepaste geneeskundige zorgen te verzekeren. (onze cursivering)".

Art. 6*ter*. §1 voorziet dat die vordering betrekking heeft:

"1° zowel op het gebruik van de gebouwen, de terreinen, de uitrusting en het personeel van de gevorderde dienst;

[...]

§ 2. De vorderende overheid kan bovendien bevel geven de gevorderde dienst, vooraf of onmiddellijk, geheel of gedeeltelijk, te doen ontruimen door de patiënten die er in opgenomen zijn en wier aanwezigheid in de betrokken dienst de doeltreffendheid van de profylaxe zou kunnen in gevaar brengen [...]"

Art. 6*quater* bepaalt dat "indien een geneesheer-ambtenaar van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin, tot wiens bevoegdheid de gezondheidsinspectie aan de lands-, zee-, rivier- en luchtgrenzen, en ondermeer in de havens en luchthavens, behoort, ervan in kennis wordt gesteld, dat er een bewezen of verdacht geval van een quarantainabele ziekte, zoals in artikel 1, I, van dit besluit bepaald, in België binnengebracht werd of aanwezig is, die geneesheer-ambtenaar eveneens elke ziekenhuisdienst gelegen op Belgisch grondgebied kan vorderen *om voor de afzondering bij wijze van profylactische maatregel en voor de aangewezen geneeskundige behandeling te zorgen* van personen die lijden aan of verdacht worden te lijden aan de betrokken quarantainabele ziekte [...]" (onze cursivering).

Art. 6*quinqüies* bepaalt [...] dat "de directie van de betrokken inrichting, met alle middelen die in haar macht liggen, de uitvoering van de vordering vergemakkelijkt, verzekert en controleert onder meer *door elk bewezen of verdacht geval van de kwestieuze (overdraagbare) ziekte onmiddellijk in de gevorderde dienst op te nemen*.

Elk gevorderd personeelslid wordt persoonlijk door toedoen van de directie, mondeling en daarna schriftelijk, in kennis gesteld van de vordering.

[...]

De vordering blijft van kracht zolang ze niet is ingetrokken door de vorderende overheid, op advies van de in artikel 6*septies* vermelde profylaxecommissie.

[...]. (onze cursivering)".

Inbreuken op dit koninklijk besluit worden, naargelang van het overtreden artikel, gesanctioneerd met straffen voorzien in het Gezondheidsdecreet van 18 juli 1831 of de Gezondheidswet van 1 september 1945 (art. 10).

*Opgelet:* dit koninklijk besluit werd:

- voor de Vlaamse Gemeenschap opgeheven en vervangen;
- voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gedeeltelijk opgeheven en vervangen;
- voor de Franse Gemeenschap aangevuld.

Zie hiervoor verder onder 3.

*Opmerking:* er werden geen bepalingen gevonden over het mee in quarantaine plaatsen van medisch personeel, zoals blijktbaar in Canada gebeurde n.a.v. de SARS-epidemie<sup>10</sup>.

#### *2.d. Evacuatie en verplaatsingsverbod*

Art. 182 van de wet van 15 mei 2007 betreffende de civiele veiligheid (BS 31 juli 2007, err. BS, 1 oktober 2007): "De minister of zijn gemachtigde kan in geval van dreigende omstandigheden de bevolking, ter verzekering van haar bescherming, verplichten zich te verwijderen van plaatsen of streken die bijzonder blootgesteld, bedreigd of getroffen zijn, en degenen die bij deze maatregelen betrokken zijn een voorlopige verblijfplaats aanwijzen; om dezelfde reden kan hij iedere verplaatsing of elk verkeer van de bevolking verbieden."

### **3. Regelgeving Gemeenschappen**

Artikel 5 §1, 1, I, 2° van de Bijzondere Wet op de Hervorming van de Instellingen van 8 augustus 1980, genomen ter uitvoering van art. 128 van de Grondwet, bepaalt dat de Gemeenschappen bevoegd zijn voor de gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, met uitzondering van de nationale maatregelen inzake profylaxe.

#### *3.a. Regelgeving Vlaamse Gemeenschap*

- het decreet van 21 november 2003 op het preventief gezondheidsbeleid (BS 3/2/2004) vervangt het KB van 1 maart 1971 en voorziet met name in art. 47 meer specifieke quarantainemaatregelen;

- in afwachting van het in werking treden van het besluit ter uitvoering van dit decreet, dat in voorbereiding is, blijft de ter zake geldende regelgeving die op het ogenblik van de

---

<sup>10</sup> D. Bloem, M. Nazarian, & G.V. Grigorieff, « La quarantaine médicale humaine, réflexions juridiques, éthiques et sanitaires sur une pandémie », op cit., p. 218-219.

inwerkingtreding van dit decreet van kracht is, o.m. met betrekking tot profylaxe van besmettelijke ziekten, van toepassing.

Het betreft hier met name:

- het decreet van 5 april 1995 betreffende de profylaxe van besmettelijke ziekten (BS 19 juli 1995);
- het besluit van de Vlaamse regering van 19 april 1995 tot uitvoering van het decreet van 5 april 1995 betreffende de profylaxe van besmettelijke ziekten (BS 14 juli 1995).

Art. 5 §1 van het decreet van 5 april 1995 betreffende de profylaxe van besmettelijke ziekten bepaalt dat ter voorkoming en bestrijding van de in dit decreet bedoelde ziekten de bevoegde ambtenaren-artsen:

“1° personen die aangetast zijn door zo'n ziekte en die hierdoor een bijzonder gevaar van besmetting voor de gemeenschap vormen, kunnen *verplichten een gepaste medische behandeling te volgen* met het oog op het bestrijden van deze besmettelijkheid en zo nodig hun het bevel geven tot *tijdelijke afzondering* in een door de ambtenaren-artsen bepaalde ziekenhuisafdeling;

2° bij vaststelling van zo'n ziekte, de personen die door hun beroepsactiviteit deze ziekte kunnen overdragen *onderwerpen aan medisch onderzoek*, nodig voor de opsporing van de besmettingsbron;

3° de onder 2° vermelde personen die besmet blijken en de ziekte kunnen overdragen, de *uitoefening van beroepsactiviteiten verbieden* zolang zij hierdoor een bijzonder gevaar betekenen voor de volksgezondheid;

[...]

6° de nodige ruimten in ziekenhuizen opeisen voor de opname en de afzondering van personen die besmet zijn of bij wie een ernstige besmetting wordt vermoed. (onze cursivering)”.

De in het decreet bedoelde ziekten, waarvan de aangifte onmiddellijk moet gebeuren, staan opgesomd in Bijlage I bij bovenvermeld Besluit van de Vlaamse regering van 19 april 1995, waaronder 11° “Elke andere ernstige besmettelijke ziekte die niet in de lijst is opgenomen *en die een epidemisch karakter dreigt aan te nemen*. (onze cursivering)”.

### *3.b. Regelgeving Franse Gemeenschap*

Het koninklijk besluit van 1 maart 1971 werd aangevuld door:

- het besluit van 17 juli 2002 van de Regering van de Franse Gemeenschap betreffende de profylaxe tegen overdraagbare ziekten in het school- en studentenmilieu (BS 26/10/02);



- het besluit van 17 juli 2002 van de Regering van de Franse Gemeenschap tot vaststelling van de lijst van de overdraagbare ziekten waarvoor profylactische en opsporingsmaatregelen moeten worden getroffen (BS 26/10/02).

### *3.c. Regelgeving Brussels Hoofdstedelijk Gewest*

Het besluit van 19 februari 2004 van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van 19 februari 2004 tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 maart 1971 betreffende de profylaxe tegen overdraagbare ziekten (BS 16/3/04) voorziet in art. 1 onder meer dat de Leden van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, in dringende gevallen de lijst van aan te geven ziekten kunnen aanvullen. Er moet tevens melding worden gemaakt van elk pathologisch geval waarover een onzekere diagnose bestaat, *maar waarvan het epidemische karakter vaststaat of waarvan de symptomatologie die is van een ernstige epidemische aandoening* (onze cursivering).

### *3.d. Regelgeving Duitstalige Gemeenschap*

Geen reglementering gevonden.

## **4. Deontologische regels**

De *Code van Geneeskundige Plichtenleer van de Orde van Geneesheren* voorziet onder meer:

#### Art. 3

“De uitoefening van de geneeskunde is een bij uitstek menslievende opdracht; de geneesheer waakt in alle omstandigheden over de gezondheid van de enkeling en van de gemeenschap.[...]”.

#### Art. 5

“De geneesheer moet al zijn zieken even gewetensvol verzorgen, ongeacht hun sociale stand, hun nationaliteit, hun overtuiging, hun faam en zijn persoonlijke gevoelens jegens hen.”.

#### Art. 6

“Elke geneesheer moet, ongeacht zijn functie of specialiteit, onverwijld hulp bieden aan een zieke die in onmiddellijk gevaar verkeert.”.

#### Art. 7

“Bij algemene noodsituaties mag een geneesheer zijn zieken niet verlaten tenzij hij daartoe door de bevoegde overheid wordt verplicht.”.

Art. 8

“De geneesheer moet zich bewust zijn van zijn sociale plichten tegenover de gemeenschap.”.

Art. 99

“De geneesheer moet zowel de onaantastbare rechten van de menselijke persoon eerbiedigen als zijn plichten tegenover de gemeenschap vervullen.”.

Art. 101

“De geneesheer moet zijn persoonlijke bijdrage leveren in de gezamenlijke opdracht van het medisch korps om de volksgezondheid te verbeteren.

In eerbied voor de medische deontologie en de rechten van de enkeling werkt het medisch korps mee aan die vormen van de sociale zekerheid die als doel hebben alle burgers de beste gezondheidszorgen te verstrekken.”.

Tijdens de SARS-epidemie in Canada werd het contact tussen artsen en aangetaste patiënten in bepaalde ziekenhuizen tot een minimum beperkt, waardoor zij in zekere mate vrijgesteld werden van hun zorgplicht<sup>11</sup>.

Anderzijds kan men zich afvragen in hoeverre artsen zich moeten blijven inzetten in weerwil van de risico's voor eigen veiligheid en gezondheid.

In zijn *advies van 24 januari 2009* over deze problematiek<sup>12</sup> stelt de *Nationale Raad van de Orde van Geneesheren* dat “de arts een deontologische plicht heeft om te behandelen en te verzorgen. Dit niet alleen omdat hij zich, zoals trouwens elke burger, wettelijk niet bloot kan stellen aan schuldig verzuim, contract- of beloftebreuk, maar vooral wegens de verwachtingsvolle sociale rol die hij opneemt. Zo houdt de bewuste keuze om arts te worden en te zijn, onafscheidbaar de aanvaarding in van een plicht tot behandeling en zorg. Deze plicht is geen vrijblijvende randvoorwaarde, maar behoort tot de kern die toelaat de professie van arts te definiëren (cfr. artikel 7 van de Code van geneeskundige plichtenleer). [...] Het door de arts aanvaarden van de behandelingsplicht betekent niet onmiddellijk het volledig moeten wegcijferen van zijn eigen veiligheid, noch van het bestaan van andere conflicterende, veelal familiale plichten. Zo stonden bij de betrokken zorgverstrekkers tijdens de recente SARS-dreiging de vrees hun familieleden te besmetten, praktische problemen bij de dagelijkse opvoeding en zorg voor hun kinderen en existentiële vragen rond de opvang van hun naasten, moesten ze door hun werk bezwijken, erg op de voorgrond. [...]

De praktijk mag zich in casu niet alleen beperken tot een oordeel over welke plicht het hoogste appel heeft, maar dient gepaard te gaan met een aanpak die ruimte schept om

---

<sup>11</sup> D. Bloem, M. Nazarian & G.V. Grigorieff, « La quarantaine médicale humaine, réflexions juridiques, éthiques et sanitaires sur une pandémie », op cit., p. 218-219.

<sup>12</sup> Advies van 24/01/09 betreffende de behandelingsplicht, te raadplegen op [www.ordomedic.be](http://www.ordomedic.be).

tegenstrijdige waarden naast elkaar te laten bestaan. Zo brengt de behandelingsplicht van de arts ook dwingende plichten mee voor de maatschappij en de zorginstellingen. Naast sociale ondersteuning onder vorm van aangepaste verzekeringen voor ziekte, invaliditeit, overlijden, kindercare..., dienen deze de veiligheid van de diverse zorgverstrekkers in de “frontlijn” te maximaliseren.”.

### ***5. De lege ferenda: Kaderwet Influenza***

Uit een hoorzitting met een expert bleek dat er gewerkt wordt aan een zgn. Kaderwet Influenza, die zou worden uitgevaardigd bij het begin van een pandemie en die een aantal bestaande wettelijke bepalingen zou wijzigen om het hoofd te bieden aan de crisissituatie.

Ter illustratie twee voorbeelden. Zo zou een uitzondering voorzien worden op de bepaling dat bankbiljetten steeds langs de Nationale Bank moeten passeren, waar versleten en beschadigde exemplaren uit omloop worden genomen. De banken voorzien namelijk een gebrek aan geld in de verdeelautomaten, mochten er in geval van pandemie niet genoeg geldtransporten kunnen georganiseerd worden. Een ander voorbeeld vormt de Vlaamse regeling die begrafenisondernemers verbiedt meer als één lijk te vervoeren. Ook hierop zou een uitzondering voorzien worden.

### ***6. Besluit***

Alhoewel er enige verschillen zijn in regelgeving betreffende isolatie- en quarantainemaatregelen tussen de Gemeenschappen, en hierdoor mogelijk enkele onduidelijkheden en aarzelingen ontstaan, lijkt de huidige wetgeving te voldoen om gevallen tot en met WHO-fase 5 aan te pakken, d.w.z. individuen of kleine clusters personen die door de ziekte zijn aangetast. Eenmaal de pandemie in fase 6 is beland, zal deze wetgeving in de praktijk minder nuttig zijn, omdat men natuurlijk niet de hele bevolking kan gaan isoleren en/of in quarantaine plaatsen. Op dat ogenblik zal de communicatie van aangepaste gezondheidsmaatregelen zeer belangrijk zijn. Bij wijze van voorbeeld kan gewezen worden op de raad zoveel mogelijk thuis te blijven, zich voldoende te bevoorraden, overbodige bezoeken en verplaatsingen te vermijden en geactualiseerde hygiënische aanbevelingen in acht te nemen.

## IV. Ethische overwegingen

### 1. Volksgezondheidsethiek

Van een overheid wordt verwacht dat ze haar bevolking beschermt door de aanleg en het onderhoud van een aantal noodzakelijke voorzieningen, zodat aan haar fundamentele noden en rechten kan voldaan worden en er bvb. voor gezorgd wordt dat alle kinderen naar school kunnen gaan, dat iedereen over drinkwater beschikt, gehuisvest is, dat de mobiliteit van de burgers verzekerd is, dat straten en wegen onderhouden worden, dat er voldoende gezondheidswerkers zijn om zieken op te vangen, dat de vervuiling van de ingeademde lucht verminderd wordt, en zo verder. Ook wordt ervan verwacht dat ze de nodige informatie verspreidt om het haar burgerbevolking mogelijk te maken vrije en adequate keuzes te maken in overeenstemming met hun eigen, intieme overtuigingen.

Als vroeger gebleken is dat de overheid soms een al te paternalistische houding aannam en in functie van de morele overtuiging van een meerderheid wetten uitvaardigde en acties ondernam waardoor de autonomie van sommige burgers geschaad werd, dan is daar in de laatste decennia, althans in de Westerse wereld, verandering in gekomen. Meer en meer komt het recht van de burger tot het nemen van autonome beslissingen tot uiting. In België zijn de opheffing van de wet op de landloperij, zowel als de uitvaardiging van de wet op de patiëntenrechten hier duidelijke voorbeelden van.

Uit het op 4 november 1950 aangenomen Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM ) kan worden afgeleid dat een overheid privérechten kan beknotten wanneer dit noodzakelijk is voor de bescherming van derden tegen een besmetting. België beschikt hiervoor over een hele regelgeving (cfr. supra).

Het noodplan werd noch opgesteld, noch uitgewerkt met de bedoeling aan de burgers één of andere gedragsregel op te leggen in hun persoonlijke en familiale levenssfeer, die desgevallend niet zou overeenstemmen met hun eigen visie of overtuiging. Dit plan is opgesteld om het contaminatierisico van derden te verminderen en om de opvang van zieken in de beste omstandigheden te regelen. Bedoeling is aan zoveel mogelijk mensen “goed” en aan zo weinig mogelijk “kwaad” te doen.

Ethisch gezien valt er niets op te merken op de uitwerking van een noodplan door de overheid en op de installatie van een reeks cellen die de evolutie van de pandemie kunnen volgen en eventueel maatregelen zullen nemen om de persoonlijke vrijheid van de burgers te limiteren teneinde levens te redden.

Dat de overheid een plan uitwerkte en een site opende op internet, bewijst dat ze handelt in overeenstemming met het voorzorgsprincipe en de burgers zo goed mogelijk wil inlichten over het potentieel gevaar dat ze lopen. Er is blijkbaar geen sprake in het noodplan van het opleggen van “nieuwe” dwangmaatregelen; er wordt integendeel van uitgegaan dat de

burgerbevolking consequent de instructies zal volgen. De operationele plannen van de meerdere Europese landen volgen dezelfde lijn en in zijn advies nr. 106 vestigt het Franse CCNE<sup>13</sup> de aandacht op het gevaar dat zou kunnen schuilen in het verder uitbreiden van deze beperkingen op de fundamentele vrijheden dan wat noodzakelijk is voor de bestrijding van de griepandemie, ofwel wegens een maximalistische (en dus onaangepaste) opvatting van het voorzorgsbeginsel, ofwel voor demagogische doeleinden.

Het noodplan voorziet verder de inrichting van een bevraging van de bevolking (p.41) om na te gaan hoe zij denkt over een pandemie, hoe groot de angst is en hoe ze zich kan voorbereiden. Tijdens de crisisfase zullen alle mogelijke middelen worden aangewend om met het publiek te communiceren. In functie van de evolutie van een mogelijke pandemie vergt het proportionaliteitsprincipe dat er verder over gewaakt wordt dat van de opgelegde restricties waardevolle resultaten kunnen verwacht worden.

Om redenen van openbaar belang is het Franse Comité in het bovengenoemde advies van mening dat bij een pandemie, de individuele vrijheid die bestaat in het weigeren van de vaccinatie, niet moet worden in acht genomen. Hoewel er grond bestaat om alle tijd die nodig is uit te trekken om een persoon die het pandemievaccin weigert te overtuigen, om te proberen hem te doen begrijpen welk gevaar die weigering inhoudt voor hemzelf en voor de anderen, bestaat er geen grond om aan zijn weigering van verzorging gevolg te geven. Het openbaar belang heeft hier de overhand op het respect voor de autonomie van de persoon.

De Nuffield Council<sup>14</sup> (UK) is van mening dat het bij een pandemie absoluut noodzakelijk is om een toezichtstelsel in te voeren op de evolutie van de ziekte en op de wijze waarop de infectie gebeurt. De Council is dus van oordeel dat het aanvaardbaar is om de inzameling van geanonimiseerde gegevens te organiseren die het mogelijk maakt de verspreiding van de infectie te bestuderen, zonder de instemming van de betrokken personen en voor zover er geen inbreuk is op hun persoonlijke levenssfeer. Dat neemt volgens de Nuffield Council niet weg dat het in bepaalde situaties gerechtvaardigd kan zijn om gegevens op naam in te zamelen, ondanks de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer en de vertrouwelijkheid waartoe dergelijke maatregelen voor de betrokken personen leiden, indien het belang van de volksgezondheid op het spel staat. Vanuit ethisch standpunt zou het derhalve te verantwoorden zijn om te proberen alle contacten te identificeren die een vermoedelijk besmette persoon recent met andere personen heeft gehad. In België heeft deze epidemiologische maatregel een wettelijke basis wat betreft een aantal ziekten zoals tuberculose, zonder dat dit geleid heeft tot polemiek onder de bevolking.

## **2. Solidariteit**

---

<sup>13</sup> Zie [www.ccne-ethique.fr/avis](http://www.ccne-ethique.fr/avis)

<sup>14</sup> Rapport “Public health: ethical issues”, o.m. paragrafen 4.39 en 4.43, zie [www.nuffieldbioethics.org](http://www.nuffieldbioethics.org)

Het plan staat of valt echter in functie van de al dan niet optimale medewerking van de burgerbevolking en van de gezondheidszorgberoepen.

### *2.a. De medewerking van de burgerbevolking*

Ook al wordt de informatie goed overgebracht, dan nog dient de modale inwoner van het land ze te begrijpen en te geloven. Lectuur van commentaren i.v.m. vogelgriep, o.m. op internetfora, leert dat nogal wat mensen het gevaar ervan miskennen. Moet er niet in eerste instantie aan gedacht worden de bevolking in te lichten over wat een virus is, hoe een influenzavirus zich desgevallend kan combineren met een vogelgriepvirus of een virus van andere dierlijke oorsprong of wat een mutatie van het virus betekent? Sommigen hebben moeite om te begrijpen waarom het nuttig is vogels in en rond vogelgriephaarden te elimineren.

Zal iedereen het belang van handhygiëne inzien? Gaan zieke mensen inderdaad maskers dragen thuis, bezoek vermijden en alzo hun naasten beschermen? Zullen ze er zich van bewust zijn dat ze zolang ze niet volledig zijn hersteld, liefst niet buiten komen omdat ze riskeren anderen te besmetten? In welke mate zullen ze inzien dat het, om contaminatie van anderen te weren, voorzichtiger is thuis te blijven bij de minste griepsymptomatologie en desgevallend hun werkgever te misnoegen?

Het noodplan blijkt ervan uit te gaan dat iedereen de instructies zal volgen, omdat het de instructies zijn! Dit is echter niet evident, zeker niet in België waar bij velen de mentaliteit heerst om aan iedere richtlijn "een mouw te passen". Zoals Marc Guerrier en Emmanuel Hirsch het uitdrukken: « Anticiper de manière théorique ou examiner les expériences tirées d'autres circonstances significatives, constitue une bonne manière de se confronter aux éventualités d'une pandémie grippale. Pour autant les spéculations d'experts et les mesures planifiées ne peuvent, à elles seules, créer les conditions de mobilisation et de renforcement de la cohésion sociale autour de valeurs partagées »<sup>15</sup>.

De leden van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek zijn van oordeel dat om tot een optimale, constructieve houding in de maatschappij te komen meer nodig is dan de uitwerking van informatiekanaalen. Het Comité denkt dat er prioritair werk dient gemaakt te worden van de voorbereiding van de bevolking op een pandemie, ook al kan er niet met zekerheid gezegd worden dat ze er komt, noch wanneer. Op alle administratieve niveaus (gemeentelijk, provinciaal, gewestelijk, communautair en federaal) lijkt het aangewezen om de bevolking te betrekken bij de beleidsplannen. Vooral op lokaal niveau, langs buurtcomité's en via het verenigingsleven om, moet dit thema bespreekbaar worden.

---

<sup>15</sup> Tijdschrift "PandEmiques", n° 2-3, nov. 2007, p. 2. Vertaling in het Nederlands: "Op theoretische wijze anticiperen op of de ervaringen, opgedaan in andere relevante omstandigheden, onderzoeken, zijn goede manieren om de confrontatie met een eventuele griepandemie aan te gaan. Nochtans kunnen de speculaties van experts en de geplande maatregelen op zichzelf niet de omstandigheden creëren die nodig zijn om te komen tot een mobilisering en versterking van de sociale cohesie rond gedeelde waarden."

Burgers moeten er worden op voorbereid dat een pandemie kan uitbreken en dat ze een constructieve rol kunnen spelen om ze in te dijken. Concreet kan er van de modale burger met gezond verstand niet alleen verwacht worden dat hij zich inzet om het contaminatiegevaar te verminderen, maar vooral dat hij zich dankzij zijn inzet voldoende betrokken en geresponsabiliseerd zal voelen. Elkeen moet kunnen beseffen in welke mate hij of zij kan bijdragen tot de indijking van een mogelijke catastrofe. Er dient hierbij vooral gedacht aan de voorbereiding van maatschappelijk kwetsbare groepen, zoals daklozen en illegalen die door onwetendheid virusverspreiders kunnen worden.

Ook moet er worden aan gedacht dat communicatie hierover met anderstaligen nodig is, evenzeer als er communicatie moet bedacht worden met het niet onaanzienlijke deel van de bevolking dat niet naar het televisiejournaal kijkt en nauwelijks naar de radio luistert of een krant leest. De weerstand tegen het vogelgriepvirus hangt ook af van de kwaliteit van de algemene leef- en woonomstandigheden van mensen. Dit facet komt weinig aan bod in het noodplan. Wat met de daklozen? Wat met de 14% Belgen die onder de armoedegrens leven en allicht niet beschikken over de mogelijkheid om voedingswaren en geneesmiddelen, zoals antipyretica, te stockeren op langere termijn?

Voorbereiding van de bevolking op een mogelijke pandemie mag echter niet leiden tot het zaaien van paniek. Per slot van rekening weet zoals gezegd niemand met zekerheid of er een grieppandemie zal uitbreken, noch eventueel wanneer. Het komt er dus op aan, aan de bevolking de nodige informatie en know how te geven, die het haar mogelijk maakt adequaat te reageren als er een pandemie zou uitbreken. Door haar te lang op voorhand hierop voor te bereiden, vóór we in fase 6 zitten, nemen we het risico dat er een averechts effect wordt gecreëerd en de bevolking de mogelijkheid van een pandemie uiteindelijk loochent. Wanneer iemand te uitdrukkelijk verwittigd wordt voor een imminent gevaar dat hij in werkelijkheid niet tegenkomt, is het risico groot dat hij dat gevaar uiteindelijk miskent.

In fase 3 komt het er allicht vooral op aan om de mensen duidelijke algemene informatie te verschaffen over virale aandoeningen in het algemeen en hen in te lichten over de mogelijke preventief aan te nemen houdingen om de verspreiding ervan tegen te gaan. Algemene campagnes, zoals recentelijk (in de winter 2008-2009) opgezet, om de verspreiding van het seizoensgriepvirus tegen te gaan, zijn belangrijk om mensen voor te bereiden op een pandemie. Voor de leden van het Comité lijkt het nu reeds nodig om de beroepsactieve burgers zoveel mogelijk aan te zetten om thuis te blijven wanneer ze zich onwel voelen en koorts ontwikkelen, in tegenstelling tot hun natuurlijk reflex om hun symptomen te negeren en toch naar het werk te gaan, waardoor ze virusverspreiders worden. Ook op het vlak van algemene preventie tegen virusepidemieën is het wenselijk zich niet te beperken tot loutere "informatiecampagnes", maar het publiek directer te betrekken, onder meer langs het verenigingsleven om, zodat men komt tot een gemeenschappelijke reflectie. Niettegenstaande alle reeds gedane inspanningen om het publiek uit te leggen dat virale en bacteriële infecties niet op een zelfde manier moeten behandeld worden, lijkt het nuttig hier op terug te komen. Het moet voor iedereen duidelijk zijn dat bij virale aandoeningen

antibiotica nutteloos zijn, terwijl de patiënt baat heeft bij koortswerende middelen en er moet voor zorgen dat hij voldoende vloeistof inneemt. Bij bacteriële complicaties kan het gebruik van antibiotica zinvol worden.

Het is een uitstekend idee om, zoals voorzien in het noodplan, de hele bevolking zo snel mogelijk (vanaf fase 5) het prepandemisch vaccin toe te dienen. Dit vaccin zou het lichaam helpen de toekomstige griep te verwerken en vermindert dus het mortaliteitsrisico. We moeten er echter voor zorgen dat zoveel mogelijk mensen het nut hiervan inzien, zodat ze op het aanbod ingaan. Een expert die hierover door de Commissie werd gehoord, deelde mee dat de bevolking zou worden opgeroepen aan de hand van de kiezerslijsten. Kinderen zouden op school worden ingeënt. Men kan zich afvragen hoe niet-Belgen en illegaal in België verblijvende personen zullen aangesproken worden om zich te laten vaccineren. In het noodplan wordt inderdaad duidelijk gesteld dat, in geval van pandemie, alle mensen die op het territorium verblijven gelijke rechten hebben op medische bijstand, wat niet alleen ethisch, maar ook praktisch verantwoord is, om het contaminatiegevaar te verminderen in de algemene bevolking. Dezelfde door de commissie gehoorde expert bevestigde dat de inenting van illegalen voorzien was.

Indien het niet om een aanbod maar om een verplichting zou gaan, dient te worden nagedacht over de consequenties voor de betrokkenen die zich hieraan onttrokken hebben en over de beschikbaarheid van middelen om deze maatregelen uit te voeren. Vermits van deze prepandemische vaccinatie geen volledige preventie verwacht wordt, dienen we ons vanuit een ethisch standpunt af te vragen of ze wel kan worden opgelegd (met een beroep op het solidariteitsbeginsel), temeer dat weinig zal geweten zijn over de mogelijke ongewenste bijwerkingen ervan.

Hoewel het Belgisch influenzaplan voorziet in bijzondere maatregelen voor de ziekenhuizen (cf. hierboven), is er weinig sprake van de voorzorgen die moeten worden genomen in de andere (gesloten) instellingen waar mensen dicht op elkaar verblijven en waar de sanitaire omstandigheden soms onvoldoende zijn. We denken in het bijzonder aan de gevangenissen, maar ook aan de rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen, en aan de verschillende revalidatie- en opvangtehuizen. Het lijkt ons gepast dat in elk van die instellingen vooraf in overleg een aangepast pandemieplan wordt opgesteld om de gevaren van de besmetting tussen de bewoners te beperken en een optimale verzorging te garanderen, wat een specifieke opleiding van het personeel noodzakelijk maakt. Het is niet uitgesloten dat het voor het belang van de meerderheid van de bewoners nodig is om de toegang van externe bezoekers te beperken, net zoals het nuttig zou kunnen zijn om er speciale afdelingen te voorzien om de personen die met het virus zijn besmet te huisvesten, met de hoop de verspreiding ervan te voorkomen.

De leden van het Comité achten het primordiaal de patiënten in deze instellingen te behandelen met het volste respect voor hun fundamentele rechten en met naleving van het principe van gelijkheid van hun rechten met die van alle andere burgers.



## *2b. De medewerking van de gezondheidsberoepen*

Evenmin als voor de burgerbevolking lijkt het noodplan te twijfelen aan de bereidwilligheid van de (huis)artsen om zich ter beschikking te stellen van de patiënten in tijden van pandemie. Er wordt van de Huisartsenkringen verwacht dat ze die terbeschikkingstelling zouden promoten en inrichten.

Wat de algemene beschikbaarheid betreft van artsen, verplegenden en al diegenen die beroepshalve in aanraking komen met besmette pandemiepatiënten, denkt het Comité dat vanuit algemene ethische overwegingen moet worden stilgestaan bij de morele dilemma's waar deze mensen voor staan. Hun terbeschikkingstelling voor de verzorging van pandemiepatiënten betekent hoe dan ook (welke preventieve maatregelen ze ook nemen) dat ze meer kans maken op contaminatie dan de modale burgers. Hun professionele verplichtingen kunnen dus in conflict komen met hun familiale verplichtingen en dit op twee niveaus. Naast zware affectieve gevolgen, kan hun eventuele dood onrechtstreekse catastrofale materiële gevolgen hebben voor hun kinderen en/of voor hun partners. Het contaminatierisico dat ze betekenen impliceert meteen dat ze ook hun partners en kinderen in levensgevaar kunnen brengen.

De leden van het Comité denken dat de overheid hier de nodige aandacht moet aan schenken. In navolging van wat in andere landen werd uitgewerkt, onder meer naar aanleiding van de SARS-epidemie, dienen de nodige maatregelen genomen te worden om enerzijds het leven van deze zorgverleners financieel te verzekeren zodat hun familie de materiële gevolgen niet draagt van hun positieve maatschappelijke inzet, indien ze aan griep sterven of arbeidsongeschikt worden. Anderzijds moet ervoor gezorgd worden dat, tijdens de periode van de pandemie, kinderen en partners niet in direct contact hoeven te komen met actieve zorgverleners of mensen die beroepshalve grotere risico's lopen om besmet te worden. Opvangmiddelen moeten bedacht worden, hetzij voor de zorgverleners, hetzij voor hun familie.

## **3. De beschikbaarheid van de middelen en van het personeel**

### *3.a. De beschikbaarheid van ziekenhuisbedden en hun omkadering*

Het lijkt geen twijfel dat de middelen waar een land over beschikt niet oneindig zijn en zelfs in situaties waar de bevolking in levensgevaar komt, dient er nog aan gedacht te worden dat middelen moeten beschikbaar blijven om aan de overlevenden een correcte levenskwaliteit te bieden. Er dient echter wel een kosten-batenanalyse ondernomen te worden om uit te maken wat desgevallend "buitensporige" uitgaven zouden zijn, - we denken hierbij aan de relatieve zinloosheid om nieuwe ziekenhuisinfrastructuur te bouwen in het perspectief van een mogelijke uitbraak van een pandemie - in vergelijking met lichtere financiële uitgaven, voor maatregelen die de uitbreiding van een eventuele pandemie kunnen tegengaan en/of beter bepaalde voor de maatschappij onmisbare beroeps categorieën kunnen beschermen.

De uitbreiding van de ziekenhuiscapaciteit lijkt des te buitensporiger, aangezien niemand weet waar het personeel zou moeten vandaan komen om deze te bestafferen. De ziekenhuizen zijn nu reeds vaak onderbemand en in het geval van een pandemie zullen er noodzakelijkerwijze ook zieken zijn binnen deze beroepscategorie.

### *3.b. De beschikbaarheid van beademingstoestellen en hun bediening*

Het aanschaffen van meer beademingstoestellen lijkt minder buitensporig, ook al betekent dat een grote budgettaire inspanning. Beademingstoestellen zijn duurzame investeringsgoederen en blijven dus bruikbaar na de pandemie. Zelfs in perioden waar we niet te kampen hebben met een pandemie is er soms een tekort. Het gebruik van beademingstoestellen vergt daarenboven competent personeel, en vermits we in het geval een pandemie moeten rekening houden met een waarschijnlijk tekort aan verzorgend personeel, is een dergelijke uitgave allicht minder zinvol.

### *3.c. De beschikbaarheid van maskers*

De zaken zien er anders uit als het gaat om de maskers, ook al is de beschermende werking ervan niet overtuigend aangetoond. Zij hebben een zeer lange houdbaarheidstermijn en indien er een overschot is aan voor de pandemie opgeslagen maskers, zijn deze niet verloren. Hun kostprijs is ook laag. De overheid voorziet in een voorraad chirurgische en ademhalingsmaskers.

#### *3.c.1. De chirurgische maskers*

Chirurgische maskers beschermen, zoals reeds gezegd, de dragers niet tegen besmetting, maar verhinderen dat besmette personen anderen contamineren. Het zijn “altruïstische maskers”. Alle besmette patiënten dienen er dus te dragen, zowel diegenen die thuis verzorgd worden, als zij die in een ziekenhuis of in een andere instelling verblijven.

De oprichting van lokale zorgmeldpunten lijkt gewettigd om de urgentiediensten van de ziekenhuizen te sparen en zoveel mogelijk de contaminatie van niet-aangetaste patiënten in de wachtkamer van de huisartsen te vermijden. Ze impliceert echter dat mensen met griepsymptomen zich moeten verplaatsen naar het zorgmeldpunt en hiervoor minstens op straat komen, om desgevallend per tram, bus of metro het zorgmeldpunt bereiken. Het lijkt op het eerste gezicht zinvoller om de consultaties zoveel mogelijk ten huize van de patiënt te centraliseren. Dit betekent dat een maximum aantal mobiele huisartsen moet beschikbaar zijn, terwijl een wachtdienst wordt opgericht in het zorgmeldpunt. Er kan niettemin verondersteld worden dat een aantal huisartsen onbeschikbaar zullen zijn, of ze nu aangetast zijn door de ziekte of niet. Diegenen die zich naar het zorgmeldpunt dienen te verplaatsen en dus reeds griepsymptomen hebben ontwikkeld, betekenen een evident contaminatierisico, wat impliceert dat ze over chirurgische maskers moeten beschikken

vooral de diagnose wordt gesteld. Het lijkt dus wenselijk dat aan alle personen die op het territorium verblijven dergelijke maskers preventief ter beschikking zouden worden gesteld.

Het belangrijkste probleem bij de strijd tegen de verspreiding van het virus blijft dat mensen besmettelijk zijn gedurende 24 uur vóór ze symptomen ontwikkelen. Niemand kan dus met zekerheid weten of hij het virus niet aan het verspreiden is. In navolging van wat in Azië gebeurde tijdens de SARS-epidemie kan het efficiënt zijn om de dracht van chirurgische maskers op te leggen aan al wie buitenkomt evenzeer als in alle bedrijven, scholen, administraties, en dergelijke, van zodra we in fase 6 zijn. In vliegtuigen en treinen, die mensen vervoeren die uit reeds getroffen landen komen, lijkt een dergelijke maatregel aangewezen vanaf fase 4. Binnen de familiale kring lijkt het ook aangewezen om over chirurgische maskers te beschikken die men opzet bij de eerste symptomen, ook al is er nog geen diagnose gesteld, dit om in de mate van het mogelijke verdere besmetting van huisgenoten te vermijden.

In het noodplan is er sprake van 32 miljoen opgeslagen chirurgische maskers, wat ongeveer neerkomt op 3 maskers per persoon. Rekening houdend met het feit dat eens gedragen, het masker dient weggegooid te worden, lijkt dit aantal onvoldoende. Naar schatting zou 30% van de bevolking kunnen besmet worden en de ziekte ontwikkelen. Dit betekent dat er in België 3 miljoen mensen over chirurgische maskers moeten beschikken gedurende een zevental dagen om hun virussen niet te verspreiden. Het aantal maskers werd blijkbaar op die basis berekend. De leden van het Comité zijn echter van mening dat de waarde van de maskers als algemene preventieve maatregel niet mag onderschat worden. Zij zijn er voorstander van om de beschikbaarheid van de chirurgische maskers te veralgemenen zodat ze door iedereen kunnen gedragen worden.

### 3.c.2. De ademhalingsmaskers

In tegenstelling tot de chirurgische maskers beschermen de zgn. ademhalingsmaskers (type FFP2) de drager tegen het virus. Hun efficiëntie duurt echter maar enkele uren (van 2 tot maximaal 4 uur, al naargelang de bron).

Deze maskers worden verondersteld de zorgberoepsbeoefenaars tegen het virus te beschermen, zowel in de ambulante sector, als in de ziekenhuizen. We wezen er al op dat de beschikbaarheid en de werkhouding van de huisartsen cruciaal zijn. Rekening houdend met de frequentie van hun contacten met zieke personen denken we dat ze zich in fase 6, en allicht reeds vanaf fase 4, indien ze worden opgeroepen door mensen met een griepsymptomatologie, maximaal dienen te behoeden voor virusoverdracht. De dracht van een ademhalingsmasker lijkt dan ook aan te raden voor elk contact met een persoon bij wie een vermoeden van contaminatie bestaat vermits het virus wordt overgedragen door droplets. Als de patiënt niest of hoest tijdens het onderzoek is er gevaar voor contaminatie.

In de ziekenhuisafdelingen waar grieppatiënten worden opgenomen, bestaat een analoog risico. Ook zonder dat er specifieke onderzoeken gebeuren, die gepaard gaan met een microbiële aerosol, kunnen er bij niezen of hoesten droplets terecht komen bij het ziekenhuispersoneel. Rekening houdend met de veronderstelde overbezetting in de ziekenhuizen valt het ten zeerste af te raden dat contaminatierisico's zouden worden genomen met als rechtstreeks gevolg een daling van de operationele personeelseffectieven van eender welke categorie.

Verder is het wenselijk de werknemers in de sociale sector en de thuiszorg en de vrijwilligers, waarop zal moeten een beroep gedaan worden om voor alleenstaande zieken te zorgen (medicatie kopen, eten verschaffen, ...), een optimale bescherming te bieden. Indien we willen vermijden dat zieke mensen zelf naar de apotheker moeten om bv. antipyretica te kopen, indien we willen vermijden dat ze in bakkerijen, groentewinkels en slagerijen rondlopen, moet ervoor gezorgd worden dat ze efficiënt thuis geholpen kunnen worden. Maar ook die professionals, ook die vrijwilligers brengen hiermee hun eigen leven en dat van hun omgeving in gevaar.

Het noodplan voorziet de aanleg van een voorraad van 6 miljoen ademhalingsmaskers. Indien we ervan uitgaan dat geen enkele zorgbeoefenaar 's nachts werkt, wat natuurlijk nonsens is, dan zijn er ademhalingsmaskers beschikbaar gedurende 10 dagen voor 100.000 zorgbeoefenaars. De pandemie kan echter enkele maanden duren, volgens sommige bronnen tot twee jaar, en zoals reeds uitgelegd zijn de zorgbeoefenaars niet de enige beroepscategorie die een bijzondere bescherming dienen te genieten, evenmin als men de bescherming in de ziekenhuizen en de lokale zorgmeldpunten van administratief en onderhoudspersoneel mag vergeten. Ook de stock aan ademhalingsmaskers lijkt dus ondermaats. De leden van het Comité menen dat een serieuze uitbreiding van het aantal beschikbare ademhalingsmaskers dient overwogen te worden, temeer dat we hier niet over verspilling kunnen spreken, vermits deze opgeslagen maskers enerzijds een lange houdbaarheid hebben en hun kostprijs anderzijds niet overdreven hoog is.

### *3.d. De beschikbaarheid van antivirale middelen*

Het noodplan voorziet alleen het gebruik van antivirale middelen voor behandeling van patiënten met symptomen van pandemische griep, en niet voor profylactisch gebruik. Wat het nut van antivirale profylaxe betreft, zijn wetenschappers en specialisten volksgezondheid het oneens. Al naargelang de bron zou van profylaxe met antivirale middelen een vermindering van de morbiditeit van 30 à 70 % kunnen verwacht worden.

De Nederlandse Gezondheidsraad pleit niet voor profylaxe (publicatie 2005/05, p. 13), ook niet voor gezondheidswerkers. Enkel als patiënten symptomen vertonen hebben ze baat bij antivirale middelen, want ze hebben ondertussen antilichamen kunnen ontwikkelen en zullen resistenter zijn bij een volgende aanval. Bij profylactisch gebruik van antivirale middelen kunnen er zich geen antilichamen ontwikkelen en de gebruikers worden nooit immuun tegen

het virus. Bij ontdekking van een gelokaliseerde haard van besmette personen adviseert de Nederlandse Gezondheidsraad echter wel (p.12) om postexpositie-profylactisch antivirale middelen toe te dienen aan alle huisgenoten en contacten: “Het doel hierbij is de pandemie te vertragen of zelfs in de kiem te smoren”.

Het Fins Raadgevend Comité voor Gezondheidsethiek is tijdens de pandemie enkel voorstander van korte profylaxe bij huisgenoten of contacten van besmette personen.

Een door de commissie gehoorde expert oordeelde dat voor gezondheidswerkers niet enkel de nodige ademhalingsmaskers moeten voorzien worden, waar het Raadgevend Comité ook voor pleit, maar dat ze over een permanente profylactische dosis antivirale middelen zouden moeten kunnen beschikken om ziekteverzuim in hun rangen tegen te gaan en hen degelijk te beschermen tegen de risico's die ze nemen. Dit punt is controversieel, vermits de echte protectieve waarde van een dergelijke profylaxe niet met zekerheid gekend is en gezondheidswerkers er misschien wel baat bij hebben zo snel mogelijk antilichamen op te bouwen tegen het virus. De leden van het Comité zijn echter van mening dat het de gezondheidswerker zelf toekomt om uit te maken of hij de medicatie preventief wenst of niet.

Het eventuele nut van algehele profylaxe moet benaderd worden, rekening houdend met het moment waarop een land in fase 4 terechtkomt en de tijd die er redelijkerwijze moet voorzien worden om over een adequate hoeveelheid pandemisch vaccin te beschikken. Indien het virus zich reeds lange tijd ver van Europa ontwikkeld heeft en er verschillende maanden vaccin is kunnen aangemaakt worden, wat het mogelijk maakt om het grootste deel van de bevolking in te enten, dan houdt het argument over de vorming van antilichamen geen steek meer en lijkt het aangewezen profylactisch antivirale middelen toe te dienen tot er wordt ingeënt. Indien er echter een groot tekort is aan pandemisch vaccin, is het belangrijk dat zoveel mogelijk mensen een natuurlijke weerstand tegen het virus zouden kunnen ontwikkelen.

Het noodplan voorziet antivirale middelen voor een eenmalige behandeling van 30% van de bevolking. Hierbij dient opgemerkt dat de efficiëntie van de gestockeerde antivirale middelen, ook al worden ze in de beste condities opgeslagen, na een tijd vervalst. Sommige bronnen vermelden een vervaldatum na 1 jaar, andere menen dat het product langer werkzaam blijft. Wat de exacte therapeutische waarde is van de beschikbare antivirale middelen is uiteindelijk ook niet gekend. Al kunnen noch de profylactische waarde, noch de therapeutische efficiëntie van de antivirale middelen met zekerheid ingeschat worden, toch menen de leden van het Raadgevend Comité dat het ethisch onverantwoord zou zijn om omwille van een tekort aan middelen sommige besmette mensen zonder behandeling te laten, evenmin als het verantwoord zou zijn aan gezondheidswerkers die Tamiflu® of oseltamivir profylactisch willen innemen, deze mogelijkheid te ontnemen.

De aankoop van antivirale middelen gaat echter gepaard met een solide kostprijs, waarbij er rekening moet mee gehouden worden dat de stock regelmatig dient hernieuwd te worden omwille van het vervalrisico. Tamiflu® wordt officieel enkel geproduceerd door Roche; Relenza® door GSK. Wereldwijd worden deze antivirale middelen bij die firma's besteld. Roche en GSK kunnen met moeite de bestellingen honoreren. Aangezien ze over een octrooi beschikken op deze producten kan geen enkele andere firma concurreren.

Een door de beperkte commissie gehoorde expert stelde echter dat de sinds jaren op gang zijnde discussies over de tritherapie voor mensen die besmet zijn met het AIDS-virus, en de financiële ontoegankelijkheid ervan voor de ontwikkelingslanden, de WTO (World Trade Organisation) ertoe had aangezet de TRIPS-overeenkomst (Trade Related Aspects of Intellectual Property) te interpreteren als een ondersteuning voor het recht van de WTO-leden om de volksgezondheid te beschermen en met name de toegang tot geneesmiddelen voor iedereen te bevorderen (Verklaring van Doha van 14 november 2001).

In de praktijk komt dit er op neer dat een land, dat niet over de nodige financiële draagkracht beschikt om gebrevetteerde geneesmiddelen aan te kopen een dwanglicentie kan uitgeven voor de invoer van generieke versies ervan. De TRIPS-regels legden echter ook beperkingen op voor de productie en uitvoer van de basisproducten, die ook door een octrooi beschermd zijn in het potentiële land van uitvoer. Op 30 augustus 2003 kwam de Algemene raad van het WTO tot een besluit dankzij hetwelk landen met onvoldoende of geen farmaceutische productiecapaciteit, effectief gebruik kunnen maken van dwanglicenties om generieke versies van onder octrooi staande geneesmiddelen in te voeren.

Een aantal "rijke" landen, waaronder België, meldden toen dat ze hiervan geen gebruik zouden maken. Volgens de door de commissie gehoorde expert kan dit slechts als een vrome intentie beschouwd worden en zou niets België kunnen verhinderen om, in geval van nood, een beroep te doen op het systeem van dwanglicenties en (generieke) oseltamivir te importeren uit bijvoorbeeld India, aan een veel lagere kostprijs.

De leden van het Comité zijn van oordeel dat, bij een tekort aan opgeslagen antivirale middelen tijdens een pandemie, de overheid zijn toevlucht moet nemen tot het systeem van dwanglicenties, indien hij niet beschikt over de financiële middelen om de noodzakelijke gebrevetteerde specialiteiten aan te schaffen of indien de farmaceutische ondernemingen niet snel genoeg aan de vraag kunnen voldoen.

Zoals de Nuffield Council<sup>16</sup> verduidelijkt is het, indien de industrie er niet in slaagt in te gaan op de behoeften van de bevolking en de gezondheid van die bevolking in gevaar is, aanvaardbaar dat de overheid ingrijpt in dergelijk proces.

---

<sup>16</sup> Rapport "Public health: ethical issues", paragrafen 2.47-2.50, 5.26, 5.16-5.25, 6.18-6.31 en 8.24, zie [www.nuffieldbioethics.org](http://www.nuffieldbioethics.org)

## **4. Keuzen bij het aanwenden van de middelen**

### *4.a. Prioritering en deprioritering, principieel*

Met prioritering wordt hier bedoeld dat, bij tekort aan middelen, bepaalde mensen of groepen van mensen “prioritair” zullen behandeld worden. Een dergelijk scenario zal zich, naar alle waarschijnlijkheid, voordoen bij inenting met het pandemisch vaccin, waarvan de aanmaak allicht onvoldoende zal zijn om alle mensen in te enten. Prioritering zou zich ook kunnen voordoen als verschillende mensen op hetzelfde moment een respirator behoeven en er maar één ter beschikking is.

Met deprioritering bedoelen we dat bepaalde mensen een lagere prioriteit krijgen dan anderen voor een bepaalde behandeling. Dit zou zelfs kunnen impliceren dat in bepaalde situaties mensen die reeds genieten van een behandeling ervan ontdaan worden ten behoeve van anderen. Bij bepaalde ziekenhuisbehandelingen kan, als er een gebrek is aan voldoende respiratoren, beslist worden om een ademhalingsapparaat, dat in gebruik is, ter beschikking te stellen van een nieuw aangekomene, waarvan verwacht wordt dat hij er meer baat bij zal hebben. Ook al wordt diegene die aan de respirator wordt gelegd in feite geprioriteerd, toch spreken we hier over deprioritering van de andere.

In wezen hebben alle mensen gelijke rechten en, zoals het Fins Raadgevend Comité voor Gezondheidsethiek het onderstreept, “bestaan (er) geen ‘correcte’ antwoorden op vragen naar prioritering in het geval van een pandemie”. Vanuit een ethisch standpunt bestaan er evenmin “correcte” antwoorden op vragen naar deprioritering. Maar ethische principes moeten ook nog uitvoerbaar zijn en in bepaalde omstandigheden geldt overmacht. Vanuit een utilitaristische visie heeft een meerderheid van de bevolking er, in het geval van een pandemie, alles bij te winnen dat bepaalde beroepsbeoefenaars operationeel blijven, zodat hun prioritering verantwoord lijkt.

In de wereld van de volksgezondheid wordt reeds omgegaan met prioriteitscriteria. Bepaalde categorieën patiënten kunnen bepaalde medicatie gratis krijgen of genieten van een voordeligere terugbetaling. Hier gaat het er meestal om fragielere patiënten beter te beschermen. Artikel 12. 1 van het Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten<sup>17</sup> (“het recht van een ieder op een zo goed mogelijke gezondheid”) voorziet dat alle verzorgingsinstellingen, goederen en diensten voor elkeen moeten toegankelijk zijn, in het bijzonder voor de meest kwetsbare en marginale bevolkingsgroepen.

Bij gebrek aan middelen, en voor zover een redelijke inspanning werd geleverd om hier zoveel mogelijk aan te verhelpen, zullen sommige mensen gedeprioriteerd moeten worden ten gunste van anderen.

---

<sup>17</sup> Verdrag van 19 december 1966 inzake economische, sociale en culturele rechten, opgemaakt te New York en goedgekeurd door de wet van 15 mei 1981 (BS van 6/7/1983) en “Observation générale 14”, 22<sup>e</sup> zitting, Genève, 25/4/2000.

Specialisten in rampengeneeskunde, die stamt uit de slagveldgeneeskunde, hebben ervaring met het triageprincipe. In geval zich een ramp voordoet (een natuurramp, een vliegtuigcrash, een zwaar treinongeval) maken zij uit wie in aanmerking komt voor behandeling en wie niet, in functie van hun overlevingskans. In functie van het type ramp, van de aard van de verwondingen, van het aantal slachtoffers en het soort ravage dat de ramp heeft aangebracht heeft, evenals in functie van de zorginfrastructuur die voorhanden is en de beschikbaarheid ervan, worden bepaalde patiënten gedeprioriteerd ten voordele van anderen.

In de gewone geneeskundige praktijk is deprioritering meestal niet aan de orde van de dag, ook al staan de specialisten van de dienst intensieve zorgen soms voor een dilemma wanneer alle bedden in het ziekenhuis bezet zijn. Meestal wordt dan prioriteit gegeven aan de jongere patiënten, voor zover hun prognose een reële kans maakt om positief te zijn.

In het geval een pandemie uitbreekt zullen de beschikbare middelen niet oneindig zijn. Ook al zou er kunnen worden van uitgegaan dat de overheid veel meer ademhalingsmaskers stockeert en voorziet in dosissen antivirale middelen voor de hele bevolking, desgevallend zelfs in antivirale middelen voor profylaxe, voor zover een dergelijk scenario zinvol zou zijn, dan is het toch mogelijk dat het aantal ziekenhuisbedden onvoldoende zal zijn om al wie het nodig heeft op te nemen. Het aantal beschikbare respiratoren zal hoe dan ook de toegankelijkheid van de zorgen beperken. In functie van de morbiditeit van het virus en in functie van de snelheid waarmee het zich verspreidt en dus van het aantal zieken, kan het gebeuren dat keuzes dienen gemaakt te worden om bepaalde personen te deprioriteren ten voordele van anderen, die desgevallend meer kans maken om het te halen.

Zowel over het concept prioritering, als over het concept deprioritering in geval van pandemie dient liefst vooraf sereen nagedacht te worden als we misstappen willen vermijden wanneer de nood het grootst is. Het lijkt inderdaad wenselijk, zoals mevrouw de Minister stelt in haar schrijven, om een framework uit te schrijven, waarbinnen zorgberoepsbeoefenaars een antwoord kunnen vinden op de vragen die ze zich zullen moeten stellen in sommige gevallen van overmacht. Een dergelijk schema wordt liefst uitgewerkt in actieve samenwerking met de bevolking. Leidraden bij het nemen van beslissingen moeten kunnen ter beschikking gesteld worden van de multidisciplinaire teams.

#### *4.b. Prioritering*

##### 4.b.1 Prioritering van bepaalde beroepscategorieën

Tijdens fase 6 lijkt de bescherming van professionals en vrijwilligers die zullen instaan voor de verzorging van de zieken een noodzaak. De behandeling en verzorging van de zieken rust op hun schouders en ziekteverzuim in hun rangen kan het leven van de anderen in gevaar brengen.



Er zijn ook andere gezondheidsberoepen die in nauw contact komen met eventuele dragers van het virus. We denken hierbij aan tandartsen. Ook voor deze beroepscategorieën lijken ademhalingsmaskers aangewezen, waarbij er nogmaals dient op gewezen te worden dat deze maskers slechts gedurende een paar uur een optimale beveiliging verzekeren.

Apothekers zijn mensen die heel wat mogelijke virusverspreiders over de vloer krijgen. Het lijkt meer dan wenselijk dat de apotheken open blijven voor de algemene bevolking, maar ook voor de grieppatiënten voor wie koortswerende middelen en eventueel analgetica moeten beschikbaar blijven, desgevallend antibiotica, indien er comorbiditeit is met een bacteriële infectie of nog andere geneesmiddelen.

Maar ook aan andere fundamentele maatschappelijke noden dient gedacht. In de mate dat we willen vermijden dat de hele samenleving stilvalt lijkt het interessant niet alle ouders te verplichten thuis te blijven bij hun kinderen. Het lijkt dus belangrijk om het onderwijzend personeel, dat willens nillens in contact is met virusverspreiders - de kinderen - te beschermen. Hetzelfde geldt voor de zorgverleners in de sociale sector. Mensen die werkzaam zijn in onthaalhuizen dienen beschermd te worden tegen virusverspreiders als we willen vermijden dat deze tehuizen sluiten omwille van personeelstekort, met alle sociale gevolgen vandien.

Ook in de commerciële sector hebben we er alles bij te winnen dat er voldoende personeel beschikbaar blijft om de winkels open te houden, vooral dan de voedingswinkels. Winkeliers komen echter ook in contact met veel mensen en er kan niet worden van uitgegaan dat iedereen er optimaal voor zal zorgen anderen niet te besmetten.

Bus- en tramchauffeurs kunnen eveneens besmet worden door de talrijke reizigers en we hebben er alle belang bij dat het openbaar vervoer blijft functioneren.

Een adequate bescherming van deze verschillende beroepscategorieën lijkt wenselijk, onder meer door het beschikbaar stellen van de nodige ademhalingsmaskers en desnoods van antivirale profylaxe, zelfs al is het zo dat de waardigheid van een individu niet kan afgemeten worden aan zijn sociale nuttigheid.

In andere sectoren zijn de beroepsbeoefenaars niet blootgesteld aan een groter besmettingsrisico, maar is hun aanwezigheid op het terrein even onontbeerlijk voor de goede werking van de maatschappij. We denken hier onder andere aan brandweerlui, politieagenten, de personen die instaan voor de distributie van energie en aan allerlei categorieën van beroepsbeoefenaars die sleutelposities innemen.

#### 4.b.2. Prioritering voor vaccinatie met het pandemisch vaccin

Indien we in ons land tijdens de pre-pandemische periode de kans krijgen om over het pandemisch vaccin te beschikken, laat niets ons toe nu uit te maken dat er voldoende

vaccinatiestof zal zijn om de hele bevolking in te enten, integendeel. Als het pandemisch vaccin slechts voorhanden is tijdens de pandemische fase, is het meer dan waarschijnlijk dat niet iedereen zal kunnen ingeënt worden.

Ook hier kan het dat moet uitgemaakt worden aan wie het vaccin prioritair zal worden toegediend. De WGO<sup>18</sup> heeft hier al aandacht aan besteed en stelt voor gezondheidspersoneel en veldwerkers van andere (sociale) basisdiensten te prioriteren, alsmede mensen die een verhoogd risico vertonen om het virus te verspreiden, samen met mensen van wie de gezondheidstoestand precair is en die een stervensrisico hebben indien ze geïnfecteerd geraken.

Het valt moeilijk nu uit te maken wie prioritair moet ingeënt worden. We hebben immers geen zicht op de mortaliteitsrisico's voor bepaalde groepen mensen. Zal het virus gevaarlijker zijn voor ouderen of voor jongeren? Worden mensen met pulmonaire en/of cardiovasculaire problemen zwaarder getroffen of niet? Het lijkt voorzichtig om te wachten op verdere epidemiologische gegevens vooraleer over te gaan tot definitieve prioriteringsmodellen.

Vooralsnog kunnen hier enkele algemeenheden over gezegd worden, waarbij we moeten herhalen dat er geen "correct" antwoord op een dergelijke vraag te geven valt. Wat er ook kan over gezegd worden, mensen die een natuurlijke weerstand hebben opgebouwd worden natuurlijk gedeprioriteerd. Indien duidelijk wordt dat bepaalde bevolkingsgroepen een groter risico op infectie en op een slechte afloop lopen, worden deze geprioriteerd, op voorwaarde dat het om personen gaat die over een zekere levenskwaliteit beschikken. In het Minnesota Ethisch Pandemie Project (zie infra) wordt afgeraden om rekening te houden met de levenskwaliteit, vooral omdat de appreciatie ervan door de zorgverlener uiterst subjectief kan zijn. Het lijkt niettemin verantwoord om aan de zorgverlener ook de mogelijkheid te bieden hier in zekere mate rekening mee te houden, samen met andere criteria. Het prioriteren van patiënten die palliatieve zorgen krijgen lijkt weinig zinvol, evenmin als het zinvol lijkt om dementen te prioriteren, vooral als hun dementie gepaard gaat met psychisch lijden, zoals vaak het geval is. Ook het prioriteren van mensen die aan een immunitaire depressie lijden lijkt weinig zinvol, vermits de inenting met het vaccin in dit geval geen betere weerstand garandeert.

Bij het opstellen van prioriteringcriteria dient rekening gehouden te worden met minstens twee, soms antagonistische, ethische uitgangspunten: het utilitaristische en het egalitaristische. Ook al heeft, ethisch gesproken, iedereen hetzelfde recht op bescherming, dan blijft het niettemin noodzakelijk ervoor te zorgen dat de maatschappij blijft functioneren, zoals hiervoor reeds uiteengezet. We hebben het hierbij niet over het in stand houden van de economische rentabiliteit, die in het geval van een pandemie, geen prioriteit

---

<sup>18</sup> "Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza", zie: [www.who.int/csr/resources/publications/WHO\\_CDS\\_EPR\\_GIP\\_2007.2](http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_EPR_GIP_2007.2)

meer is. We bedoelen hiermee dat rekening moet worden gehouden met de reële maatschappelijke functies van elkeen, zodat zorgverleners en mensen die betrokken zijn bij de fabricatie van het vaccin en het vervoer ervan aan de slag kunnen blijven, maar ook dat aan de andere basisbehoeften moet worden voldaan. Het louter prioriteren van kinderen bvb., omwille van het “fair innings”-principe, houdt enkel stand als er eveneens voor gezorgd wordt dat voldoende volwassenen overleven om de maatschappij te doen draaien, sociaal, commercieel, opvoedkundig, cultureel, wetenschappelijk, medisch, enz. We bespreken hierna (4d) het Minnesotaproject dat volgens de leden van het Raadgevend Comité het best beantwoordt aan onze ethische overwegingen.

#### *4.c. Deprioritering*

Het probleem van deprioritering stelt zich vooral voor bepaalde ziekenhuispatiënten. De deprioritering ervan ten voordele van anderen, wat opname of behandeling met respirator betreft, kan nodig zijn. Ze volgt liefst bepaalde richtlijnen waarin artsen en verplegend personeel een houvast en criteria vinden om moeilijke collegiale beslissingen te nemen. Het is inderdaad van belang dat de beslissing om de respirator van een patiënt af te nemen ten gunste van een andere collegiaal genomen wordt, al blijft ze de uiteindelijke verantwoordelijkheid van de afdelingsarts.

Niettemin denken de leden dat moet nagedacht worden over de ethische implicaties van deprioritering in de tweede- en derdelijnszorg. De leidraden hierbij variëren. Het “fair innings argument” bevoordeelt jonge patiënten, uitgaande van het principe dat jongeren meer recht hebben op nieuwe levensjaren dan diegenen die er reeds meerdere hebben beleefd.

Het Zwitsers Raadgevend Comité voor Bio-ethiek pleit voor een politiek van “de eerste die zich aanbiedt, wordt als eerste bediend”, althans in een eerste fase. Indien in een tweede fase niet iedereen meer kan worden opgevangen, moeten diegenen die er het slechts aan toe zijn verder verzorgd worden. Ten slotte wordt in een derde fase, indien het onmogelijk geworden is alle ernstig aangetaste patiënten te helpen, voorrang gegeven aan diegenen die de beste kans maken om te overleven dankzij de behandeling. Deze manier van handelen stemt grosso modo overeen met de gangbare handelwijze in de afdelingen intensieve zorgen en het Raadgevend Comité vindt zich hier in terug.

Wat het gebruik van antivirale middelen voor de behandeling van symptomatische patiënten betreft, zijn maatregelen voor deprioritering (en prioritering) niet aangewezen. Indien er een tekort is aan antivirale middelen dreigen sommige zieken uit de boot te vallen in het geval anderen vroeger aangetast worden door de pandemische ziekte dan zij. Het Comité pleit ervoor dat alle zieken die hiervoor in aanmerking komen (binnen de 48 tot 72 uur na het tot uiting komen van de symptomen) zouden kunnen worden behandeld. Hiervoor dient de voorraad beschikbare antivirale middelen opgevolgd en desnoods aangevuld te worden (zie supra).

#### *4.d. Het “Minnesota Pandemic Ethics Project”*

De leden van het Raadgevend Comité vinden zich het best terug in het “Minnesota Pandemic Ethics Project”<sup>19</sup>, dat werd uitgewerkt door het ‘Minnesota Center for Health Care Ethics’ en het ‘University of Minnesota Center for Bioethics’ in samenwerking met belangstellende burgers en afgevaardigden uit het verenigingsleven.

Het ethisch kader voorgesteld in het Minnesota Ethisch Pandemie Project probeert aan drie doelstellingen tegemoet te komen: de bescherming van de volksgezondheid (het beperken van de mortaliteit en ernstige morbiditeit); het bewaren van de publieke veiligheid en de openbare orde; een faire behandeling van de bevolking met erkenning van de morele gelijkwaardigheid van allen. De voorziene maatregelen moeten beogen de ontwrichting van de basisgezondheidszorg, van de volksgezondheid, van de publieke veiligheid en de kritische infrastructuur te beperken. De te nemen maatregelen moeten daarom pogen om significante verschillen in mortaliteit en ernstige morbiditeit tussen verschillende bevolkingsgroepen te reduceren en in de mate van het mogelijke aan iedereen een eerlijke toegang tot de beschikbare middelen te verzekeren. De risico’s die hulpverleners accepteren te lopen tijdens de uitoefening van hun werk ten dienste van anderen moeten gecompenseerd worden.

Zolang er onvoldoende vaccin aanwezig is om de gehele bevolking in te enten, worden diegenen die de ziekte hebben doorstaan en dus antilichamen hebben aangemaakt niet ingeënt. Ook mensen die allergisch zijn aan het vaccin, bvb. aan eieren, indien het vaccin afkomstig is van eieren, worden niet ingeënt. Mensen waarvan geweten is dat ze immunodepressief zijn, komen niet in aanmerking, evenmin als patiënten, waarvan redelijkerwijze kan voorzien worden dat ze binnen korte tijd aan een andere ziekte zullen sterven of die beschikken over bevredigende alternatieve beschermingsmethoden.

De criteria voor prioritering zijn verschillende combinaties van de volgende karakteristieken: een hoog risico op ernstige ziekte of overlijden ten gevolge van influenza, een acceptabele immunologische respons, het vervullen van een sleutelrol in het ondersteunen van de basisgezondheidszorg, de volksgezondheid, de publieke veiligheid of andere kritische functies (“sleutelwerkers”), risico op infectie door beroepsblootstelling, risico om influenza door te geven aan de groepen met een hoog risico op influenza gerelateerde mortaliteit of morbiditeit, en eventueel, leeftijd.

Voor wat de distributie van schaarse pandemische vaccins betreft, wordt in het Minnesota Ethisch Pandemie Project een “twee sporen”-benadering voorgesteld. Het eerste spoor doet aanbevelingen in verband met de distributie van vaccin bij “sleutelwerkers”, het tweede

---

<sup>19</sup> D.E. Vawter, et al, « For the good of us all : ethically rationing health resources in Minnesota in a severe influenza pandemic”, Preliminary Report for the Minnesota Pandemic Ethics Project, January 30, 2009, Minnesota Center for Health Care Ethics & University of Minnesota Center for bioethics + companion report: DeBruin, D.A., “Implementing ethical frameworks for rationing scarce health resources in Minnesota during severe influenza pandemic”, January 30, 2009 (consulteerbaar via [www.ahc.umn.edu/mnpanflu](http://www.ahc.umn.edu/mnpanflu)).

spoor suggereert de te volgen werkwijze bij de algemene bevolking. De verdeling van het aantal vaccins tussen deze twee “sporen” moet bepaald worden door epidemiologische factoren tijdens de pandemie zelf. De grootte van de groep “ sleutelwerkers” wordt in Minnesota geschat op ongeveer 5 % van de bevolking.

Als slechts een zeer beperkt aantal dosissen vaccin beschikbaar zijn, worden alleen “sleutelwerkers” met een disproportioneel hoog risico gevaccineerd (bijvoorbeeld personeelsleden werkzaam op een intensieve zorgenafdeling waar grieppatiënten worden behandeld). In deze fase wordt geen vaccin toegediend aan personen uit de algemene bevolking.

Wanneer een wat groter aantal dosissen vaccin beschikbaar is, worden de beschikbare dosissen verdeeld bij “sleutelwerkers” met een hoog expositierisico (bijvoorbeeld gezondheidswerkers met direct patiëntencontact die zelf een hoog risico hebben op morbiditeit en mortaliteit). In de algemene bevolking wordt het vaccin verdeeld onder personen met een zeer hoog risico op ernstige ziekte en overlijden van wie kan verwacht worden dat ze een goed immunologisch antwoord zullen hebben op het vaccin.

Bij uitbreiding van het aantal beschikbare dosissen worden onvervangbare “ sleutelwerkers” gevaccineerd, onafhankelijk van hun persoonlijk risico op dood of complicaties. Ook andere “sleutelwerkers” die instaan voor de zorg van personen met een groot risico op complicaties worden gevaccineerd.

Het vaccin wordt verdeeld aan personen in de algemene bevolking die een groot risico lopen op dood of ernstige complicaties.

Bij verdere uitbreiding van de beschikbare dosissen vaccin wordt alle vaccin gebruikt voor de algemene bevolking. Deze stap prioriteert twee groepen: namelijk personen met een hoog risico op complicaties door griep met een *aanvaardbare* (in tegenstelling tot “goede”) immunologische respons, en eventueel (indien leeftijd als acceptabel criterium wordt aanvaard) de groepen kinderen met een matig risico.

Ten slotte, vooraleer iedereen kan worden ingeënt, worden volwassenen geprioriteerd met een matig risico op griepgebonden complicaties, en een *aanvaardbare* immunologische respons. Indien het criterium leeftijd niet geaccepteerd wordt voor prioritering, dan valt iedereen (onafhankelijk van leeftijd) met een matig risico op griepgebonden complicaties en een te verwachten acceptabel immunologisch antwoord op het vaccin, in deze rang.

De auteurs van het Minnesotaproject vinden dat een rechtvaardige verdeling van schaarse middelen het best gebeurt door een combinatie van enerzijds de indeling van de bevolking in een bepaalde rangorde en anderzijds een randomisatieproces (loterij) binnen elke rang. De rangorde wordt toegekend op basis van medische criteria en niet-medische criteria.

De medische criteria zijn de factoren die het risico op ernstige complicaties van de griep bepalen, op voorwaarde dat kan verwacht worden dat een bepaalde persoon gunstig zal reageren op de ingezette middelen.

De niet medische criteria omvatten “wederkerigheid”, het vervullen van een sleutelrol in de maatschappij, enerzijds en leeftijd anderzijds.

“Wederkerigheid” betekent dat bepaalde groepen die door uitoefening van hun activiteiten (professioneel of als vrijwilliger) accepteren een groot risico te lopen op infectie, in zekere mate een voorkeursbehandeling krijgen bij het toekennen van schaarse middelen om hen te beschermen of te genezen.

Het is te verdedigen om aan personen die een onvervangbare rol spelen in het functioneren van kritisch noodzakelijke functies in de maatschappij eveneens een prioriteit te geven, in de mate dat het leven van vele anderen kan afhangen van het kunnen blijven functioneren van deze “sleutelwerkers”.

Als de sleutelgroepen en de categorieën binnen de algemene bevolking die om medische redenen voorrang moeten krijgen eenmaal zijn vastgelegd, is het mogelijk om, zolang er onvoldoende vaccins beschikbaar zijn voor iedereen, de selectie binnen deze twee groepen te verfijnen door nieuwe criteria in te voeren, bijvoorbeeld naar leeftijdscategorie. Er kan worden beslist om een gelijke kans te geven per leeftijdscategorie. In elke categorie (kinderen, adolescenten, jong volwassenen, rijpe volwassenen, derde en vierde leeftijd) beslist men dan om hetzelfde percentage personen in te enten. Dat belet niet dat het mogelijk is dat er nog een selectie moet worden gemaakt binnen die verschillende groepen. In het Minnesotaproject wordt voorgesteld om het toeval te laten spelen in de selectie en deze uit te voeren volgens een of ander loterijstelsel. Men kan zich baseren op een stelsel dat ruim wordt gebruikt in bepaalde types onderzoeken om een representatieve steekproef te verkrijgen van een populatie, waarbij in een alfabetische lijst bv. elke derde persoon in aanmerking wordt genomen of men kan denken aan een eenvoudig stelsel van lottrekking.

Hoewel het arbitraire van selectie op basis van toeval vanuit ethisch oogpunt soms met terughoudendheid wordt benaderd – in het bovenvermelde advies expliciteert het CCNE de bezwaren – is echter niet aangetoond dat een andere selectiemethode in een situatie van schaarste rechtvaardiger of billijker is. De leden van het Comité zijn er principieel niet tegen gekant.

## ***5. Intra-en internationale solidariteit***

Zoals gesteld in de “Bellagio Statement of Principles”<sup>20</sup> van juli 2006, worden benadeelde groepen en individuen het ergst getroffen door epidemieën.

---

<sup>20</sup> [www.hopkinsmedecine.org/bioethics/bellagio](http://www.hopkinsmedecine.org/bioethics/bellagio)

In akkoord met de Bellagiogroep vinden de leden van het Comité dat in elke fase, pre-pandemisch en pandemisch, de nodige solidariteitsmaatregelen moeten worden genomen om vooralsnog een pandemie te vermijden, en, indien een dergelijke opzet mislukt, de overlevingskansen van allen te verhogen.

Pre-pandemisch is het nu reeds evident dat niet alle landen met evenveel enthousiasme vogelgriephaarden uitroeien. Evenmin is evident dat overal met dezelfde accuraatheid infectiehaarden worden gerapporteerd. In ontwikkelingslanden denken mensen vaak eerst aan hun eigen economische overleving vooraleer na te denken over de gezondheidsrisico's die ze nemen met hun leven en dat van anderen. Uitroeiing van het tiental mogelijk besmette kippen in een Afrikaans dorp impliceert voor de eigenaars hongersnood. In de rijkere landen weten hoenderkwekers dat ze in geval van bekendmaking van een haard hun hele kwekerij verliezen en sommigen denken daar dan ook liefst twee keer over na. In bepaalde regio's, waar vogels deel uitmaken van het toeristisch aanbod, is men bereid om mogelijk geïnfecteerde vogels te verdoezelen om de economische verloedering van de regio tegen te gaan!

Ter preventie van een pandemie lijkt het dus niet alleen wenselijk dat alle betrokkenen het reële gevaar van vogelgriephaarden zouden begrijpen, maar eveneens noodzakelijk dat de overheid de verliezen die de betrokkenen hierdoor ondergaan zou dekken. In de rijkere landen moet er ook voor gezorgd worden dat de regio's die getroffen worden door deze verliezen beschermd worden tegen economische achteruitgang. In de ontwikkelingslanden moeten zowel de individuen als de lokale economie beschermd worden.

De mogelijkheden om de verliezen te dekken, hangen natuurlijk af van de financiële draagkracht van de verschillende overheden. Deze zijn wereldwijd sterk uiteenlopend. Internationale solidariteit lijkt het enige ethische antwoord. Deze solidariteit is des te wenselijker, aangezien ze de uitbraak van een pandemie zou kunnen tegengaan; ze is dus ook praktisch zinvol.

In fase 4, dus wanneer de mens-tot-mensoverdracht vastgesteld wordt, hebben we er wereldwijd voordeel bij dat deze menselijke haarden zich niet zouden verspreiden over de grenzen van het betreffende land. Maar niet alle landen beschikken over de middelen om een epidemie tegen te gaan. In navolging van de Nederlandse Gezondheidsraad zijn we geneigd voor te stellen dat alle patiënten en hun contacten onmiddellijk zouden behandeld worden met antivirale middelen. Ook hier stelt het probleem van het verschil in financiële middelen zich. De rijkere landen hebben er eens te meer alles bij te winnen om bij te dragen tot een adequate opvang van de eerst geïnfecteerden, waar ook ter wereld.

Ten slotte, indien de pandemie werkelijkheid is geworden, moeten we ons afvragen of het gelijkheidsprincipe ook geldt buiten de grenzen? Kunnen we het risico nemen dat bepaalde bevolkingsgroepen, bij gebrek aan middelen, volledig worden uitgeroeid of economisch nog verder aan de grond geraken? Vragen hieromtrent stellen zich des te meer vermits we weten

dat in bepaalde landen of continenten inheemse bevolkingsgroepen weinig of geen weerstand bieden tegen influenza en allicht nog gevoeliger zullen zijn voor het vogelgriepvirus. Duiden het gelijkheidsprincipe en het voorzorgsprincipe niet juist deze groepen aan als prioritair voor toediening van het vaccin, voor zover ze bereikbaar zijn? In elk geval dient er in de landen waar dergelijke stammen nog leven over nagedacht te worden hoe ze best van besmetting kunnen gevrijwaard worden en, eens besmet, het meest efficiënt kunnen behandeld worden.

## V. Besluiten en aanbevelingen

In antwoord op de vragen gesteld door mevrouw Onkelinx, Minister van Volksgezondheid, denken de leden van het Comité dat de bevolking vooral moet weten hoe ze moet reageren in geval van een epidemie, en vooral welke maatregelen elk voor zich moet nemen, om de epidemie zoveel mogelijk te vermijden. Ook zal ze moeten bijgebracht worden dat, in bepaalde gevallen, de beschikbare middelen niet oneindig zijn, en er dus een redelijke kans bestaat dat bepaalde mensen kunnen ge(de)prioriteerd worden bij zorgverlening of inenting.

Om op een adequate medewerking van de in België vertoevende bevolking te kunnen rekenen lijkt het wenselijk om haar zoveel mogelijk te betrekken bij de besluitvorming over prioritering en deprioritering. We verwijzen hierbij naar het in Minnesota uitgewerkte project dat tot stand kwam dankzij de medewerking van burgergroepen en afgevaardigden uit het hele verenigingsleven. Het Comité is er voorstander van dat een dergelijke samenwerking zou tot stand komen in België, waarbij het noodzakelijk is te voorzien in de vertegenwoordiging van maatschappelijk kwetsbare groepen, o.m. de illegaal in België verblijvende mensen en de daklozen.

Prioritering van zorgverleners, en hiermee wordt al het personeel bedoeld dat ex officio of vrijwillig in contact komt met grieppatiënten, is wenselijk. Deze mensen zouden echter op meer dan prioritering moeten kunnen rekenen en het lijkt nuttig om in de nodige maatregelen te voorzien om hun familie te beschermen tegen het contaminatierisico dat ze betekenen evenals tegen de rampzalige gevolgen die hun arbeidsongeschiktheid of -a fortiori - hun overlijden zou hebben.

Maar ook prioritering van andere sleutelwerkers dient voorzien te worden, vermits de hele maatschappij er baat bij heeft dat basisvoorzieningen in stand worden gehouden.

Het Comité is verder van mening dat vooraf alle mogelijke middelen dienen ter beschikking gesteld te worden om de uitbreiding van de ziekte te voorkomen en/of te beperken. Het pleit ervoor om voldoende chirurgische maskers en ademhalingsmaskers te voorzien om contaminatie te vermijden. Besparen op deze uitgaven lijkt ethisch onaanvaardbaar, vermits deze goederen ook na de pandemie bruikbaar blijven en hun veralgemeend gebruik de verspreiding ervan kan beperken, zodat de eventuele deprioritering van ziekenhuispatiënten zich misschien niet of in mindere mate hoeft voor te doen.



Het Comité meent dat het van het grootste belang is er in onderhavig advies aan te herinneren dat een vroege opvoeding inzake hygiëne – vooral, maar niet uitsluitend inzake handhygiëne – een efficiënt en goedkoop gezondheidbevorderend middel blijft, en bovendien een onontbeerlijk onderdeel vormt van de opvoeding tot burgerschap.

Het lijkt eveneens wenselijk alle huisartsen ertoe aan te zetten hun patiënten in te enten met het pneumokokkenvaccin, waardoor de meest frequente complicaties van de griep kunnen worden vermeden.

Er dient verder aandacht te worden besteed aan de wettelijke bepalingen betreffende het in quarantaine of in isolatie plaatsen van personen, die niet altijd duidelijk zijn en deels teruggrijpen naar federale regelgeving, deels door de Gemeenschappen zelf worden ingevuld. Het verdient aanbeveling het ontwerp van “Kaderwet Influenza” voldoende tijd op voorhand uit te werken, zodat overhaasting in een crisissituatie wordt vermeden.

Indien, niettegenstaande alle voorzorgsmaatregelen, een groot deel van de bevolking getroffen wordt door de griepandemie, menen de leden van het Comité dat alles in het werk gesteld moet worden om de zieken thuis te verzorgen en hen te voorzien van de nodige dosissen antivirale middelen. Voor zover de voorraden onvoldoende zouden blijken om alle besmette patiënten te verzorgen, denken de leden dat een beroep moet worden gedaan op de mogelijkheid om een dwanglicentie uit te voeren, zodat goedkopere ozeltamivir sneller kan worden aangekocht. De leden pleiten ervoor dat zorgverleners de mogelijkheid zou worden geboden zelf uit te maken of ze profylactisch antivirale middelen willen nemen of niet.

Bij overbelasting van de ziekenhuizen of tekort aan ademhalingsapparatuur worden in eerste instantie de sterkst aangetaste patiënten geprioriteerd. In tweede instantie prioriteert men diegenen die de beste kans maken om te overleven.

Het Comité pleit ervoor om zodra een pandemisch vaccin ergens ter wereld zou aangemaakt worden, het nodige budget te voorzien om het aan te kopen. Indien slechts kleine hoeveelheden beschikbaar zijn, stellen de leden - in navolging van wat in Minnesota werd uitgewerkt - voor om een tweesporenbeleid te volgen, waarbij sleutelwerkers, waarvan verondersteld wordt dat ze nog niet immuun zijn en bij wie een goede respons op het vaccin kan verwacht worden, geprioriteerd worden. Eens de zekerheid bestaat dat er voldoende sleutelwerkers beschermd werden om aan de basisbehoeften in de maatschappij te voldoen, worden er proportioneel zowel andere sleutelwerkers, als mensen uit de algemene bevolking ingeënt, in functie van het morbiditeits- en mortaliteitsrisico dat ze vertonen. Binnen beide groepen wordt er, indien nodig, geselecteerd op basis van een loterijprincipe tot de hele bevolking kan worden ingeënt.

Ten slotte is het Comité van mening dat een gedeelte van de beschikbare middelen dient te worden toegekend aan enerzijds het epidemiologisch onderzoek en anderzijds het onderzoek naar de organisationele aspecten van de gezondheidszorg en dit op ruime schaal.

Het lijkt eveneens wenselijk het onderzoek in de algemene geneeskunde te stimuleren, meer bepaald op het domein van de eerstelijnszorg en het implementeren van een operationeel plan, uitgevaardigd door de overheid, ter bestrijding van een pandemie of een andere gezondheidscrisis.

-----

Het advies werd voorbereid in de beperkte commissie 2008-2, samengesteld uit :

Covoorzitters	Coverslaggevers	Leden	Lid van het Bureau
M. Eisenhuth	M. Roelandt	M. Baum	M. Dupuis
M. Hiele		A. Dieudonné	
		M. Jacquemain	
		G. Lebeer	
		G. Leunens	
		R. Rega	

#### Lid van het secretariaat

Lieven Dejager

#### Gehoorde deskundige

- de h. M. Van Ranst, buitengewoon hoogleraar, hoofd van de Afdeling Klinische en Epidemiologische Virologie van de KULeuven en Interministerieel Afgevaardigde Influenza;
- de h. Ph. Burette, docent aan het Departement Algemene Geneeskunde, Faculteit Geneeskunde van de Universiteit Luik;
- de h. D. de Beer, lector aan de Rechtsfaculteit van de Universitaire Faculteiten St.-Louis te Brussel.

De werkdocumenten van de beperkte commissie 2008-2 – vraag, bijdragen van de leden, notulen van de vergaderingen, geraadpleegde documenten – zijn bewaard als bijlagen 2008-2 op het documentatiecentrum van het Comité en kunnen aldaar worden geraadpleegd en gekopieerd.