

**ANTWOORD PER BRIEF van 12 november 2020**

Vraag om advies van 30 oktober 2020,

van het locoregionaal ziekenhuisnetwerk MOVE asbl,

betreffende de toegang tot de intensieve zorgen in tijden van COVID-19.

Dit antwoord aan MOVE vzw van 12 november 2020 was een voorafspiegeling van de Aanbeveling "Ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van COVID-19" van 21 december 2020. Het wordt gepubliceerd als informatie voor het publiek, maar mag niet worden geciteerd als advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, aangezien het er niet formeel door werd goedgekeurd.



## **VERTALING**

Luik, 30 oktober 2020

**Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek**  
Eurostation II  
Victor Hortaplein, 40 bus 10  
1060 BRUSSEL  
info.bioeth@health.fgov.be

**Federale commissie voor de Rechten van de Patiënt**  
Eurostation II  
Victor Hortaplein, 40 bus 10  
1060 BRUSSEL  
vincent.hubert@sante.belgique.be

Mijnheer de Voorzitter,  
Mevrouw, Mijnheer,

De gezondheidscrisis die we meemaken en de explosie van het aantal ziekenhuisopnames verzadigen (bijna) de ziekenhuisstructuren in de provincie Luik.

Het is de verantwoordelijkheid van elke maatschappelijke actor om oplossingen te vinden voor deze verzadiging en ze ten uitvoer te brengen. Dit is de reden waarom de niet-dringende activiteiten worden uitgesteld, transfers van gestabiliseerde en vervoerbare patiënten naar de afdelingen Intensieve Zorgen van andere ziekenhuizen in binnen- en buitenland worden georganiseerd, sommige ziekenhuizen voorlopige uitbreidingen bouwen of nieuw formules worden geprobeerd: transfer van patiënten van wie de toestand het toelaat naar structuren als WZC, hersteloorde, oud-ziekenhuizen die met het oog hierop worden aangepast,....

Het is de verantwoordelijkheid van al deze zorgverleners om het gebruik van deze alternatieven aan te moedigen, zodat alle patiënten kunnen worden opgevangen in een aangepaste omgeving.

In ziekenhuizen over de hele wereld en meer bepaald in de afdelingen Intensieve Zorgen ervan stelt zich de vraag van de therapeutische keuze. De vraag naar het voordeel dat de patiënt bekomt en de efficiëntie van de verstrekte zorg staan centraal in het pluridisciplinair overleg en in de communicatie met de patiënt en zijn/haar omgeving/familie wat betreft de keuze tussen het opstarten/verder zetten van de intensieve zorgen of wat comfortzorg wordt genoemd.

**./.. MOVE asbl Réseau hospitalier locorégional**

Secrétariat Véronique Letesson Tél. 04 355 79 01 Veronique.letesson@chc.be **Siège social** Bd Patience et Beaujonc 9 B-4000 Liège **N° d'entreprise** 0744592190

Ongelukkig genoeg kan het zijn dat zich in de komende dagen (vijf à zes maximum) de onverdraaglijke en onmogelijke keuze tussen twee patiënten zich zal stellen, dit ingevolge een gebrek aan plaatsen, technische of menselijke middelen en ondanks de inspanningen van eenieder, inspanningen die nooit mogen verslappen.

Er bestaan zeker richtlijnen, uitgewerkt door de verschillende wetenschappelijke en beroepsverenigingen en in maart jl. heeft de *Belgische vereniging voor intensieve geneeskunde*, op vraag van de FOD Volksgezondheid haar ethische principes betreffende de proportionaliteit van de toegang tot de intensieve zorgen in tijden van Covid-19 in België opgesteld.

Dit gezegd zijnde, laten deze teksten op vandaag niet toe in de praktijk te antwoorden op de vragen die zich stellen ingevolge het onbeschikbaar zijn van infrastructuur: welke criteria dienen te worden aangewend? Hoe te reageren op een patiënt waarvan de toestand een opname op intensieve zorgen rechtvaardigt en waarvan kan worden aangenomen dat hij/zij goed zal reageren op de behandeling, terwijl er geen IC-bed beschikbaar is en er, om hem/haar op te nemen, een IC-bed moet worden vrijgemaakt, waarvan de bezetter geacht werd ook goed, maar in mindere mate, te zullen reageren op de behandeling?

