Verslag Webinar Draaiboek Code Zwart

Verkadefabriek Den Bosch

15 oktober 2020

We worden welkom geheten door Mia Sol, voorzitter KNMG district ZO-Brabant. Zij introduceert het deskundigenpanel, René Héman, voorzitter KNMG, Jonneke Eikelboom klinisch geriater Amphia Ziekenhuis en Gert van Dijk ethicus KNMG. Het panel inleiders wordt voorgezeten door Francisca Hardeman, beleidsadviseur KNMG. Ook aanwezig is Marjolein Braakhuis, voorzitter KNMG district Midden-Brabant.

Francisca legt uit dat het panel de deelnemers via de livestream niet kan zien of horen, maar dat reacties mogelijk zijn via de chat en er worden polls gehouden om de mening van de deelnemers te peilen.

Introductie draaiboek door René Héman, voorzitter KNMG.

René legt uit wat de aanleiding was om het Draaiboek te ontwikkelen. Het begon allemaal in maart 2020. Vooral in Brabant ontstond er een tekort aan IC- bedden en verpleegbedden in de ziekenhuizen. Het scenario dat er meer patiënten zouden zijn, dan beschikbare IC-plekken kwam heel dichtbij. Maar als dokters zijn we niet opgeleid om op basis van niet- medische criteria verschil te maken tussen mensen. Dit soort keuzes vragen om een ethisch raamwerk. Daarom hebben de KNMG en de FMS een groep van medisch ethici aan het werk gezet om een dergelijk raamwerk te ontwikkelen. Daarna volgden er discussies met vele maatschappelijke organisaties, met ministers en met ouderenorganisaties, om het draagvlak voor het Draaiboek te peilen. Dit alles heeft geleid tot een Draaiboek dat tot doel heeft om artsen duidelijkheid en zekerheid te geven in deze ingewikkelde situatie. Het Draaiboek zorgt er ook voor dat de beslissingen van artsen achteraf toetsbaar zijn.

Toelichting medische criteria tijdens fase 3 door Jonneke Eikelboom, klinisch geriater Amphia Ziekenhuis.

Bij kwetsbare ouderen is het de vraag of het nog wel zinvol is om hen op te nemen op de IC. IC-opname is immers zwaar en de impact van een IC-opname is groot. Het is dus van belang dat artsen met kwetsbare ouderen in gesprek gaan over hun wensen en voorkeuren. Goede gesprekken met patiënten en hun families zijn een vereiste.

Als er een tekort aan IC-bedden dreigt wordt eerst het aantal IC-bedden opgeschaald. Zijn er dan nog steeds te weinig IC-bedden, dan worden de medische criteria voor IC-opname aangescherpt. Mensen met een geringe kans op overleven worden dan niet meer opgenomen op IC. Dit gebeurt in fase 3A en 3B van het Draaiboek. Een van de zaken de meespeelt is de kwetsbaarheid van iemand. Dit wordt gemeten met de zogenaamde Clinical Frailty Scale, die een maat geeft voor de kwetsbaarheid van iemand. Mensen die volgens deze schaal erg kwetsbaar zijn, worden in fase 3A en 3B niet meer opgenomen op de IC.

Bij een dergelijke beslissing hoort een goede en duidelijke verantwoording naar de patiënt en naasten. Patiënten die niet meer naar de IC gaan ontvangen palliatieve zorg thuis, in het ziekenhuis of in een hospice, afhankelijk ook van de eigen wensen en mogelijkheden van de patiënt en de naasten.

- Chat-vraag: de beslissing die de huisarts moet nemen om een patiënt thuis te laten of toch in te sturen, kan die daarvoor overleggen met het ziekenhuis? Jonneke antwoordt dat ze hiervoor altijd bereikbaar is.

Toelichting niet-medische criteria tijdens fase 3 stap C, door Gert van Dijk, ethicus KNMG.

Als het niet meer mogelijk is om op medische gronden onderscheid te maken tussen mensen, moet er gekozen worden op niet-medische gronden. Dat gebeurt in fase 3C. