

**Advies nr. 85 van 17 april 2023
betreffende de ethische legitimiteit van
prioritering in de zorg**

Inhoudstafel

1. Adviesvraag.....	3
2. Eerder advies van het Comité over de vraag betreffende het tekort aan beschikbare zorg in tijden van Covid-19.....	6
3. Herformulering van de vraag.....	7
4. Uitdagingen voor een gezondheidszorg in een omgeving met beperkte middelen.....	8
5. Juridische overwegingen	12
5.1. Internationale teksten	12
5.2. Handvest van de grondrechten van de Europese Unie	13
5.3. Teksten van het Belgische interne recht	13
5.4. Conclusie betreffende de verplichtingen van de Staat	14
6. Ethische bedenkingen	14
7. Conclusies.....	16
Bijlage.....	19

COPYRIGHT

Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek
E-mail: info.bioeth@health.fgov.be

Citeren uit dit advies is toegelaten mits bronvermelding: "Uit advies nr.XX van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, te raadplegen op www.health.belgium.be/bioeth".

1. Adviesvraag

Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek werd aangeschreven middels een brief dd. 18 november 2021 van Dr. Luc Harlet, voorzitter van de Commissie voor medische ethiek van het AZ Delta te Roeselare, met het volgende verzoek om advies "omtrent de verhoging van de capaciteit van de voor Covid-patiënten voorbehouden bedden":

"Wat we twee jaar geleden niet denkbaar achtten, is inmiddels een realiteit: door de coronapandemie worden we voortdurend uitgedaagd om op een rechtvaardige manier om te gaan met de blijvende beddendruk in de ziekenhuizen. Reeds in de eerste golf hebben wij in ons ziekenhuis samengezeten met artsen om na te denken over hoe we de prioritering op spoed en IZ zouden aanpakken. Wat we daarin opnamen was onder meer de stelling dat we geen onderscheid maken tussen Covid en non-Covid patiënten; dat we in eerste instantie kijken naar noodzaak en urgentie.

Tot op heden wordt bij elke golf aan ziekenhuizen opgelegd om een percentage IZ-bedden vrij te houden voor Covid-patiënten. Deze vereiste doet vragen rijzen over de argumentatie die daarachter schuilt. We begrijpen de praktische bezorgdheid dat we moeten anticiperen op een toestroom van Covid-patiënten opdat zoveel mogelijk urgente zorg kan verleend worden. Ook begrijpen we de nood om daarvoor andere, niet-urgente zorg uit te stellen. De vraag is evenwel wat de ethische onderbouw is voor het verzoek om een percentage bedden vrij te houden voor een specifieke aandoening, zijnde Covid. Betekent dit geen discriminatie tegenover andere, urgente aandoeningen die evenzeer aanspraak kunnen maken op een percentage van de bedden? Of iemand zorg nodig heeft omwille van Covid, dan wel een andere aandoening, zou ons inziens niet mogen uitmaken. Hoe kunnen we, gezien de fluctuerende infectiegolven, op een duurzame manier een rechtvaardige verdeling van toegang tot ziekenhuisbedden waarborgen"?

Op 3 december 2021 richtten Dr. Olivier Descamps en Dr. Sébastien Loix, respectievelijk voorzitter en ondervoorzitter van het Ethisch Comité van ziekenhuizengroep Jolimont (Jolimont-Lobbès-Nivelles-Tubize) de volgende adviesvraag aan het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek:

"Hierbij willen wij een belangrijke ethische kwestie ter bespreking voorleggen aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek.

Alle ziekenhuizen in het land worden momenteel geconfronteerd met wat wordt omschreven als de vierde golf van COVID-19-besmetting. Zoals u wel bekend, is elk ziekenhuis verplicht een bepaald percentage van zijn middelen voor intensive care te reserveren voor de verzorging van deze Covid-19 patiënten.

Dit percentage wordt bepaald door het ziekenhuis en het Comité "Hospital and Transport Surge Capacity" (HTSC) een overlegorgaan dat afhangt van de FOD Volksgezondheid.

Sinds 19 november heeft het HTSC-Comité de opschaling naar fase 1B bevolen. Dit betekent dat 50% van de beschikbare ICU-capaciteit gereserveerd dient te worden voor Covid-19 patiënten.

De ziekenhuizen van onze ziekenhuisgroep zijn, net als alle andere, ingegaan op deze vraag, die is ingegeven door de actuele toename van het aantal patiënten die een behandeling nodig hebben.

Onze intensive care units hebben momenteel een verzadiging bereikt zowel op het vlak van Covid-19 als niet Covid-19 bedden. Wij kunnen momenteel geen zorg verlenen voor bepaalde electieve aandoeningen die reanimatie vereisen. De operatieschema's dienen permanent te worden aangepast en sommige operaties, hoewel relatief dringend, worden voor onbepaalde tijd uitgesteld. Patiënten die intensieve verzorging nodig hebben, worden doorverwezen naar minder geschikte faciliteiten.

Na een aantal weken van toediening van de nodige zorg ingevolge deze vierde golf kunnen we het volgende vaststellen : momenteel worden de bedden voor de verzorging van Covid-19 patiënten bijna volledig (meer dan 95%) ingenomen door niet-gevaccineerde patiënten.

Het is geenszins de bedoeling van dit schrijven om de opvang van deze patiënten of hun keuze om zich niet te laten vaccineren ter discussie te stellen. Anderzijds stelt deze situatie ons wel voor een groot ethisch dilemma.

- de actuele vaccinatiegraad bedraagt 77%*
 - zo goed als alle Covid - 19 bedden zijn ingenomen door niet-gevaccineerde patiënten*
- "Is het ethisch aanvaardbaar om 50% van de beschikbare bedden op de intensive care toe te wijzen aan 23% van de bevolking?" met aanzienlijke gevolgen voor het geheel van de bevolking? Kunnen we hier niet spreken over een gebrek aan proportionaliteit?***

Niettegenstaande deze "Covid"-19 bedden bedoeld zijn voor de gehele bevolking zonder onderscheid qua vaccinatiestatus, worden zij in realiteit bijna uitsluitend ingenomen door patiënten die tot de niet-gevaccineerde minderheid behoren. Deze potentiële wanverhouding zal waarschijnlijk nog sterker worden indien het nodig blijkt op te schalen naar fase 2A (60%), wat gezien de huidige ontwikkelingen helaas zeer waarschijnlijk is.

Het opeisen van bedden heeft grote gevolgen voor de goede werking van de gebruikelijke zorgketens, met repercussies voor de hele bevolking (uitstel van diagnose en zorg, uitstel van interventies met pathologische of psychologische gevolgen). Dit komt neer op een "verlies van kansen" voor elke betrokken patiënt.

Los van elk waardeoordeel, moeten we toegeven dat het weigeren van vaccinatie door een klein percentage van de bevolking de kans op optimale zorg, waar iedereen recht op heeft, beperkt.

¹ Het gebruik van vetgedrukte letters in deze presentatie komt overeen met dat van de oorspronkelijke adviesaanvraag.

Is het respect voor de autonomie van een minderheid niet in strijd met het principe van verdelende rechtvaardigheid?

Kan de bewuste keuze van een minderheid negatieve gevolgen hebben voor de gehele bevolking zonder enige vorm van verantwoordelijkheid?

De afgelopen weken waren er verschillende getuigenissen die wijzen op deze onevenredigheid. Begin november publiceerde De Morgen een opiniebrief van twee VLD-leden waarin zij het volgende concludeerden : "De harde kern die ervoor kiest zich niet te laten vaccineren, heeft de vrijheid om deze keuze te maken, maar heeft niet de vrijheid om de rest van de samenleving te gijzelen..." Meer recent was er de open brief van een VRT-journalist waarin hij betreurt dat zijn behandeling voor prostaatneoplasie voor onbepaalde tijd is uitgesteld, en de meest recente is gemeenschappelijk voor de Naamse ziekenhuizen. Binnen onze eigen muren wordt grote bezorgdheid geuit en is er de groeiende vrees dat in tweede instantie een toestroom van patiënten te verwachten valt die hun vaccin vroegtijdig hebben gekregen en bij wie de bescherming niet meer voldoende is. Zullen we deze patiënten in goede omstandigheden kunnen opvangen, wetende dat de gemiddelde verblijfsduur van onze Covid-19 patiënten op de intensive care meerdere weken bedraagt?

We herhalen dat het opzet van deze brief er niet in bestaat om een debat te openen betreffende de al dan niet legitimiteit van het weigeren van een vaccin, doch wel om te reflecteren over dit gebrek aan proportionaliteit en de gevolgen daarvan voor de gehele bevolking in de context van de gezondheids crisis.

Wij zijn ervan overtuigd dat deze kwestie in de komende weken nog aan belang zal winnen, en dat het gevaar bestaat dat er in de publieke opinie een enorme kloof zal ontstaan tussen de gevaccineerde en niet-gevaccineerde.

Wij achten het absoluut noodzakelijk te onderzoeken in hoeverre de huidige en toekomstige opeisingsrichtlijnen het evenredigheidsbeginsel op het niveau van de gehele bevolking eerbiedigen".

Deze twee adviesvragen werden door het Raadgevend Comité ontvankelijk verklaard tijdens zijn plenaire zitting van 13 december 2021. Deze roepen meer vragen op over de legitimiteit, zelfs de juridische wettelijkheid, van de beslissingen van het 'Comité Hospital and Transport Surge Capacity', een orgaan dat actief is binnen de FOD Volksgezondheid, dan over de ethische problemen die een tekort aan beschikbare zorg voor te veel patiënten met zich meebrengt, wat leidt tot de bij uitstek ethische kwestie van de eventuele prioritering. Het is echter niet de opdracht van het Raadgevend Comité om advies te geven over zuiver juridische kwesties. Het Comité is geen beroepsinstantie die geschillen moet beslechten over de wettigheid van besluiten van bestuurlijke autoriteiten die door rechtzoekenden worden opgeworpen, wat openbare ziekenhuizen zeker zijn. Daar is de Raad van State voor bevoegd. Anderzijds moeten de ethische vragen over de mogelijke prioritering van zorg en de criteria

daarvoor worden beantwoord en dus anders worden geformuleerd. Het Raadgevend Comité kan dit doen vanwege zijn recht op onderzoek op eigen initiatief. Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft verschillende adviezen uitgebracht in het kader van de pandemie, waaronder het advies 'Ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van COVID-19' van 21 december 2020. Deze aanbeveling, die door de Orde der artsen en de Hoge Gezondheidsraad werd onderschreven, is opgenomen in de bijlage, aangezien er gedeeltelijk antwoord in wordt gegeven op de hierboven gestelde vragen.

Door omstandigheden, waaronder de Covid-19-pandemie en een te grote werklast, kon het Raadgevend Comité deze vragen om advies niet binnen de wenselijke termijn behandelen. Tijdens haar plenaire vergadering van 22 september 2022 oordeelde het dat "de geformuleerde vragen tegenwoordig niet langer even acuut zijn". De actuele eisen doken echter opnieuw op in het late najaar van 2022, ingevolge een heropleving van de COVID-19-pandemie gepaard gaande met een epidemie van bronchiolitis die ademnood veroorzaakt bij een groot aantal zeer jonge kinderen, en met de seizoensgriep epidemie, waardoor de Belgische ziekenhuizen "aan de alarmbel trokken"². Bijkomend doen zich ook andere problemen van schaarste voor. Zo moeten verschillende ziekenhuizen momenteel (tijdelijk) afdelingen sluiten wegens gebrek aan verplegend personeel.

Daarom werd besloten de normale werkprocedure te volgen, met inbegrip van het samenstellen van een beperkte commissie die op basis van een geherformuleerde vraag een ontwerpadvies aan de plenaire vergadering dient voor te leggen.

2. Eerder advies van het Comité over de vraag betreffende het tekort aan beschikbare zorg in tijden van Covid-19

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft deze vraag behandeld in haar aanbeveling van 21 december 2020 omtrent 'Ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van COVID-19', onderschreven door de nationale raad van de Orde der artsen en de Hoge Gezondheidsraad. De daarin opgenomen overwegingen en de daaruit volgende conclusies blijven volkomen geldig. Het onderhavige advies beoogt het aan te vullen in het licht van de nieuwe elementen in de hieronder geherformuleerde vraag. De aanbeveling van 21 december 2020 is bijgevolg bij dit advies gevoegd en maakt er integraal deel van uit.

² Zie voor Frankrijk bijvoorbeeld de digitale *L'Obs* van woensdagochtend 30 november 2022 ([L'Obs newsletters@redaction.nouvelobs.com](mailto:newsletters@redaction.nouvelobs.com) - [Covid: Borne roept op om het masker weer op te zetten in het vervoer \(nouvelobs.com\)](#)) over de verklaringen van Eerste Minister ELISABETH Borne de dag voordien in de Nationale Vergadering en, voor België, *Le Soir* van dezelfde dag.

3. Herformulering van de vraag

Eén van de artsen van een van de twee instellingen die door het Comité werden gehoord, lichtte toe welke lessen hij had getrokken uit de praktijksituaties waarmee zijn ziekenhuis te maken kreeg, specifiek tijdens de eerste golf van de COVID-19-epidemie:

- reeds voor de epidemie was er een tekort aan verpleegkundigen. De eerste golf van de epidemie bracht een herverdeling van het verplegend personeel ten voordele van de spoeddiensten met zich mee. Voor het werken op een spoeddienst zijn echter specifieke vaardigheden en een specifieke opleiding vereist waarover andere verpleegkundigen niet beschikken, hoewel zij over andere vaardigheden beschikken. Daarbij kwam dat veel personeelsleden al snel zelf gezondheidsproblemen ondervonden, hetzij door besmetting, hetzij door extreme vermoeidheid. Daardoor kregen sommige patiënten op dat moment niet dezelfde kwaliteit van zorg als anderen. Het is bekend dat na deze periode een aanzienlijk aantal verpleegkundigen de ziekenhuiswereld heeft verlaten. Dit heeft er toe geleid dat er nog steeds een tekort is, zelfs voor onbepaalde tijd, in alle verpleegsectoren. Dit weegt zwaar op de organisatie van de zorg in alle ziekenhuizen. Hoe zullen wij de volgende epidemie van vergelijkbare omvang aanpakken – de recente geschiedenis van de wereldgezondheid leert dat we hier zeker mee zullen geconfronteerd worden - wanneer de situatie van onze ziekenhuizen vandaag kwetsbaarder is dan vóór de eerste COVID-19-golf;

- al snel waren de ziekenhuizen volledig verzadigd en was er een tekort aan machines. Sommige ziekenhuizen waren daardoor genoodzaakt om de opname van bepaalde patiënten te weigeren. Artsen stonden voor de keuze aan welke patiënt ze voorrang gaven en uiteindelijk konden ze zelfs geen enkele patiënt meer opnemen. De organisatie van het toezicht op de naleving van de normen, die in Vlaanderen en Brussel communautair en in Wallonië regionaal is, heeft de vorming van netwerken bevorderd. Ziekenhuisartsen kennen elkaar wanneer zij tot hetzelfde netwerk behoren. Zij richten zich dan ook tot deze collega's voor de overplaatsing van patiënten en niet tot diegenen die tot een ander netwerk behoren. Dit had als gevolg dat bepaalde patiënten niet konden overgeplaatst worden terwijl een ziekenhuis van een ander netwerk, in de buurt van de gemeenschaps- en regionale grens, misschien wel tot de mogelijkheden behoorde;

- deze toestand heeft geleid tot de dood van een onbekend aantal patiënten die onvoldoende zijn behandeld.

De gesprekspartner van het Comité voegde hieraan toe dat alle tekorten bedreigend zijn. Het huidige tekort aan bepaalde geneesmiddelen, bestemd voor de behandeling van patiënten met

een beroerte, zorgt ervoor dat de nog voorradige geneesmiddelen enkel worden gegeven aan patiënten waarbij zekerheid bestaat op een 'effectief herstel'.

Deze vaststelling doet de vraag rijzen naar de ethische legitimiteit van het opstellen van criteria voor prioritering van zorg door een autoriteit, zij het openbaar of particulier.

Al deze overwegingen hebben het Comité ertoe gebracht de gestelde vragen te herformuleren tot één enkele vraag, die als volgt luidt:

“Is het ethisch toelaatbaar dat de overheid of publieke of particuliere zorgorganisaties regels opleggen waardoor bepaalde zorg voorrang krijgt op andere in geval het zorgaanbod onvoldoende is ten opzichte van de zorgvraag, bijvoorbeeld bij een epidemie?”

Het Comité is zich ervan bewust dat verschillende andere invalshoeken van groot belang zijn, zoals bio-ethische theorieën over het recht op gezondheidszorg, de efficiënte toewijzing van middelen en de resultaten die worden verkregen door de organisatie van een gezondheidszorgsysteem. Het volgend Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van het zevende mandaat zal deze kwestie behandelen als zij daartoe beslist.

4. Uitdagingen voor een gezondheidszorg in een omgeving met beperkte middelen

In onze gezondheidszorg is er meestal een goede afstemming van vraag en aanbod. Dat heeft voornamelijk te maken met de manier waarop onze gezondheidszorg georganiseerd is, waardoor er van de aanbodzijde een grote vrijheid bestaat. Wachtlijden bestaan op veel plaatsen maar dat heeft eerder te maken met een gespecialiseerd aanbod of de inzet van hoogtechnologische technieken. Het aanbod van zorg is flexibel zoals we hebben kunnen waarnemen tijdens de covid-19 pandemie, waar ziekenhuizen een grote flexibiliteit aan de dag hebben gelegd in de her-allocatie van middelen en mensen. Het stilvallen van reguliere zorg heeft toegelaten de zorg voor personen met covid-19 te maximaliseren.

Wanneer de vraag naar gezondheidszorg min of meer overeenkomt met het aanbod, wordt prioritering door zorgverleners uitgevoerd op basis van de goede medische praktijk. In sommige omstandigheden gebeurt het echter dat het aanbod van gezondheidszorg niet is aangepast aan de vraag. Dat is eerder de regel dan de uitzondering in ontwikkelingslanden waar de gezondheidszorg met beperkte middelen georganiseerd wordt. Ook al streeft men in ontwikkelingslanden naar een universele toegang tot gezondheidszorg, dan nog bestaan er sterke ongelijkheden. Die ongelijkheid in toegang is vaak gebaseerd op socio-economische

verschillen in de bevolking. Dat leidt tot een geneeskunde met twee snelheden, vaak een private geneeskunde voor de meest begoeden, versus een publieke geneeskunde voor de minder bedeelden.

Elk gezondheidssysteem zou voorbereid moeten zijn op ongewone uitdagingen. Bovendien zou de verdeling van de publieke middelen in de gezondheidszorg gebaseerd moeten zijn op principes van rechtvaardigheid en gelijkberechtiging. De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) heeft sinds 2015 een aantal documenten gepubliceerd rond ongelijkheid van toegang tot en onrechtmatige verdeling van gezondheidszorg³. De WHO stelt eerst en vooral dat ongelijke toegang en onrechtvaardigheid in het aanbod contextueel is. De context wordt beïnvloed door de menselijke biologie, de aard van de pathogenen en de kwetsbaarheid van een bevolkingsgroep. Bovendien kunnen bestaande evenwichten in belangrijke mate verstoord worden in geval van een pandemie. Afhankelijk van het gezondheidsprobleem dat zich in een bevolkingsgroep voordoet kunnen indicatoren aanwijzen of de middelen voor gezondheidszorg op een eerlijke manier verdeeld werden (bijvoorbeeld de proportie van kinderen <5 jaar met koorts die behandeld worden voor malaria in een malaria endemisch gebied). Volgens de WHO blijken de middelen om gezondheidszorg ook in socio-economisch welvarende regio's vaak ongelijk verdeeld. Dat leidt tot een ongelijkheid in de toegang tot gezondheidszorg.

De gezondheidszorg dreigt nu en in de toekomst met andere tekorten geconfronteerd te worden. Op dit moment is er een belangrijk personeelstekort door het uitvallen van artsen en verpleegkundigen. Talrijke medicaties zijn door productie- of andere logistieke problemen tijdelijk niet leverbaar. Innovatieve behandelingen kosten steeds meer geld terwijl de winst in gewonnen levensjaren of levenskwaliteit niet altijd verzekerd is. Ook langs die kant dreigt onze gezondheidszorg op zijn grenzen te botsen.

In de rampengeneeskunde of in oorlogsomstandigheden wordt de capaciteit van de gezondheidszorg overbelast en zijn vraag en aanbod niet langer op elkaar afgestemd. De omstandigheden maken dat het aanbod en de continuïteit ervan moeilijk te garanderen zijn. Ook de vraag varieert in die mate dat bij momenten grote groepen slachtoffers tegelijk behandeld moeten worden. Ook dan moet er snelle triage en prioritering toegepast worden, soms op basis van eenvoudige criteria die de medische prognose van de patiënt kunnen bepalen.

In de recente coronapandemie werd onze gezondheidszorg zeer op de proef gesteld. De vrees bestond dat het aantal bedden op intensieve zorgen onvoldoende zou blijken en dat er een

³ <https://www.who.int/data/inequality-monitor>

tekort zou bestaan van ventilatoren. In het kader van een pandemie dient een afweging van verschillende belangen gemaakt te worden: belang van het individu, bescherming van de maatschappij als geheel, gelijkberechtiging, vertrouwen in de gezondheidszorg, solidariteit en behoorlijk bestuur. Dat heeft geleid tot een maximalisatie van de inzet van gezondheidswerkers, beperking van de vrijheid van de burger, aanduiden van prioriteiten in termen van allocatie van middelen zoals vaccins en antivirale middelen en beperking van reizen en toerisme. Dankzij ingrijpende maatregelen van overheidswege zijn de grenzen van de capaciteit in ons land slechts zelden bereikt.

Wanneer vraag en aanbod in de gezondheidszorg niet op elkaar afgestemd zijn dan kan prioritering noodzakelijk worden. De term prioritering veronderstelt voorrang van een bevolkingsgroep op een andere of van een individu op een ander individu. Zo heeft het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek in een advies aangeraden om bepaalde bevolkingsgroepen voorrang te geven bij de vaccinatie tegen covid-19.

In dit advies nr. 75 betreffende de ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19-vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking werd gesteld dat prioritering nooit gebaseerd is op louter medische criteria, maar dat deze gecombineerd dienen te worden met principes als solidariteit, wederkerigheid, rechtvaardigheid en andere ethische principes⁴. Het concept prioritering in de context van vaccinatie voor covid-19 heeft heel wat discussie uitgelokt.

Op het niveau van de individuele zorgrelatie passen de zorgverleners hun zorg aan volgens de richtlijnen van goede medische praktijk en de behoeften van de patiënt. Het Raadgevend Comité beschouwt dit niet als prioritering in de zin van dit advies. Immers ondersteunen wetenschappelijke richtlijnen artsen om de juiste keuzes te maken en prioritering op een rationele manier uit te voeren. Bij wijze van voorbeeld, het is niet omdat de patiënt om een antibioticum vraagt dat de arts dat noodzakelijkerwijze voorschrijft. Bij de keuze van het juiste antibioticum wordt gedacht aan ontwikkelen van mogelijke resistentie, toedieningswijze en kost. Goede medische praktijk houdt vaak rekening met rationele stappen en volgorde in behandelingsprogramma's, voor een bepaald individu of tussen individuen onderling. Patiënten die in aanmerking komen voor een niertransplantatie worden gevraagd om te stoppen met roken, omdat het gebruik van bepaalde immunosuppressiva aanleiding geeft tot versnelde atherosclerose. Wanneer patiënten deze maatregel niet respecteren, dan dreigen ze langer te moeten wachten op een transplantatie of worden ze van de wachtlijst verwijderd. Hier komt prioritering in conflict met persoonlijke vrijheid, ook al blijft ze gebaseerd op de medische keuzes die wetenschappelijk ondersteund zijn.

⁴ Advies nr. 75 van 11 december 2020 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende de ethische maatstaven voor de uitrol van de anti-COVID-19- vaccinatie ten voordele van de Belgische bevolking, www.health.belgium.be/bioeth.

Prioritering op basis van wetenschappelijk onderbouwde criteria en richtlijnen leidt dus over het algemeen niet tot een maatschappelijk debat maar tot wetenschappelijke en ethische discussies tussen professionelen. Een ethisch maatschappelijk debat ontstaat wanneer prioritering de gelijke toegang tot gezondheidszorg in gevaar brengt. Het kan hier zowel gaan om een waarachtige ongelijkheid van toegang dan wel een gepercipieerde. Er kan ook onzekerheid bestaan over wat artsen als een redelijke uitkomst beschouwen voor een specifieke patiëntenpopulatie.

Prioritering is het resultaat van beslissingen op macro-economisch niveau over de allocatie van de middelen die kunnen ingezet worden voor gezondheidszorg. De programmering van zware apparatuur en van gespecialiseerde zorg maakt dat inwoners van een bepaalde regio gemakkelijker toegang hebben dan in een andere regio. De subsidiëring van een bepaald type zorg ten opzichte van een ander legt klemtonen die het aanbod bepalen en dus de toegankelijkheid van de zorg. Op micro-economisch niveau kent men een gelijkaardig fenomeen door het overaanbod in bepaalde geneeskundige specialiteiten, ten koste van andere. De schaarste van middelen wordt dus ten dele gecreëerd door overheid, maar evengoed door belangengroepen, universiteiten, verzekeringen en andere belanghebbenden.

Prioritering op basis van leeftijd, comorbiditeit, kansen op verbetering en overleven zijn rationele parameters die niet alleen gebruikt worden in het kader van een pandemie maar ook in de gezondheidszorg in het algemeen. De ethische vraag is of de toepassing van prioritering enkel aan artsen moet worden overgelaten dan wel of er van overheidswege richtlijnen moeten worden opgesteld. Dit betreft niet alleen het nemen van de beslissingen zelf maar ook het communiceren daarover. De overheid moet er in dit geval over waken dat er geen discriminatie optreedt ten opzichte van kwetsbare groepen zoals kinderen, mensen met een handicap, ouderen, vluchtelingen, enz.

De ervaring tijdens de covid-19 pandemie heeft geleerd dat het toepassen van prioritering een grote belasting was voor zorgverleners. Sommige zorgverleners vonden het een normale zaak, terwijl het door anderen als zeer belastend gepercipieerd werd. Ondersteuning van zorgverleners bij het toepassen van prioritering is dus noodzakelijk. Ziekenhuizen moeten minstens beschikken over multidisciplinaire teams die een klankbord kunnen zijn voor individuele zorgverleners. Ethische ondersteuning moet helpen om mogelijke tegenstrijdigheden en conflicten in de praktijk tot een minimum te beperken. In eerste instantie komt de ondersteuning dus van peer groepen, maar ondersteuning door regelgeving van overheidswege is eveneens mogelijk. Besluitvorming die voortvloeit uit wetshandhaving of regelgeving ontlast zorgverleners ten dele door hen een kader te bieden en beschermt hen tegen externe invloeden, maar creëert daarbij andere moeilijkheden: volgens Put en Van

Assche heeft ze voor- en nadelen⁵. Onder meer een decontextualisering kan het gevolg zijn met een verhoogd conflictgehalte en verzuurde menselijke relaties.

5. Juridische overwegingen

5.1. Internationale teksten

Artikel 2 van het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950, draagt de titel ‘Recht op leven’; in lid 1 ervan wordt in de eerste zin bepaald dat ‘eenieders recht op leven door de wet wordt beschermd’; uit deze bepaling volgt dat elke Staat verplicht is zijn wetgeving zodanig in te richten dat zijn inwoners tegen verlies van leven worden beschermd.

Het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten, dat op 16 december 1966 in New York werd afgesloten en op 21 april 1983 door België werd bekrachtigd, bevat in artikel 6, lid 1, een soortgelijke bepaling: ‘Een ieder bezit een inherent recht op het leven. Dit recht wordt door de wet beschermd’; hieruit volgt dat geen enkele wet van een Staat, die partij is bij het Verdrag, dit recht kan wijzigen⁶.

Het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, afgesloten te New York op 16 december 1966 en door België bekrachtigd op 21 april 1983, bepaalt:

- in artikel 11, lid 1, dat ‘de staten die partij zijn bij dit Verdrag het recht erkennen van een ieder [...] op steeds betere levensomstandigheden’ en ‘passende maatregelen zullen nemen om de verwezenlijking van dit recht te verzekeren’; indien dergelijke maatregelen niet worden genomen, betekent dit dat een Staat, die partij is bij het Verdrag, haar internationale verplichtingen niet nakomt;

- in artikel 12, lid 1, dat ‘de staten die partij zijn bij dit Verdrag het recht erkennen van een ieder op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid’; in lid 2 van dit artikel wordt daaraan toegevoegd: ‘De door de Staten die partij zijn bij dit Verdrag te nemen maatregelen ter volledige verwezenlijking van dit recht omvatten onder meer die welke nodig zijn om te komen tot: [...] c) voorkoming, behandeling en bestrijding van epidemische en endemische ziekten, alsmede van beroepsziekten en andere ziekten’.

⁵ J. Van Put en L. Van Assche. (2013) Juridisering van de zorgsector. Een verkennende begrips- en fenomeenstudie. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

⁶ Onder voorbehoud van de doodstraf, bedoeld in de volgende leden van hetzelfde artikel.

Het Comité voor economische, sociale en culturele rechten heeft op 11 mei 2000 een algemene Opmerking over het recht op gezondheid aangenomen. (Opmerking nr. 14: het recht op een zo goed mogelijke gezondheid krachtens artikel 12 van het Verdrag). In deze Opmerking wordt met name herinnerd aan de algemene juridische verplichtingen van de Staten. Hoewel de Staat haar verplichtingen op progressieve wijze moet kunnen nakomen, mag zij niet nalaten daaraan daadwerkelijk inhoud te geven. Zij moet zo snel en doeltreffend mogelijk de in artikel 12 genoemde maatregelen uitvoeren. Haar verplichtingen zijn dus als volgt: nakomen, beschermen en uitvoeren. Nakomen door de uitoefening ervan niet rechtstreeks of onrechtstreeks te belemmeren. Beschermen door maatregelen te nemen om te voorkomen dat derden deze aantasten. Uitvoering door passende wetgevende, administratieve, budgettaire, gerechtelijke... maatregelen te nemen om de uitvoering ervan te waarborgen.

5.2. Handvest van de grondrechten van de Europese Unie

Artikel 35 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie draagt de titel 'De gezondheidszorg' en luidt als volgt:

“Eenieder heeft recht op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden. Bij de bepaling en de uitvoering van het beleid en het optreden van de Unie wordt een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid verzekerd.”

5.3. Teksten van het Belgische interne recht

Wij beperken ons tot twee voorbeelden van bepalingen van het Belgische interne recht:

(1) Volgens artikel 23 van de gecoördineerde grondwet van 17 februari 1994,

“Ieder heeft het recht een menswaardig leven te leiden.

Daartoe waarborgen de wet, het decreet of de in artikel 134 bedoelde regel, rekening houdend met de overeenkomstige plichten, de economische, sociale en culturele rechten, waarvan ze de voorwaarden voor de uitoefening bepalen.

Die rechten omvatten inzonderheid:

1° [...];

2° het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand;

[...].”

De erkenning van het bestaan van een recht op gezondheidsbescherming voor burgers impliceert een verplichting voor de Staat om ervoor te zorgen dat dit recht niet in het gedrang komt door een gebrek aan vooruitziendheid of voorzorg. Ook heeft deze bevestiging van de gezondheidsbescherming tot gevolg dat deze erkenning wordt geconsolideerd door het zogenaamde standstill-effect, dat voorziet in de handhaving, in beginsel, van een gelijkwaardig beschermingsniveau. De vaststelling door de autoriteiten van maatregelen die ertoe leiden dat deze rechten worden aangetast, vereist dat zij dit rechtvaardigen met redenen van algemeen belang. In Opmerking 14 wordt er ook op gewezen dat: “In het geval van een maatregel waarmee opzettelijk een stap achteruit wordt gezet, moet de Staat die partij is, aantonen dat deze is genomen na zorgvuldige overweging van alle andere mogelijke oplossingen en dat deze volledig gerechtvaardigd is in het licht van alle in het Verdrag bedoelde rechten en alle beschikbare middelen”.

(2) De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bepaalt in artikel 5 het volgende: “De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.” Het is de verantwoordelijkheid van de Staat om de patiënt in staat te stellen dit recht daadwerkelijk uit te oefenen en de beroepsbeoefenaar in staat te stellen dit uit te voeren, anders zou het slechts theoretisch zijn.

5.4. Conclusie betreffende de verplichtingen van de Staat

Ook al kunnen sommige van de bovengenoemde verplichtingen eerder als middelen- dan als resultaatsverplichtingen worden omschreven, moet de Staat ten minste alles doen wat redelijkerwijs mogelijk is om eraan te voldoen. Haar beleid inzake gezondheidszorg en de opleiding van gezondheidspersoneel, met name artsen en verpleegkundigen, gaat echter al vele jaren voorbij aan het risico van epidemieën, met name van ziekten van de luchtwegen, die epidemiologen nochtans hoog inschatten (bijvoorbeeld door de strategische voorraad maskers niet aan te vullen, door de pandemische paraatheid in de opleiding van gezondheidswerkers niet te voorzien).

6. Ethische bedenkingen

Juridische vertogen over de grondrechten met betrekking tot de gezondheid tijdens gezondheids crises kunnen niet altijd verhinderen dat toch grondrechten en mensenrechten

worden verwaarloosd of zelfs geschonden.⁷ Daarom is het aanbevelenswaardig om het juridische discours te combineren met het filosofisch vertoog over mensenrechten. Het mensenrechten-discours heeft een ethisch en kritisch vermogen dat nog verder wijst dan het positieve recht. De ethiek van de mensenrechten stelt ons in staat om de legitiem politieke besluitvorming met betrekking tot de toekenning en inperking van grondrechten kritisch te blijven aftoetsen aan essentiële morele waarden.

Als Raadgevend comité voor bio-ethiek moeten wij dus vaststellen dat

1. De kans en het risico dat er zich een nieuwe pandemische toestand voordoet reëel is: mutatie van bestaande virussen of de combinatie van verschillende infectieuze ziekten kunnen heel snel het IZ-bestand en de urgentiediensten doen dichtslippen.
2. De schaarste aan zorgmedewerkers zoals artsen en ook verpleegkundigen vormt een bedreiging. Nu al moeten bedden en afdelingen van ziekenhuizen worden gesloten bij gebrek aan medewerkers.
3. De bevolking verouderd heel snel en de zorgbehoefte neemt dus toe. Het is duidelijk dat ook in de ouderenzorg zich een personeelsgebrek gaat voordoen en dat er steeds meer en meer mensen vanuit de thuissituatie in het ziekenhuis zullen belanden.

Vanuit ethisch standpunt zullen alle genomen maatregelen getoetst worden aan de principes van solidariteit en van rechtvaardigheid, zoals de verdelende rechtvaardigheid en de procedurele rechtvaardigheid. Er stellen zich vele vragen en specifieke antwoorden inzake de rechtvaardige verdeling van risico's en voordelen en de mogelijke schade, en ook inzake de rechtvaardige werkwijze om waarden als vrijheid, gelijkwaardigheid en zorg voor de meest kwetsbaren te verwezenlijken. Deze vragen stellen zich zowel op het niveau van de samenleving in zijn geheel (nationaal, Europees, internationaal) als op het vlak van de nationale politiek (macro), de gezondheidszorgorganisaties (meso) en de relatie zorgverstreker-patiënt (micro). Uit de hoorzitting met een gezondheidssocioloog is gebleken dat de culturele, sociale en familiale contexten van mensen hun stempel drukken op de precare levensomstandigheden die gepaard gaan met specifieke noden en behoeften van deze mensen naar de gezondheidszorg toe. Een rechtvaardige gezondheidszorg is gebaseerd op de noden en behoeften van de individuele patiënt.

Een omvattende en wereldwijde crisis van de gezondheidszorg stelt ons eveneens voor vraagstukken met betrekking tot de (inter)generationele rechtvaardigheid. Zullen de beoogde maatregelen fair zijn naar de verschillende leeftijdsgroepen toe? Voorbeelden: De bescherming van ouderen mag niet leiden tot eenzijdige belasting van jongeren (generationeel). Gezien de hoge kosten als gevolg van de pandemie zal de toekomstige generatie een hogere schuldenlast dragen (intergenerationeel).

⁷ Advies van Deutscher Ethikrat, 4 april 2022, "Vulnerability and Resilience in a Crisis – Ethical Criteria for Decision-Making in a Pandemic", p. 185-189, <https://www.ethikrat.org/en/publications/>.

Wanneer de overheid een bepaald aantal bedden reserveert voor intensieve zorg, dan doet zij impliciet of expliciet een beroep op een solidariteitsverplichting. Solidariteit is een altruïstische morele waarde. Veel zorgverstrekkers hebben tijdens de voorbije pandemie niet alleen vanuit hun professionele ethiek gehandeld, maar ook vanuit altruïsme naar hun medemensen toe.

Wij leven in een complexe maatschappij waarin mensen afhankelijk zijn van beoordelingen, beslissingen en handelingen van anderen. Bij onzekerheid hebben mensen vertrouwen in de juiste werkwijze van andere mensen, organisaties en instellingen. In een crisissituatie speelt het vertrouwen een prominente rol in het intermenselijk en maatschappelijk verkeer. Bij gebrek aan vertrouwen neemt de onzekerheid, zowel maatschappelijk als individueel, toe. Het vertrouwen neemt reeds af wanneer desbetreffende mensen of groepen onvoldoende of niet worden geïnformeerd over de genomen beslissingen, of wanneer zij onvoldoende of niet worden betrokken bij de besluitvorming. Daarom is het belangrijk dat de overheid en de internationale organisaties, actief op het vlak van de gezondheid, grondig overleggen, hun beleid bepalen en rechtvaardigen en het publiek naar behoren informeren. Een stabiele maatschappelijke samenwerking is slechts mogelijk wanneer op en tussen de drie niveaus (overheid, gezondheidszorgorganisatie, zorgverstrekker-patiënt/relatie) voldoende vertrouwen bestaat.

7. Conclusies

Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek is van mening dat de bevoegde overheidsinstanties de verantwoordelijkheid hebben om de gezondheid van de bevolking te waarborgen en dit overeenkomstig de rechtsregels die zij voor zichzelf hebben vastgesteld en overeenkomstig de aangegane internationale verplichtingen. Om aan deze verplichting te voldoen, moeten zij een beleid voeren gericht op een maatschappelijke organisatie die het nodige zorgpersoneel, uitrusting en medicatie ter beschikking stelt en de nodige procedures voorziet. Op die manier kunnen zij beter anticiperen op alle redelijkerwijs te voorziene gebeurtenissen die het zorgsysteem onder druk kunnen zetten en kunnen zij een tekort in het zorgaanbod voorkomen. Het is ethisch niet toelaatbaar om als overheid aan zorgverleners regels op te leggen om tekorten aan te pakken waarvoor de overheid zelf verantwoordelijk is, in het bijzonder wanneer het toepassen van deze regels ertoe leidt dat bepaalde patiënten niet of minder goed worden behandeld. Door de invoering van dergelijke regels zou de overheid haar verantwoordelijkheid kunnen afschuiven op de zorgverleners door de keuzes betreffende gezondheidsbeleid aan hen over te laten terwijl dit niet tot hun verantwoordelijkheid behoort.

De overheid moet er voor zorgen dat zorgverstrekkers beslissingen kunnen nemen op basis van hun kennis en op basis van de meest recente staat van de wetenschap.

Het Comité is van mening dat het ethisch verantwoord is dat openbare of particuliere zorgorganisaties zoals ziekenhuizen, klinieken, verpleeghuizen, enz. een kader van algemene richtsnoeren opstellen die moeten worden toegepast wanneer zij niet aan de toevloed van zorgaanvragen kunnen voldoen. Deze instellingen moeten werken aan de optimalisatie van de zorg en de medische behandelingen zodat de schaarse middelen optimaal kunnen ingezet worden in het belang van patiënten en op basis van aangetoonde expertise. De morele stress bij zorgverleners moet worden vermeden of althans maximaal verlicht worden. De inbreng van wetenschappelijke instellingen zoals het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, de Hoge Gezondheidsraad en anderen is hiervoor onontbeerlijk.

Het advies werd voorbereid in de beperkte commissie 2020/4 samengesteld uit:

Co-voorzitters	Co-verslaggevers	Leden	Lid van het Bureau
Patrick Cras	P. Cras	Vera De vleeschauwer	Jan De Lepeleire
Thérèse Locoge	T. Locoge	Ignaa's Devisch	
	J. Libbrecht	Martine Dumont	
	J. Messinne	Julien Libbrecht	
	J. Stuy	Jules Messinne	
		Johan Stuy	
		Nele Van Den Noortgate	

Leden van het secretariaat

Dominique Dugois en Bea Deseyn

Gehoorde vertegenwoordigers van de aanvragers

Sébastien Loix, Voorzitter van de Commissie medische ethiek van de ziekenhuizen van Jolimont - Lobbes - Nijvel - Tubeke

Natasha Cornelis, Voorzitster van de Commissie medische ethiek van AZ Delta

An Ravelingien, Beleidscoördinator ethiek en patiëntenbeleving bij AZ Delta

Jan Hebbrecht, verpleegkundig-paramedisch Directeur bij AZ Delta

Gehoorde deskundigen

Marcus Leys, Socioloog, Professor aan de Vrije Universiteit Brussel - Vakgroep Gezondheidswetenschappen

Philippe Leroy, Directeur-generaal van het CHU Saint-Pierre

Michelle Dusart, Hoofd medische dienst, algemene directie van het CHU Saint-Pierre

Dit advies kan worden geraadpleegd op www.health.belgium.be/bioeth.

* * *

Bijlage

Aanbeveling van 21 december 2020 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, onderschreven door de Orde der Artsen en de Hoge Gezondheidsraad: “Ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van COVID-19”

Inleiding

De COVID-19-pandemie zet onze gezondheidszorg op een voorheen ongeziene wijze onder druk. Stijgingen van het aantal infecties en ziekenhuisopnames zetten toenemend druk op de zorg, waarbij een reflectie over de inzet van middelen en een tijdelijke herorganisatie van de zorgverlening zich opdringt. Zorgverleners, patiënten, beleidsmakers en het brede publiek worden hierbij geconfronteerd met complexe organisatorische vraagstukken die vaak ook een ethische dimensie hebben: hoe vrijwaren we de capaciteit van de zorg, hoe garanderen we de toegankelijkheid van de zorg, hoe behouden we de kwaliteit van de zorg, wat met de continuïteit van de zorg en de rechtvaardige verdeling van middelen?

De ethische vraagstukken die zich in de huidige crisis opdringen, beslaan het volledige zorglandschap: van de burger die alles doet om gezond te blijven en ten gevolge van de epidemie aan bijzondere maatregelen wordt onderworpen, over de eerstelijnszorg en de diverse zorgcentra tot en met intensieve zorg geboden op gespecialiseerde ziekenhuisafdelingen. Daarnaast zijn er verschillende scenario's denkbaar die elk specifieke uitdagingen stellen op ethisch vlak. Deze variëren van scenario's waarin het coronavirus nog steeds aanwezig is in de maatschappij, maar beheersbaar is, tot *worst case scenarios* waarbij door een piek aan besmettingen de capaciteit van de zorg acuut zou worden overschreden en er bijgevolg beslist zou moeten worden welke patiënten toegang krijgen tot schaars geworden middelen en welke niet.

In de discussie over de overbelasting van de zorg werd tot op heden om logische redenen bijzondere aandacht geschonken aan afdelingen Intensieve Zorgen:

- Deze afdelingen vormen vaak het laatste redmiddel voor patiënten die zeer ernstige gevolgen van een covid-infectie ervaren;
- Deze afdelingen zijn omwille van hun nood aan gespecialiseerd personeel en hoogtechnologische apparatuur gelimiteerd in omvang en beperken hierdoor ook de mogelijkheden om extra capaciteit te creëren;
- Bij een overbelasting van deze afdelingen is het niet langer mogelijk om beslissingen over het opstarten of voortzetten van zorg uitsluitend te baseren op de wensen, noden en de prognose van de individuele patiënt, zoals in normale omstandigheden het geval zou zijn, maar wordt doordat de middelen schaars zijn geworden, een harde keuze tussen individuele patiënten onafwendbaar;
- Voorbeelden uit het buitenland illustreren dat zulk scenario plots realiteit kan worden.

De aandacht voor de afdelingen Intensieve Zorgen mag echter niet doen vergeten dat er ook elders in het zorglandschap ingrijpende en acute beslissingen over het al dan niet opstarten van zorg worden gemaakt, zoals bijvoorbeeld bij doorverwijzingen in de eerste lijn, interventies door de MUG, na een opname via de dienst Spoedgevallen, in woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen.

Daarnaast moet worden opgemerkt dat de verschillende domeinen binnen het zorglandschap als communicerende vaten kunnen werken: patiënten die niet op een afdeling Intensieve Zorgen worden behandeld, moeten hun zorgnoden elders beantwoord zien worden. Dit geldt ook voor de impact van de allocatie van middelen: als middelen en mensen in de ziekenhuiszorg worden gecentraliseerd, heeft dit vaak een impact op de eerste lijn en de

woonzorgcentra, die hierdoor mogelijk de toegang tot testen, beschermingsmateriaal of zuurstof bemoeilijkt zien worden. Verder heeft het uitstel van niet-dringende zorg in de ziekenhuizen om ruimte vrij te maken voor de zorg voor covid-patiënten een belangrijke weerslag op de continuïteit en uitkomst van niet-covid gerelateerde zorg. Het uitstel van heelkundige ingrepen, omdat de infrastructuur en het personeel dat hiervoor vereist is wordt ingezet voor de zorg voor covid-patiënten, kan verregaande gevolgen voor de betreffende patiënten hebben. Ook buiten de ziekenhuizen heeft het uitstel van zorg ingrijpende gevolgen.

Wanneer het zorglandschap in zijn geheel overschouwd wordt, wordt het dus duidelijk dat beslissingen over de prioritering in de zorg op verschillende plaatsen en bij verschillende actoren gesitueerd kunnen worden: beslissingen over de organisatie van de zorg, beslissingen door de patiënt, beslissingen door medische zorgverleners, beslissingen op het niveau van instellingen en uitiem ook beslissingen door de burger, die door gedragsaanpassing en preventie actief kan bijdragen tot een beperking van de verspreiding van het virus. Elke beslissing over prioritering, op welk niveau dan ook, heeft gevolgen.

In congruentie met de structuur van dit complexe zorglandschap, worden de voorliggende aanbevelingen in vier thema's gestructureerd: (1) de organisatie van de zorg; (2) de patiënt; (3) zorgverleners; (4) coördinatie van zorg in het ziekenhuis, de eerste lijn en de residentiële zorg.

Het Comité is van oordeel dat het haar niet toekomt om criteria voor de selectie of "trriage" van patiënten te definiëren en rangschikken. Deze beslissingen vormen immers medische beslissingen over individuele patiënten die door een arts en zijn team gemaakt worden en waarin diagnostische en prognostische elementen steeds centraal moeten staan, rekening houdend met de wil en voorkeuren van de patiënt. Wel is het duidelijk dat deze beslissingen een ethische en deontologische dimensie hebben. Daarnaast erkent het Comité dat deze beslissingen zwaar wegen op de zorgverleners die worden blootgesteld aan morele stress.

In respons op deze situatie formuleert het Comité aanbevelingen die bedoeld zijn om zorgverleners te ondersteunen bij het maken van de moeilijke beslissingen waarmee ze vandaag geconfronteerd worden. Deze aanbevelingen mogen niet beschouwd worden als directe verplichtingen.

De voorliggende aanbevelingen steunen op ethische principes die sterk aanwezig zijn in het nationale en internationale debat en waarover diepgaande reflectie werd gevoerd in de literatuur. Enkele van deze principes verdienen expliciete vermelding. Zo benadrukt het Comité dat het belangrijk is om het streven naar het redden van zoveel mogelijk levens te verzoenen met de ethische principes van weldoen en respect voor de waardigheid en autonomie van elke persoon. Wanneer keuzes tussen verschillende patiënten onvermijdelijk zijn, zijn de principes van gelijke toegang tot zorg en rechtvaardigheid van groot belang. Verder wijst het Comité op enkele aspecten die in de literatuur minder aanwezig zijn. Zo is het belangrijk dat medische criteria de lichamelijke, psychische en sociale kwetsbaarheden niet volledig overschaduwen.

Met deze aanbevelingen, onderschreven door de Orde der Artsen en de Hoge Gezondheidsraad, wil het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek een eerste respons bieden op de dringende nood aan een ethisch kader, nu instellingen, zorgverleners en patiënten met de uitzonderlijk moeilijke situatie van de pandemie geconfronteerd worden. Ze wil hiermee de bestaande inspanningen om met de actuele ethische kwesties om te gaan, steunen (cf. de richtlijnen, adviezen, protocollen, flowcharts die door vanuit het veld werden ontwikkeld) en de verdere ontwikkeling van nieuwe initiatieven op het terrein stimuleren.

Hoewel de fundamentele principes waarop deze aanbevelingen stoelen een permanent karakter hebben, vraagt de vertaling naar de klinische praktijk blijvende reflectie en debat. In een snel veranderende context met een voortdurende evolutie van de pandemische situatie is het daarom nodig dat het Comité en de instanties die deze tekst onderschrijven, een meer diepgaande reflectie over deze principes voeren in de toekomst.

Deze aanbeveling werd uitgewerkt in het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. De tekst werd in een beperkte commissie voorbereid en vervolgens in plenaire vergadering ter bespreking en goedkeuring voorgelegd aan alle leden van het Comité. Deze aanbeveling wordt onderschreven door de Orde der Artsen en de Hoge Gezondheidsraad.

1. De organisatie van de zorg

De COVID-19-pandemie vormt een stresstest voor de publieke gezondheidszorg, zowel qua performantie, als op ethisch en juridisch vlak. Op het niveau van de organisatie van de zorg stelt zich de uitdaging om bij een stijgend aantal besmettingen de capaciteit van de zorg te vrijwaren of vergroten, zodat zowel in de zorg voor covid-patiënten als in de continuïteit van essentiële zorg voor andere patiënten kan worden voorzien. Dit kan bijvoorbeeld door het uitbreiden van de capaciteit van afdelingen Intensieve Zorgen of door het uitstel van niet dringende zorg om personeel en infrastructuur te kunnen vrijmaken om covid-afdelingen te kunnen uitbouwen.

Bij het zoeken naar een goede balans tussen beschikbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit van zorg in tijden van pandemie is het belangrijk te streven naar de best mogelijke zorg voor de patiënt binnen de uitzonderlijke beperkingen die de context in deze pandemie kan stellen. Hierbij kan worden uitgegaan van het criterium van realiseerbare zorg, waarbij in functie van de druk die de pandemie stelt drie stadia onderscheiden worden:

- Conventionele zorg: bij een milde toename van de zorgvraag (bv. tot 120% van de normale capaciteit) beoogt men alle patiënten te behandelen volgens de reguliere standaarden. Door bijkomende inzet van mensen en middelen kan de beschikbaarheid, toegankelijkheid en zorgkwaliteit op het gewoonlijke niveau gehouden worden;
- 'Contingency'-zorg: bij een ruime overschrijding van de normale zorgcapaciteit moet het zorgaanbod heringericht worden om het maximaal af te stemmen op de actuele noden. Zo kunnen bijvoorbeeld operatiezalen omgevormd worden tot afdelingen Intensieve Zorgen en kan OK-personeel als bestaaffing hiervoor worden ingezet. De zorgkwaliteit blijft op peil, maar de beschikbaarheid en toegankelijkheid wordt ingeperkt door uitstel van niet-dringende zorg. De druk op het zorgpersoneel wordt sterk opgevoerd. In deze fase wordt het evenwicht tussen het verderzetten van reguliere zorg en de zorg in het kader van de crisis verstoord;
- Crisiszorg: bij een sterke overschrijding van de normale zorgcapaciteit kan een volledig behoud van de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg niet langer worden gegarandeerd. De situatie dwingt in dit geval tot prioritering en een optimale spreiding van patiënten en zorgvragers over het hele zorglandschap. De solidariteit tussen zorginstellingen, regio's en landen, treedt in werking.

Op het niveau van de organisatie van de zorg moet het beschikbare personeel en materiaal zo ingezet worden dat de hoogst mogelijke graad van realiseerbare zorg kan geboden worden. Slechts bij uitputting van personele en logistieke capaciteit kan beslist worden om voor een zo kort mogelijke periode naar een lager niveau van realiseerbare zorg over te gaan. In anticipatie van een sterk stijgende zorgnood kan het te rechtvaardigen zijn dat zorginstellingen reeds kort voordat de absolute limieten worden bereikt naar een verlaagd niveau van realiseerbare zorg schakelen.

Het organiseren van de zorg aan de hand van het criterium van realiseerbare zorg creëert maximale duidelijkheid over de mogelijkheden en de beperkingen waaraan de zorg in een bepaalde fase onderworpen is. Zo kunnen zorgverleners binnen de grenzen van het respectievelijke niveau beslissingen maximaal richten op de zorgvraag, zorgnood en prognose van de patiënt zonder zich hierbij zorgen te maken over de vrijwaring van de capaciteit. Het gebruik van deze criteria verheldert ook dat zorgverleners slechts in uiterst uitzonderlijke omstandigheden bij complete saturatie van afdelingen op het niveau crisiszorg keuzes tussen patiënten met een vergelijkbare zorgvraag, zorgnood en prognose zouden moeten maken.

De volgende ethische overwegingen zijn hier van belang:

- De toegankelijkheid van de zorg moet maximaal gevrijwaard worden voor alle patiënten, met of zonder covid-infectie, door de capaciteit optimaal te benutten en te verhogen waar mogelijk en indien nodig patiënten te spreiden over instellingen, regio's en landsgrenzen heen;
- Inspanningen en middelen om de kwaliteit van zorg op peil te houden in tijden van schaarste, inclusief beschermingsmateriaal, testcapaciteit en medicatie en zuurstof, moeten fair verdeeld worden over het hele zorglandschap: de eerstelijnszorg, thuiszorg, gespecialiseerde zorg in ziekenhuizen en diverse vormen van residentiële zorg moeten allen gesterkt worden om de zorg die ze leveren op een zo kwaliteitsvol mogelijke manier te kunnen verstrekken;
- Omdat de residentiële zorg in woonzorgcentra en andere voorzieningen niet over een gelijkaardige infrastructuur en capaciteit beschikt om aan infectiepreventie en -behandeling te doen dan ziekenhuizen, is er nood aan gepaste ondersteuning. Bewoners hebben bijvoorbeeld vaak een vaste kamer, waardoor het moeilijker wordt om ruimtelijk onderscheid te maken tussen een covid en non-covid afdeling. Hierdoor ervaart het personeel ook een aanzienlijke extra werkbelasting. De coördinerend en raadgevend arts (CRA) en de huisartsenkringen kunnen bij deze ondersteuning een sleutelrol spelen;
- Bij uitstel van niet-dringende zorg moet deze periode zo kort mogelijk gehouden worden en moet er voldoende aandacht besteed worden aan de impact van deze onderbreking op de kwaliteit en uitkomst van zorg. Ook bij de bepaling welke zorg kan worden uitgesteld, is een prioriteringsoefening nodig. Hier is het echter moeilijk algemene principes te formuleren, omdat enerzijds de invulling van de notie van niet-dringende zorg vaag is en snel evolueert, en anderzijds de mate waarin zorg wordt uitgesteld en de beperkingen die binnen een ziekenhuis ervaren worden, sterk afhankelijk zijn van de concrete situatie;
- Zowel de beschikbaarheid van materiaal, als van zorgverleners spelen een essentiële rol bij beslissingen over welk niveau van zorg realiseerbaar is. Daarom moet deze beschikbaarheid en bovenal de belasting en het welzijn van het zorgpersoneel nauwgezet opgevolgd worden.

2. De patiënt

Alle patiënten zijn fundamenteel gelijkwaardig. Patiënten hebben zonder onderscheid op grond van geslacht, afkomst, socio-economische status, geloof, leeftijd, cultuur of andere onrechtmatige discriminatiegronden recht op kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg⁸. De individuele patiënt en zijn zorgvraag en/of zorgnood vormen dan ook de *ultimate concern* van de zorgverlening. Een streven naar een gelijke behandeling van elke patiënt in nood dient steeds centraal te staan.

De patiënt en zijn rechten

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt waarborgt het respect ten aanzien van verscheidene ethische grondslagen van de goede patiëntenzorg, in het bijzonder de autonomie en transparantie. Het uitgangspunt is dat patiënten, in de mate waarin ze hiertoe in staat zijn, actieve gesprekspartners zijn in de beslissingen die over hun zorg gemaakt worden, ook als het delicate beslissingen betreft zoals de afbouw van de zorg, zonder dat hierbij afbreuk gedaan wordt aan het recht op kwaliteitsvolle zorg (zie verder). Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5), het recht op informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt en de vermoedelijke evolutie ervan (art. 7), het recht op een geïnformeerde toestemming en het recht om een behandeling te weigeren (art. 8), het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier (art. 9) en het recht een klacht neer te leggen (art. 11) verdienen in dit kader bijzondere aandacht en respect.

Wilsbekwame patiënten hebben het recht om autonoom beslissingen te maken over de zorg die zij wensen te ontvangen, ad hoc of door voorafgaande wilsverklaring, al dan niet als deel van een voorafgaande zorgplanning. In het bijzonder bij complexe keuzes over het al dan niet

⁸ Zie (onder andere) Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie.

opstarten van invasieve behandelingen is het belangrijk de wensen en voorkeuren van de patiënt te kennen. Dit betekent geenszins dat de patiënt het recht zou hebben om een behandeling te eisen die de arts als zinloos of zonder therapeutisch voordeel zou beschouwen.

Veel patiënten zijn verankerd in een relationeel netwerk van familie en naasten die ze mogelijk wensen te consulteren bij het maken van deze beslissingen, in het bijzonder hun vertrouwenspersoon indien ze deze hebben. Dit moet erkend worden.

De COVID-19 pandemie bemoeilijkt soms het respect voor de rechten van de patiënt: zo kan een onvermogen bestaan om patiënten te behandelen in een voorziening naar hun keuze of kunnen ze niet zelf kiezen naar welk ziekenhuis ze getransfereerd worden⁹. Ook kan het beslissingsproces bemoeilijkt worden door de huidige omstandigheden, omdat bijvoorbeeld overleg met familieleden over deze ingrijpende beslissingen niet mogelijk is door beperkingen in (fysieke) contactmogelijkheden. Tot slot kan de toestand van de patiënt zelf, zeker wanneer deze ernstig ziek is en/of ademnood ervaart, de communicatie ernstig belemmeren of zelfs onmogelijk maken. In deze uitzonderlijke omstandigheden blijft de wet betreffende de rechten van de patiënt echter onverminderd gelden.

Transparantiebeginsel

Het recht op informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt, alsook het recht op geïnformeerde toestemming en het recht op een patiëntendossier impliceren dat zorgverleners en zorginstanties transparant moeten zijn naar de patiënt en indien de patiënt dit wenst ook naar zijn naasten of vertrouwenspersoon, meer bepaald over de gezondheidstoestand en -problemen van de patiënt, de evolutie ervan, de wijze waarop met deze gezondheidsproblemen wordt omgegaan en de (medische) beslissingen die in dit verband worden genomen¹⁰. De registratie van beslissingen om behandelingen (mogelijk) niet op te starten of af te bouwen in het patiëntendossier, is hierbij van belang. De patiënt of zijn vertegenwoordiger en, indien de patiënt dit wenst zijn vertrouwenspersoon, moeten op de hoogte gesteld worden van deze beslissingen. Een kwaliteitsvol patiëntendossier draagt bovendien bij aan de transparantie die een noodzakelijke garantie is voor de continuïteit van de zorg. Een geïntegreerd patiëntendossier kan immers als communicatiemiddel dienen in geval van doorverwijzing tussen zorgverleners en tussen zorginstellingen.

Vroegtijdige zorgplanning

Het recht op geïnformeerde toestemming behelst ook het recht om voorkeuren met betrekking tot zorg vast te leggen, zodat op momenten waarop men de eigen voorkeuren tijdelijk of niet langer tot uitdrukking kan brengen, bekend is welke de wensen van de patiënt zijn en welke kwaliteit van leven de patiënt in de toekomst wil genieten. Dit kan onder meer middels voorafgaande wilsverklaringen waarin de patiënt bijvoorbeeld expliciet de transfer naar een ziekenhuis of de opname op een afdeling Intensieve Zorgen weigert. Daarnaast kan er op toekomstige zorg geanticipeerd worden bij het vormgeven van een vroegtijdige of voorafgaande zorgplanning (Advance Care Planning, verder VZP). Bij VZP wordt het initiatief niet noodzakelijk door de patiënt genomen, maar kan het opstellen ervan geïntegreerd worden in de zorgverlening, wanneer dit bijvoorbeeld routinematig worden aangeboden op het moment van opname in een woonzorgcentrum. Het dient daarbij wel te worden benadrukt dat in het proces van VZP de bepaling van de inhoud van het zorgplan volledig de patiënt in kwestie toekomt. In de VZP kunnen ook duidelijk wensen met betrekking tot het levenseinde worden vastgelegd.

Op dit moment is de praktijk van VZP niet gelijkmatig geïmplementeerd in alle zorginstellingen en ziekenhuizen. Het is in de huidige omstandigheden evenwel van wezenlijk belang om na te gaan of er een VZP werd opgesteld of kan worden opgesteld. Bij het nemen van nieuwe

⁹ Zie, naast de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt ook de Wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie.

¹⁰ Zie onder meer: Principles of European Medical Ethics die de Europese raad van Ordes van Artsen (CEOM) heeft aangenomen: <http://www.ceom-ecmo.eu/view/principes-d-ethique-medicale-europeenne>.

initiatieven om een VZP op te stellen moet echter worden nagegaan of de concrete omstandigheden de juiste psychosociale en emotionele context bieden om dit volgens de goede praktijk te kunnen doen. Het is daarom sterk aanbevolen dat de zorgplanning gebeurt op een moment waarop beslissingen over de behandeling zich niet acuut opdringen.

De Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde adviseert om in een VZP vooraf te specificeren welke interventies in overweging worden genomen of welke interventies ongewenst zouden zijn voor een bepaalde patiënt, waaronder:

- Cardio-pulmonaire reanimatie;
- Ziekenhuisopname;
- Opname op de intensive-care afdeling;
- Endotracheale intubatie;
- Niet-invasieve mechanische ventilatie;
- Farmacologische hemodynamische ondersteuning;
- Het starten van niervervangende therapie¹¹.

Hierbij is het aangewezen dat de duur en de omstandigheden van deze therapiebeperkingen nader bepaald worden.

Vertegenwoordiging

Ook wanneer de patiënt niet meer wilsbekwaam is, dienen de belangen en wensen van de patiënt zoveel als mogelijk uitgedragen te worden. Wanneer de patiënt geen wilsverklaring heeft opgesteld, noch vorm heeft gegeven aan een VZP, worden beslissingen over de zorg gemaakt door de wettelijke vertegenwoordiger. De wet betreffende de rechten van de patiënt heeft voorzien in een cascade-regeling voor de aanduiding van de vertegenwoordigers, zodat de naasten van de patiënt veelal als vertegenwoordigers kunnen optreden en aldus de wensen van de patiënt verwoorden en in zijn plaats geïnformeerde beslissingen maken. Hoe dan ook staan steeds de (vooronderstelde) belangen van de patiënt centraal in het beslissingsproces.

2. Zorgverleners

Medische beslissingen

Het maken van beslissingen over welke zorgen voor een patiënt worden opgestart, voortgezet of afgebouwd, is een inherent deel van de medische praktijk, ongeacht de omstandigheden. In deze beslissingen worden medische criteria beschouwd in het licht van grote ethische principes, zoals gelijkheid, weldoen, niet-kwaaddoen, autonomie en respect voor de waardigheid van de persoon. Artsen en andere zorgverleners hebben ruime ervaring met dit beslissingsproces. Bij deze beslissingen wordt onder meer rekening gehouden met:

- De zorgvraag en zorgnoden van de patiënt;
- De algemene toestand van de patiënt, waarin onder meer fragiliteit en co-morbiditeit relevante parameters zijn;
- De prognose van de patiënt in het licht van zijn actuele toestand;
- De proportionaliteit van de zorg in relatie tot de bovengenoemde elementen;
- De persoon van de patiënt, die in deze beslissingen niet gereduceerd wordt tot zijn medische toestand, maar wiens persoonlijke voorkeuren en wensen met betrekking tot behandeling en uitkomst in overweging worden genomen;
- De fundamentele gelijkwaardigheid van alle patiënten en hun recht op kwaliteitsvolle zorg.

¹¹ Geert Meyfroidt, Erika Vlieghe, Patrick Biston, Koen De Decker, Xavier Wittebole, Vincent Collin, Pieter Depuydt, Nguyen Duc Nam, Greet Hermans, Philippe Jorens, Didier Ledoux, Fabio Taccone, Ignaas Devisch (2020). *Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine.*

Bij deze beslissingen over de zorg mag in normale omstandigheden nooit rekening worden gehouden met:

- Geslacht, afkomst, seksuele oriëntatie, religie, fysieke of psychische gezondheid, handicap, leeftijd, huidskleur, cultuur, socio-economische status of andere gronden van onrechtvaardige discriminatie;
- De inzet van materiaal en personeel, voor zover het geen overbodige of medisch nutteloze handelingen betreft.

Bij het nemen van medische beslissingen wordt rekening gehouden met de ethische kwesties die bij deze beslissing van belang zijn. Ze zijn, waar mogelijk, een uitkomst van *shared decision making* waarbij alle betrokkenen elk in hun eigen rol maximaal geëngageerd worden.

Therapiebeperkingen

Ook het instellen van therapiebeperkingen maakt deel uit van de normale medische praktijk. Het behoort tot het oordeelsvermogen van artsen om in te schatten welke zorg medisch aangewezen is en welke zorg onvoldoende therapeutisch voordeel aan de patiënt biedt. Bij het maken van zulke medische beslissingen wordt vanzelfsprekend rekening gehouden met de toestand, evolutie en voorkeuren van de individuele patiënt, de beschikbare wetenschappelijke evidentie en de goede praktijk. Hoewel medische beslissingen over therapiebeperkingen in essentie door artsen en medische teams gemaakt worden, dienen patiënten maximaal in deze beslissingen te worden betrokken.

Een gevestigde manier om therapiebeperkingen in te stellen zijn DNR-codes ("*Do Not Reanimate*" of "*Do Not Resuscitate*"). DNR-codes leggen op voorhand in het patiëntendossier vast welke behandelingen niet opgestart of afgebouwd zullen worden. Ze zijn bijzonder relevant voor het vermijden van disproportionele zorg bij patiënten met een covid-infectie.

Het is belangrijk te onderstrepen dat VZP en DNR-codes niet automatisch aan elkaar gekoppeld worden. Indien de inhoud van de VZP sterke overeenkomst met een DNR-code vertoont, is het evenwel aangewezen om de corresponderende DNR-code in het patiëntendossier te registreren, zodat de wensen van de patiënt maximaal gerespecteerd worden.

Therapiebeperkingen kunnen tevens genomen worden in het kader van de niet-doorverwijzing van patiënten naar het ziekenhuis. Zo stelt ook de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie dat voor sommige ouderen een palliatieve benadering medisch gezien de voorkeur krijgt over een opname in het ziekenhuis, bijvoorbeeld bij hoge fragiliteit of bij respiratoir falen¹².

Ethische aanbevelingen voor de prioritering van zorg

In de normale praktijk wordt zorgvuldig overwogen welke patiënten baat hebben bij een opname op de afdeling Intensieve Zorgen. Hierbij worden zowel medische parameters, als de persoon van de patiënt en ethische kwesties in overweging genomen. Op ethisch gebied verdienen de principes van weldoen, niet kwaad doen, autonomie en rechtvaardigheid de nodige aandacht. Dit kan helpen bij het vermijden dat er therapeutische hardnekkigheid zou optreden, dat te weinig rekening wordt gehouden met de wensen van de patiënt of dat er onrechtmatig gediscrimineerd wordt.

Mocht in het scenario van crisiszorg zich een complete saturatie van de afdelingen Intensieve Zorgen voordoen die niet kan worden ondervangen door een transfer van patiënten naar andere ziekenhuizen (cf. het crisiszorgscenario dat hierboven werd beschreven), worden artsen gedwongen om een beperkt aantal patiënten te selecteren uit al diegenen die normaal gesproken in aanmerking komen voor intensieve zorgen. De medische criteria en ethische

¹² Leidraad voor artsen Ziekenhuisopname bij WZC bewoner met bewezen/sterk vermoeden COVID-19 infectie Versie 2.0 dd 21 oktober 2020, <https://geriatrie.be/media/2020/10/Leidraad-voor-artsen-ziekenhuisopname-bij-WZC-bewoner-met-COVID-19-23092020-1.pdf>.

standaarden uit de normale praktijk kunnen hierbij onvoldoende hulp bieden om deze keuzes te maken. Met name over de toepassing van het principe van rechtvaardigheid kunnen in dit verband complexe vragen ontstaan.

Er bestaat geen procedurele uitweg uit deze impasse: geen enkel van de talrijke triagecriteria die worden gedefinieerd, overwogen en/of gebruikt¹³, bijvoorbeeld in de historische context van de toewijzing van de toen nog schaarse nierdialyse, bieden een *wonderoplossing* voor dit selectieprobleem. Het is tevens onmogelijk om menselijke beslissingen door een algoritme te vervangen. Op de afdelingen die met tekorten kampen, zijn zorgverleners zich terdege bewust van dit probleem. De pijnlijke keuzes die moeten gemaakt worden, zijn moeilijk om te dragen voor degenen die ze moeten maken.

Wanneer prioritering noodzakelijk wordt, is het logisch dat overwegingen over het efficiënt gebruik van middelen op het voorplan komen. Vanuit deze overwegingen wil men ervoor zorgen dat zoveel mogelijk mensen zorg kunnen krijgen, of dat er zoveel mogelijk gezondheidswinst met de beperkt beschikbare middelen kan worden gerealiseerd. Hierbij is het een bijzondere zorg dat schaars geworden middelen niet onnodig verloren gaan, bijvoorbeeld door ze in te zetten voor de behandeling van patiënten waarvan verwacht wordt dat de uitkomst van de behandeling en/of de kans op overleving ondermaats zou zijn. Aandacht voor het aantal geredde levens en aantal gewonnen kwaliteitsvolle levensjaren¹⁴ is hierbij van belang. In ethisch perspectief betreft men hierbij het terrein van het utilitarisme, waarbij beslissingen het 'grootste goed voor het grootste aantal' nastreven.

Dit streven komt in spanning te staan met andere ethische principes die in normale omstandigheden als fundamenteel worden beschouwd, zoals de weigering om onderscheid te maken op basis van leeftijd of bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren. Dit kan ook in contrast komen te staan met bepaalde interpretaties van het rechtvaardigheidsbeginsel en morele stress veroorzaken. Het is niet eenvoudig om zulke tegenstrijdige waarden in praktijk te verzoenen, temeer omdat er noch criteria, noch beslissingen bestaan die *a priori* onbetwistbaar zijn. Het is aan het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek om eraan te herinneren dat een utilitaristische benadering maar een van de vele opties is, en dat deze aanpak een aanzienlijke druk legt op het beginsel van gelijke behandeling of de gelijkheid van kansen.

In het ethisch debat, de vakliteratuur, richtlijnen en adviezen en de effectieve praktijkvoering bestaat er geen eenduidigheid over welke criteria van toepassing zijn. Wel worden bepaalde overwegingen in de meerderheid van deze documenten aangehaald, zij het in verschillende varianten. Andere criteria zijn bron van grotere controverse. Tegen de achtergrond van deze lopende discussie over de toepasselijke selectiegronden, beveelt het Comité, zonder hierbij exhaustief te zijn, aan om de volgende aspecten in de beslissing te overwegen:

- Medische criteria, die hoe dan ook deel uitmaken van het normale medische beslissingsproces, dienen ten volle benut te worden om elk relevant onderscheid tussen patiënten in overweging te kunnen nemen. Met deze criteria wordt de medische zinvolheid, de duur en de uitkomst van de behandeling ingeschat. Gestandaardiseerde meetinstrumenten waaronder de Clinical Frailty Scale kunnen hierbij behulpzaam zijn. Waakzaamheid om patiënten niet te reduceren tot beschikbare medische parameters blijft echter geboden;

- In bestaande richtlijnen wordt ook regelmatig verwezen naar levenskwaliteit. Hierbij is het belangrijk dat het gebruik van het begrip levenskwaliteit beperkt wordt tot de inschatting

¹³ Historisch werden talrijke criteria gedefinieerd, overwogen en/of gebruikt, waaronder Medical benefit, Quality of benefit, Length of benefit, Likelihood of benefit, Imminent death, Ability to pay, Willingness to be treated, Random selection (First come first served, Lottery), Social value, Special responsibilities, Favoured group, Resources required, Age, Psychological ability, Supportive environment. Zie bijvoorbeeld Kilner JF, *Who Lives? Who Dies? Ethical Criteria in Patient Selection*, London, Yale University Press, 1990.

¹⁴ Wij preciseren in het tweede streepje de betekenis van deze notie vanuit medisch oogpunt: bij het overwegen van een ingreep komt het er voor de arts op aan zich ervan te vergewissen dat de patiënt(e) baat zal ondervinden van de behandeling, d.w.z. dat zijn/haar gezondheidstoestand erop zal vooruitgaan en niet verslechteren.

van de al dan niet gunstige uitkomst van de behandeling. De ethische principes van weldoen, niet kwaaddoen en gelijkheid van behandeling moeten hierbij steeds voorop staan. De medische overweging van levenskwaliteit mag in geen geval uitgebreid worden tot een oordeel over de waarde van het leven of de persoon van de patiënt;

- In elke beslissing moet het gelijkheidsbeginsel grondig in overweging genomen worden. Onrechtmatige discriminatiegronden, waaronder onderscheid op grond van geslacht, afkomst, seksuele geaardheid, religie, geestelijke gezondheid, handicap, leeftijd, huidskleur, cultuur, sociaaleconomische status mogen nooit gebruikt worden. Wanneer de situatie het niet toelaat om iedereen gelijk te behandelen en prioriteringsbeslissingen moeten gemaakt worden, mogen deze elementen er geen rol in spelen. Daarnaast verdienen ook meer impliciete vormen van discriminatie de nodige aandacht. Zo bestaan er bijvoorbeeld correlaties tussen sociaal-economische status en gezondheid, en ook in dit geval moet het gelijkheidsbeginsel steeds prominent aanwezig zijn bij het maken van beslissingen, zodat de sociale rechtvaardigheid niet onnodig geschaad wordt. Het Comité is in dit verband van mening dat sociale kwetsbaarheid niet als uitsluitingsgrond mag gelden, ook al heeft deze een impact op de verwachte uitkomst. Wanneer de sociaal-economische situatie van een patiënt de revalidatie dreigt te bemoeilijken, moet dit niet als een medische evaluatie beschouwd worden. Er moet net ingezet worden op de beschikbare mogelijkheden om deze patiënt gepast te ondersteunen;

- Zoals ook in de gewone praktijk, wordt therapeutische hardnekkigheid vermeden en de proportionaliteit van de zorg wordt permanent bewaakt. Bij de medische evaluatie van patiënten moet zorgvuldig worden ingeschat of de patiënten met redelijke inzet van middelen een hoopvolle uitkomst kunnen bekomen. Hierbij dient niet alleen de opname op de afdeling Intensieve Zorgen, maar het hele genezingsproces in overweging genomen te worden;

- Op grond van respect voor het gelijkheidsbeginsel worden criteria die persoonlijke verdienste of verantwoordelijkheid evalueren, uitgesloten. Gezondheidszorg is niet de geëigende plaats om persoonlijke keuzes te belonen of af te straffen. Risicogedrag dat aanleiding kan geven tot infectie met of verspreiden van COVID-19 geeft daarom geen aanleiding tot uitsluiting van zorg. Omgekeerd geeft het opnemen van bijzondere engagementen, zoals zorgverlening, in principe geen aanleiding tot prioritaire toegang tot de zorg. Prioritaire toegang voor personen werkzaam in de zorg kan echter wel gerechtvaardigd zijn, wanneer zij in het kader van hun werk mogelijk een grote blootstelling aan het virus hebben ervaren;

- Leeftijdsgrenzen, volledig losgekoppeld van medische gronden, worden nooit in overweging genomen. Met stijgende leeftijd verhoogt weliswaar het voorkomen van chronische pathologie, multimorbiditeit en fragiliteit. Leeftijd kan dus, als gerelateerd aan ouderdom gebonden ziektelast, wel een onderdeel van de medische evaluatie uitmaken. Voor de uitsluiting van ouderen op grond van intergenerationele solidariteit, waarbij de oudere generaties toegang tot intensieve zorgen wordt ontzegd ten voordele van de toegang van jongere generaties, of de uitsluiting van ouderen op grond van soortgelijke argumenten, vindt het Comité onvoldoende ethische verantwoording;

- Er wordt gepaste aandacht besteed aan gezondheidsgerelateerde kwetsbaarheden die los van covid-infectie juist aanleiding zouden geven tot bijkomende zorg in plaats van restrictie van zorg. Hiertoe behoren bijvoorbeeld patiënten die een kwetsbare gezondheid hebben door een acuut maar behandelbaar gezondheidsprobleem of patiënten met een aangeboren aandoening of ander chronisch gezondheidsprobleem. Indien deze patiënten mits goede zorgen een goede uitkomst op lange termijn mogen verwachten, moeten artsen erover waken dat door een ongenueanceerd hanteren van medische criteria deze patiënten niet dubbel getroffen worden: enerzijds door de onderliggende conditie, anderzijds door uitsluiting van zorg op grond van een slechtere score op medische criteria in vergelijking met patiënten die geen onderliggende conditie hebben;

- Beslissingen worden collegiaal gemaakt door een team van zorgverleners. Daarbij zijn minstens twee, en bij voorkeur meer leden van de medische staf betrokken. Het betrekken

van zorgverleners uit verschillende disciplines en domeinen, inclusief het verpleegkundig team, strekt tot aanbeveling. Het verdient tevens aanbeveling dat waar mogelijk ook een arts die onafhankelijk is ten aanzien van de patiënt en de betrokken diensten, in deze beslissing participeert. De complementariteit aan inzicht en expertise vergroot de efficiëntie van het beslissingsproces. De betrokkenheid van het team verdeelt bovendien de morele last van deze zware beslissingen over meer schouders. Dezelfde collegialiteit is aangewezen bij elke evaluatie waarbij patiënten worden doorverwezen: van de thuissituatie of een residentiële zorgvoorziening naar een ziekenhuis, of van het ene ziekenhuis naar een ander ziekenhuis, mogelijk in een andere regio of een ander land. Het besluitvormingsproces moet transparant zijn en gebaseerd op expliciete en gerechtvaardigde criteria. Het moet te allen tijde worden ondersteund door ethische richtsnoeren van een intern of extern orgaan.

Het Comité is zich er ten zeerste van bewust dat de debatten over de bovengenoemde criteria nog volop gevoerd worden en neemt er akte van dat hierover momenteel geen unanimité bestaat binnen de beschikbare richtlijnen en adviezen. Dit is in bijzonder het geval voor het "first come, first served"-criterium, waarover grote controverse bestaat. Het Comité benadrukt daarom dat het debat in nasleep van deze aanbeveling blijvend en ten gronde gevoerd moet worden.

Bij het maken van prioriteringsbeslissingen moeten medische en ethische aspecten maximaal overwogen worden en moeten patiënten en hun naasten, in zover de omstandigheden dit toelaten, betrokken worden.

Continuïteit van kwaliteitsvolle zorg

Alle patiënten hebben, zonder enig onderscheid op welke grond dan ook, steeds het recht op kwaliteitsvolle zorg die beantwoordt aan hun behoeften, ongeacht persoonlijke voorkeuren (al dan niet vastgelegd in voorafgaande wilsverklaringen of een VZP), medische prognoses of triagebeslissingen. Dit wordt gewaarborgd in artikel 5 van de wet betreffende de rechten van de patiënt. De kwaliteitsvolle zorg die aan patiënten geboden kan worden, is evenwel niet steeds dezelfde: in functie van de noden en wensen van de patiënt enerzijds en van de medische indicatie van bepaalde zorgen voor deze patiënt anderzijds kan men de volgende types van zorg onderscheiden:

- Palliatieve zorg: supportieve zorg van de patiënt, zoals pijnstilling, symptoombestrijding en andere interventies ter bescherming van de waardigheid van de patiënt die terminaal is;
- Gewone verpleegzorg: laag-technologische zorg gericht op verbetering of behouden van de gezondheidstoestand van de patiënt;
- Midcare zorg: permanente opvolging van en toezicht op patiënten, bijvoorbeeld wanneer ademhalingsondersteuning nodig is;
- Intensieve Zorgen: zorg voor patiënten met acute levensbedreigende aandoeningen en een redelijke kans op overleving en acceptabele levenskwaliteit na ontslag uit het ziekenhuis.

Elk van deze types zorg heeft zijn eigen kwaliteitsstandaarden en goede praktijken die garanderen dat patiënten steeds kwaliteitsvolle zorg krijgen. Op elk niveau is aandacht voor de wensen van de patiënt met betrekking tot het einde van het leven van groot belang. Hierbij is, net als in normale omstandigheden, aandacht voor comfort, maar ook voor de psychische, sociale, emotionele en existentiële aspecten belangrijk.

3. Zorginstellingen en eerstelijnszorg

Een niet te onderschatten rol bij het beheersbaar maken van de pandemie komt toe aan de zorginstellingen en de eerstelijnszorg. Zij staan voor de complexe taak om de zorg te managen en de zorgverleners hierbij in hun taken te ondersteunen.

Coördinatiecel

In het kader van de ziekenhuisnoodplanning dient elk ziekenhuis een coördinatieceel op te richten. Het verdient aanbeveling om binnen deze coördinatieceel of gekoppeld hieraan een comité op te richten dat onder leiding van de hoofdarts het management van de zorg tijdens deze pandemie beheert. Het is de opdracht van dit comité om aan de hand van een duidelijke strategie te beslissen over de toewijzing van alle bedden capaciteit, mankracht en ondersteunende middelen, maar ook over de planning van de zorgen, waarbij voorrang gegeven moet worden aan dringende en essentiële zorg en andere zorgen dienen uitgesteld te worden. De commissie voor medische ethiek kan een adviserende rol spelen.

Bij het uitstellen van reguliere zorg dienen de gevolgen van deze beslissingen op korte en langere termijn zorgvuldig overwogen te worden en moeten duidelijke criteria gehanteerd worden om te beslissen welke zorg voor hoe lang uitgesteld wordt en welke zorg doorlopend aangeboden blijft. Een goede registratie van beslissingen die in dit verband gemaakt worden, met name in het patiëntendossier, is in het kader van transparantie en kritische evaluatie van groot belang.

De beslissingen die door de coördinatieceel of gerelateerde organen gemaakt worden, dienen op een transparante en duidelijke manier binnen het ziekenhuis en naar zorgverleners uit de eerste lijn gecommuniceerd te worden, zodat alle zorgverleners kunnen bijdragen tot de consistente implementatie ervan.

Ook buiten de ziekenhuizen stelt het managen van de zorg gedurende de pandemie complexe uitdagingen, zowel in de residentiële zorg, in de eerstelijnszorg en ook specifiek in de thuiszorg. Deze zorgsettings zijn veelal niet gericht op het organiseren van covid-zorg. Het is evenwel ook extra-muros noodzakelijk om de strategie te bepalen waarmee deze pandemie vanuit elke zorgsetting het best wordt bestreden. Huisartsenkringen, samen met de coördinerende en adviserende artsen van de residentiële zorginstellingen, spelen daarbij een cruciale rol.

Een goede samenwerking en afstemming met lokale ziekenhuizen is bovendien essentieel in deze extra-muros strategieën, met inbegrip van, in voorkomend geval, de teams die belast zijn met de palliatieve zorg. Daartoe dient het vermelde comité binnen het ziekenhuis ook expliciet in te zetten op een samenwerking met extra-muros zorgsettings in het uittekenen van deze strategie.

Beschikbare en inzetbare zorgcapaciteit

Wanneer wordt nagedacht over beschikbare en inzetbare capaciteit, gaat het niet enkel over het voorhanden zijn van voldoende (beschermings)materiaal en bedden¹⁵. Een zeer belangrijk aspect is het beschikbare personeel.

Doorheen de hele pandemie wordt er veel van het zorgpersoneel verwacht: personeel uit de afdelingen waar covid-patiënten behandeld worden, zoals afdelingen Intensieve Zorgen, worden onder zware fysieke en mentale druk gezet. Artsen en hun zorgteam moeten ethisch complexe beslissingen nemen. Het is dan ook noodzakelijk verhoogde aandacht te hebben voor het mentaal en fysiek welzijn van het personeel, in het bijzonder personeel van zwaar belaste zorgdiensten.

Wanneer het bestaande zorgpersoneel binnen een afdeling ontoereikend blijkt, dienen flexibele, doch zorgvuldige oplossingen gezocht te worden: het inzetten van zorgpersoneel uit andere zorgafdelingen en andere zorgberoepen, het inzetten van studenten geneeskunde, heelkunde, vroedkunde, verpleegkunde en medische laboratoriumtechnologie en het betrekken van niet-zorgpersoneel zijn expliciete mogelijkheden waarvoor de wetgever in het

¹⁵ Binnen het ziekenhuis heeft de hoofdarts de wettelijke verplichting om na overleg met de federale gezondheidsinspecteur, de nodige maatregelen te nemen om de COVID-capaciteit voor te behouden die het bijzonder ad-hoc comité in de schoot van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu heeft bepaald.

kader van deze pandemie de nodige juridische kaders heeft gecreëerd¹⁶. Hierbij is het belangrijk dat de mogelijkheden om een tekort aan zorgverleners te vermijden moeten worden uitgeput en de kwaliteit en veiligheid op het hoogst mogelijke niveau gehouden worden.

Kennisdeling

Van bij de uitbraak van de COVID-19-pandemie werd door velen in snelle respons voorzien. Ondertussen beschikt het terrein over veel goede en inspirerende initiatieven. Verschillende actoren en instellingen hebben origineel en kwaliteitsvol werk geleverd in de organisatie en realisatie van de best mogelijke respons op deze crisis. Hierbij werd complementair aan de wetenschappelijke inzichten, organisatorische vraagstukken en ethische en juridische aspecten in toenemende mate aandacht gegeven aan het perspectief en de stem van de patiënt.

Een groot deel informatie is ondertussen publiek beschikbaar, waaronder beleidsadviezen, richtlijnen van beroepsgroepen en wetenschappelijke publicaties. Andere informatie werd initieel ontwikkeld binnen de beslotenheid van instellingen. Veel van deze informatie wordt echter niet openbaar gemaakt. De nood om kennis te delen en de kansen om uit deze kennisdeling te leren, zijn echter enorm. Daarom is het aanbevolen dat informatie en procedures, ook al is de waarde ervan gelimiteerd door bijvoorbeeld ad hoc productie, tijdsdruk, onvolledigheid, en beperkte *uptake* van de wetenschappelijke stand van zaken, toch op een veilige manier gedeeld worden. Kennisdeling is dan ook essentieel om gezamenlijk de COVID-19 pandemie te bestrijden.

Conclusie

Deze aanbevelingen willen een ethisch kader bieden om over de prioriteringsbeslissingen, die verspreid over het hele zorglandschap door een diversiteit aan actoren gemaakt worden, te informeren vanuit een reflectie over de voornaamste ethische, juridische en organisatorische uitdagingen bij de respons op de COVID-19 pandemie.

Deze aanbevelingen beperken zich tot ethische overwegingen. Het uitwerken van concrete medische richtlijnen, vastleggen van medische evaluatiecriteria, behandelingsstandaarden of drempelwaarden en het ontwikkelen van goede praktijken blijft ten allen tijde voorbehouden aan de betreffende beroepsgroepen en hun beroepsverenigingen, waarbij steeds erkend wordt dat de patiënt hoofdbetrokkene en medespeler in de uiteindelijke beslissing is. Het behoort noch tot het mandaat, noch tot de opdracht van de onderschrijvende organen om dit te doen.

¹⁶ Wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie; Wet van 6 november 2020 om toe te staan dat in het kader van de coronavirus-COVID-19-epidemie verpleegkundige activiteiten worden uitgeoefend door personen die wettelijk daartoe niet bevoegd zijn.