Het is in deze context dat we zowel het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek als de Federale commissie voor de Rechten van de Patiënt vragen *best practices* uit te werken, teneinde te antwoorden op de zeer concrete vragen van de zorgverleners en de ziekenhuizen die zich in de komende dagen zullen stellen.

Wij beseffen dat dit een moeilijke oefening is, maar we vertrouwen op de deskundigheid van uw leden.

Hoogachtend en met dank bij voorbaat,

Ondertekenaars :

Dr T. VAN LEEMPUT,  
Président du Conseil médical  
du réseau MOVE

Dr M. HEINEN,  
Vice-président du Conseil médical  
du réseau MOVE

Dr B. AKANDO,  
Vice-président du Conseil médical du  
réseau MOVE

Dr Ph. DEVOS,  
Vice-président du Conseil médical  
du réseau MOVE

Dr K. SCHIPPER,  
Directeur médical  
Klinik St. Josef St.Vith

Dr F. MARENNE,  
Directeur médical  
St. Nikolaus-Hospital Eupen

Dr Ph. OLIVIER,  
Directeur médical  
Groupe santé CHC

I. MERTES,  
Directeur général  
Klinik St. Josef St. Vith

R. JOST,  
Directeur général  
St. Nikolaus-Hospital Eupen

A. JAVAUX,  
Directeur général  
Groupe santé CHC

R. THISSEN,  
Président  
du Conseil d'administration  
Groupe santé CHC

C. KRINGS,  
Vice-président  
du Conseil d'administration  
Réseau MOVE

C. NIESSEN,  
Vice-présidente  
du Conseil d'administration  
Réseau MOVE

X. DRION,  
Président  
du Conseil d'administration  
Réseau MOVE

**201112 Antwoord aan Move asbl VERTALING**

MOVE asbl  
Réseau hospitalier locorégional  
Ter attentie van de heer Drion  
Voorzitter van de Raad van Bestuur  
Bd Patience et Beaujonc, 9  
B-4000 LUIK

[XAVIER.DRION@CHC.BE](mailto:XAVIER.DRION@CHC.BE)

contactpersoon	telefoon	e-mail
L. Dejager, coördinator	02/524.91.85	<a href="mailto:lieven.dejager@health.fgov.be">lieven.dejager@health.fgov.be</a>
ons kenmerk		
G:\CSS\BIOETHIC\BUREAU\Vragen-advies\2020\MOVE asbl triage		
uw kenmerk		

**Uw vraag van 30 oktober 2020**

Geachte voorzitter van de Raad van Bestuur, geachte heer Drion,  
Geachte leden van de Raad van Bestuur en van de Medische raad,  
Geachte Medisch en Algemeen directeuren,

Wij lezen met aandacht de vraag van het MOVE-netwerk die u ons per e-mail van 30 oktober jl. toestuurde, evenals de elementen van het protocol dat de Raad van Bestuur, de Medische raad en de Medisch en Algemeen directeuren van het MOVE-netwerk hebben uitgewerkt om het hoofd te kunnen bieden aan de uitzonderlijke sanitaire omstandigheden waarmee uw ziekenhuizen worden geconfronteerd. Het Bureau van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft op 3 en 4 november jl. twee buitengewone vergaderingen gewijd aan uw vraag; de vergadering van 4 november waarop u werd gehoord, werd gezamenlijk georganiseerd met de Federale Commissie Rechten van de Patiënt. Op basis van de aldus ingewonnen informatie en het ontwerpprotocol dat uw netwerk heeft uitgewerkt, hebben de Bureauleden een commentaar geformuleerd op een aantal fundamentele ethische aspecten, wijzen zij op een aantal aandachtspunten en doen zij een aantal aanbevelingen. Het commentaar werd op 6 november jl. voorgelegd aan alle Comitéleden. Onderhavig antwoord is een synthese van de tekst van het Bureau en van de opmerkingen en voorstellen van de Comitéleden. Het werd niet meer ter goedkeuring voorgelegd aan alle leden van het Comité.

Het Comité is zich ten zeerste bewust van de tegelijk ernstige en uitzonderlijke situatie waarbij er zich een gebrek voordoet aan materieel en personeel binnen de Intensieve Zorgenafdelingen, ondanks alle genomen maatregelen eerder in de keten om een verzaadiging te vermijden. Dit betekent dat de kans bestaat dat de medische teams niet langer in staat zijn een gelijke behandeling te waarborgen, d.i. optimale zorg te verstrekken aan alle patiënten, en voor tragische keuzes kunnen komen te staan tussen patiënten die in normale tijden op basis van hun klinische toestand allen op intensieve zorgen zouden moeten terecht kunnen. Zo'n situatie is vergelijkbaar met een natuurramp, een terroristische aanslag of een

gewapend conflict. In dergelijke situatie moet soms overgegaan worden tot een "rantsoeneringslogica", waarbij sommige verdelingsregels die ons gezondheidssysteem kent in normale omstandigheden, dienen te worden aangepast. Ook al kan dergelijke noodtoestand een aanpassing van sommige van die regels rechtvaardigen, dan nog is de grootste waakzaamheid geboden op ethisch vlak en dienen waarborgen te worden ingebouwd tegen het risico van onrechtvaardige beslissingen, inherent aan een crisisbeheer dat niet altijd vrij is van emotie, beïnvloeding en willekeur (Leichter-Flack, 2012). De noodtoestand mag geen voorwendsel zijn om een aantal regels overboord te gooien; klinische beslissingen moeten integendeel gebaseerd zijn op het principe van verdelende rechtvaardigheid, op zo helder mogelijke regels en aangepaste beslissingsprocedures. Deze regels en procedures moeten transparant zijn en gekend door alle betrokkenen: het verzorgend personeel, de patiënt en/of zijn/haar vertegenwoordiger, zijn/haar naasten, en moeten in de mate van het mogelijke uniform zijn in alle betrokken instellingen.

Het Comité meent dat het hem niet toekomt deze algemene selectiecriteria te definiëren en te hiërarchiseren, aangezien de te nemen beslissingen individuele medische beslissingen blijven, waarbij diagnostische en voorspellende elementen centraal moeten blijven staan, steeds binnen een ethisch en deontologisch kader. Zoals de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde en de *Académie royale de Médecine de Belgique* (ARMB) meent het Comité dat ieder ziekenhuis zou moeten beschikken over ethische richtlijnen ter zake. Het uitwisselen tussen ziekenhuizen van richtlijnen die in de literatuur worden voorgesteld of die al bestaan in sommige ziekenhuizen kan een waardevolle hulp zijn bij de reflectie en in het beslissingsproces. Het verdient aanbeveling in elke instelling een contactpersoon aan te stellen die verantwoordelijk is voor deze uitwisseling met andere instellingen, voor het actueel houden van de documentatie en de richtlijnen en voor de verspreiding ervan onder de zorgverleners die instaan voor de medische beslissingen. Deze contactpersoon kan bv. gezocht worden in de commissie voor medische ethiek van het ziekenhuis of in een opgericht *ad hoc*-crisiscomité.

In dit opzicht kan het Comité de zeer gedetailleerde en strikte maatregelen voor crisisbeheer zoals voorgesteld door het MOVE-netwerk slechts toejuichen.

In antwoord op de vraag en vanuit een ethisch perspectief wijst het Comité op het grote belang van:

- I. Vóór aankomst in het ziekenhuis
  1. Het voorzien van preventieve maatregelen tot optimalisering van het gebruik van alle hulpmiddelen en maximale opschaling van de capaciteit, zowel inzake materieel als personeel, teneinde het inschakelen van de selectieprocedure zo lang mogelijk uit te stellen, selectieprocedure die een uitzondering moet blijven.
  2. Het organiseren van de solidariteit tussen de regio's, maar ook over de grens, waarbij de transfer van de patiënt in optimale omstandigheden kan verlopen, voor zover mogelijk rekening houdend met de specifieke noden van de naasten. Een geldelijke steun van de overheid moet worden overwogen en het federale spreidingsplan moet maximaal worden ingezet en voortdurend aangepast aan de evolutie op het terrein<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> <https://news.belgium.be/fr/apercu-transferts-des-hopitaux-covid-19-0>; zie ook artikel 12, § 1 van het wetsvoorstel van 29 oktober 2020 houdende diverse sociale maatregelen als gevolg van de COVID-19-pandemie, DOC 55 1365/10, deze tekst werd aangenomen op de plenaire zitting van de Kamer van 29 oktober 2020 (<https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/none&leftmenu=no&language=nl&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?lang=N&legislat=55&dossierID=1365>)

3. Wat de preventieve maatregelen betreft, benadrukt het Comité het belang van de capaciteit qua niet-ziekenhuisbedden en van de beslissingen genomen vóór aankomst in het ziekenhuis en beveelt het meer overleg met de huisartsen en de CRA's van de woonzorgcentra (WZC)<sup>2</sup> aan. De verblijfplaats op zich kan echter geen opnamecriterium zijn. Vroegtijdige zorgplanning moet gemeengoed worden overal waar zorg wordt verstrekt.
4. Het voorzien van *ad hoc*-beslissingsstructuren die moeten instaan voor enerzijds het nemen van pluridisciplinaire collegiale beslissingen en anderzijds het bijhouden van het administratief verslag van de genomen beslissingen, dit in aanvulling op de vermeldingen in het medisch dossier van betrokken patiënt.

Wat ook de concrete vorm is die dit proces aanneemt (waarbij het ethisch comité (CME) al dan niet betrokken wordt), de artsen die de beslissingen<sup>3</sup> nemen, moeten worden bijgestaan door een team van personen die competent zijn op medisch vlak (intensivist en verpleegkundige die op Intensieve Zorgen staat, geriater of elke specialiteit die nuttig is in die omstandigheden), en ondersteund in het beslissingsproces door een ethicus en/of een psycholoog. Daarbij zijn de transparantie en de traceerbaarheid van de beslissing van even groot belang.

## II. Bij aankomst op Intensieve Zorgen

5. Het zo vlug en nauwkeurig mogelijk omschrijven van de criteria waaraan de alarmdrempel dient te voldoen die, wanneer overschreden, leidt tot het instellen van de uitzonderlijke procedures, dit teneinde elk misbruik van het concept van noodtoestand te vermijden en zo vlug als mogelijk terug te keren tot de normale toestand en standaardprocedures. Deze criteria dienen voortdurend te worden aangepast aan de concrete situatie. Het is cruciaal het inschakelen van deze uitzonderlijke procedures te communiceren aan het personeel en aan de patiënten (of, wanneer deze niet meer in staat zijn hun rechten uit te oefenen, aan hun vertegenwoordiger). Deze procedures dienen te worden opgesteld en via de contactpersoon (zie hierboven) te worden gecommuniceerd, waarbij gespecificeerd wordt hoe de *ad hoc*-beslissingsstructuur (zie punt 4 hierboven) is samengesteld, zal werken en te gelegenertijd worden ontbonden.
6. Uit bekommernis niet te discrimineren, dient men zich zoveel en zo lang mogelijk te baseren op *medische* criteria bij de beslissing, gebruik makend van alle mogelijke instrumenten (zoals de *Clinical Frailty Score* of de *Sequential Organ Failure Assessment*), zelfs al kunnen niet-medische criteria een rol spelen. Geslacht, leeftijd op zich, handicap<sup>4</sup>, sociale situatie, ras of etnische oorsprong, seksualiteit, psychiatrische aandoening<sup>5</sup>, nationaliteit of nog bv. geloofsovertuiging mogen *in geen enkel geval* een rol spelen.

---

<sup>2</sup> <https://www.health.belgium.be/nl/coördinerend-en-raadgevend-arts>

<sup>3</sup> Bijvoorbeeld het diensthoofd van de dienst Intensieve Zorgen, volgens de aanbeveling van de *Académie royale de Médecine de Belgique* (cf. « Mise au point de l'Académie sur le tri des patients dans le cadre de la crise du COVID-19 », 4 november 2020, p.3, zie link : <http://www.armb.be>).

<sup>4</sup> « L'accès aux soins intensifs, un droit pour les personnes handicapées », Franstalige brief van de NHRPH-Nationale Hoge Raad Personen met een Handicap van 3 november 2011: [http://ph.belgium.be/media/static/files/import/03\\_11\\_2020\\_toegang\\_tot\\_intensieve\\_zorg\\_een\\_recht\\_voor\\_personen\\_met\\_een\\_handicap/2020-11-02-tri-urgences-personnes-handicapees-.pdf](http://ph.belgium.be/media/static/files/import/03_11_2020_toegang_tot_intensieve_zorg_een_recht_voor_personen_met_een_handicap/2020-11-02-tri-urgences-personnes-handicapees-.pdf)

<sup>5</sup> « Covid-19 : moins d'accès à la réanimation pour les patients souffrant de schizophrénie », Santé mentale.fr, 6 november 2020 : <https://www.santementale.fr/actualites/covid-19-moins-d-acces-a-la-reanimation-pour-les-patients-souffrant-de-schizophrénie.html?fbclid=IwAR1xTgtQuZteBfMH55NT73Hs-obsByBQpFuaDbew7OIR7-ItJGbVjWpwJac>

Er wordt aan herinnerd dat de diverse *scoring*-instrumenten hun grenzen hebben en niet altijd vrij zijn van vertekening; zij moeten dan ook beschouwd worden als hulpmiddelen bij het nemen van de beslissing en mogen nooit de klinische medische evaluatie<sup>6</sup> vervangen. Vanuit ethisch gezichtspunt dient erop gewezen te worden dat, ook al kan de toepassing van medische criteria, met name via deze instrumenten, een waarborg zijn tegen bovenvermelde discriminaties, het volgen van deze criteria potentieel nadelig kan zijn voor kwetsbare patiënten (bv. met een chronische aandoening) die in normale tijden een beroep zouden kunnen doen op bijkomende zorg. Deze kwetsbaarheid moet het voorwerp zijn van bijzondere ethische aandacht.

7. Het verzekeren van de rechten van de patiënt in de zin van de wet van 22 augustus 2002, zoals het recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn/haar gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan (art. 7), het recht zich te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon als hij/zij dit wenst (art. 7), het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst (art. 8), het respecteren van zijn/haar recht om een tussenkomst (al dan niet voorafgaandelijk) te weigeren of in te trekken (art. 8), een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (art. 9) dat wordt gecommuniceerd aan de zorgverleners die de patiënt behandelen, zelfs als die wordt overgebracht naar een ander ziekenhuis. Indien de patiënt niet in staat is zijn/haar rechten zelf uit te oefenen, dient de hiërarchische volgorde voor zijn/haar vertegenwoordiging gevolgd te worden, waarbij de vertegenwoordiger alle rechten van de patiënt uitoefent, met name het recht op informatie in verband met zijn/haar gezondheid en de vermoedelijke evolutie ervan, evenals het recht om voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst (art. 14).

Er dient eveneens te worden gewezen op het belang van het “therapeutisch project”, opgesteld met de patiënt (of in voorkomend geval met de vertegenwoordiger) of tenminste een voorafgaande gedachtewisseling met personen, ongeacht of ze in een WZC verblijven of niet, over hun wensen betreffende het levenseinde voor het geval zij in een toestand terechtkomen waarin zij hun patiëntenrechten niet meer zelf kunnen uitoefenen (vroegtijdige zorgplanning). De patiënt moet overigens zoveel mogelijk en in verhouding tot zijn/haar begripsvermogen betrokken worden bij de uitoefening van zijn/haar rechten (art. 14). Tenslotte moet erop gewezen worden dat de arts kan afwijken van de beslissing van de vertegenwoordiger, wanneer die manifest tegen het belang van de patiënt ingaat (art. 15).

8. In geval van medische noodzaak een patiënt met spoed over te brengen naar een ander ziekenhuis vanuit het maximaliseringsbeginsel (zie punt 11 hierna), zou een wet kunnen voorzien dat de keuze van het ziekenhuis toekomt aan de medische teams, zonder toestemming van de patiënt wat betreft keuze van arts en plaats van hospitalisering<sup>7</sup>. De wet zou moeten voorzien in een compensatiemechanisme voor de kosten en ongemakken die deze transfer met zich meebrengt voor de familie en de naasten van de patiënt (zie punt 2 hierboven).

---

<sup>6</sup> MacGuire and al, Ethical Challenges Arising in the COVID-19 Pandemic: An overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) Task Force, *The American Journal of Bioethics*, 20:7, 15-27, p 16 et 17.

<sup>7</sup> Zie artikel 12, § 1 van het wetsvoorstel van 29 oktober 2020 houdende diverse sociale maatregelen als gevolg van de COVID-19-pandemie, DOC 55 1365/10, deze tekst werd aangenomen op de plenaire zitting van de Kamer van 29 oktober 2020 (<https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/none&leftmenu=no&language=nl&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?lang=N&legislat=55&dossierID=1365>)

9. In geval van deprioritering van een patiënt dient absoluut voorzien te worden in een optimale opvang wat betreft comfortzorg, eventuele palliatieve zorg en begeleiding van familie en naasten, zoals voorzien in de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg. Het aanbod van comfortzorg (behandeling, materieel, op te leiden personeel) in de instellingen moet verhoogd worden en er moet worden voorzien in een aangepaste begeleiding van de naasten.

### III. Algemene maatregelen

10. Alles moet in het werk gesteld worden om tot een optimale coördinatie te komen tussen ziekenhuizen en WZC en toe te werken naar een convergentie wat betreft de toelatingscriteria, dit met name door de uitwisseling van de richtlijnen.
11. Om te komen tot een rechtvaardige verdeling van schaarse hulpmiddelen dienen tenminste twee ethische beginselen in acht te worden genomen:
  - Ø het billijkheidsbeginsel of de gelijkheid van behandeling, waaronder we het niet-discriminatiebeginsel verstaan zoals hierboven uiteengezet en dat evenzeer geldt voor SARS-Cov2-patiënten als voor andere patiënten;
  - Ø het maximaliseringsbeginsel dat inhoudt dat moet worden gestreefd naar het redden van zoveel mogelijk levens en het behouden van een maximaal aantal kwaliteitsvolle levensjaren, met dien verstande dat "levenskwaliteit" wordt gedefinieerd in strikt medische termen en niet in die van de sociaal heersende normen.
12. Er dient aan herinnerd te worden dat het niet wenselijk is de "wie eerst komt, eerst maalt"-regel te volgen. Hoewel deze werkwijze perfect aanvaardbaar is in een normale situatie, roept zij in een situatie van gebrek<sup>8</sup> sterke weerstand op. Zij bevoordeelt personen die dichtbij wonen (in sommige delen van ons land speelt de afstand wel degelijk nog een rol), kan leiden tot geweld en intimidatie in het gevecht om de eerste plaats en kan diegenen benadelen die, bv. door het goed opvolgen van de afstandsregels, pas later ziek worden. Overigens riskeert dit principe de gewogen evaluatie van de medische profielen (die heel ongelijk kunnen zijn wat betreft overlevingskansen) naar de tweede plaats te verdringen, hetgeen ethisch zeer betwistbaar is.

Het Comité pleit evenmin voor lottrekking en raadt het gebruik aan van de collegiale deliberatie (zie punt 4 hierboven) die medisch onderbouwd is, maar ethisch begeleid door de persoon die het beslissingsproces ondersteunt, zodat de beslissing niet alleen gebaseerd is op pertinente medische criteria, maar ook helder is voor en gedeeld wordt door heel de dienst die de verantwoordelijkheid ervoor opneemt. In deze deliberatie dient prioriteit te worden gegeven aan het identificeren en karakteriseren van objectieve en pertinente, eventueel subtiele, verschillen in de medische toestand van twee of meer patiënten (zoals voorgesteld in punt 6 hierboven) en hoe deze van invloed kunnen zijn op de uiteindelijke beslissing.

Dit antwoord in twaalf punten is het resultaat van een eerste reflectie, die ongetwijfeld vraagt om verdere uitdieping. Wij hopen alvast dat het ertoe bijdraagt uw initiatief te consolideren.

---

<sup>8</sup> Emanuel EJ et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. NEJM. May 21, 2020; 382(21): 2049-2055, p. 2053.



Hoogachtend,

Florence Caeymaex

Voorzitster van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek

Referenties :

1. 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.
2. Frédérique Leichter-Flack.(2012) Ethique, déontologie et urgence collective. *Archives Urgences*. chap. 77, en ligne : [https://www.sfm.uqam.ca/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2012/donnees/fs\\_tout\\_art.htm](https://www.sfm.uqam.ca/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2012/donnees/fs_tout_art.htm).
3. Ezekiel J. Emanuel, M.D., Ph.D., Govind Persad, J.D., Ph.D., Ross Upshur, M.D., Beatriz Thome, M.D., M.P.H., Ph.D., Michael Parker, Ph.D., Aaron Glickman, B.A., Cathy Zhang, B.A., Connor Boyle, B.A., Maxwell Smith, Ph.D., and James P. Phillips, M.D. (2020) Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England Journal of Medicine*.
4. Amy L. McGuire, Mark P. Aulisio, F. Daniel Davis, Cheryl Erwin, Thomas D. Harter, Reshma Jaggi, Robert Klitzman, Robert Macauley, Eric Racine, Susan M. Wolf, Matthew Wynia, Paul Root Wolpe & The COVID-19 Task Force of the Association of Bioethics Program Directors (ABPD). (2020) Ethical Challenges Arising in the COVID-19 Pandemic: An Overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) Task Force. *The American Journal of Bioethics*, 20:7, 15-27.  
doi: 10.1080/15265161.2020.1764138.
5. Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (2020) – Leidraad en flowchart voor de ziekenhuisopname van een WZC bewoner met COVID-19.  
<https://geriatrie.be/nl/nieuws/leidraad-voor-artsen-ziekenhuis-opname-bij-wzc-bewoner-met-covid-19-flowchart-en-krantenartikel/>.
6. Mise au point du 4 novembre 2020 de l'Académie royale de Médecine de Belgique sur le tri des patients dans le cadre de la crise du COVID-19. [www.armb.be](http://www.armb.be).
7. « L'accès aux soins intensifs, un droit pour les personnes handicapées », CNSPH-Conseil supérieur national des personnes handicapées, 3 novembre 2011.  
[http://ph.belgium.be/media/static/files/import/03\\_11\\_2020\\_toegang\\_tot\\_intensieve\\_zorg\\_een\\_recht\\_voor\\_personen\\_met\\_een\\_handicap/2020-11-02-tri-urgences-personnes-handicapees-.pdf](http://ph.belgium.be/media/static/files/import/03_11_2020_toegang_tot_intensieve_zorg_een_recht_voor_personen_met_een_handicap/2020-11-02-tri-urgences-personnes-handicapees-.pdf).
8. Jean-Louis Vincent, Jacques Creteur (2020). Ethical aspects of the COVID-19 crisis : How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *European Heart Journal, Acute Cardiovascular Care*. Vol. 9(3), p. 248-252.

9. « Covid-19 : moins d'accès à la réanimation pour les patients souffrant de schizophrénie », Santé mentale.fr, 6 novembre 2020.  
<https://www.santementale.fr/actualites/covid-19-moins-d-acces-a-la-reanimation-pour-les-patients-souffrant-de-schizophrénie.html?fbclid=IwAR1xTgtOuZteBfMH55NT73Hs-obsByBOPFuaDbew7OIR7-ItJGbVjWpwJac>.
10. Wetsvoorstel van 29 oktober 2020 houdende diverse sociale maatregelen als gevolg van de COVID-19-pandemie, DOC. 55 1365/10  
<https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/none&leftmenu=no&language=nl&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?lang=N&legislat=55&dossierID=1365>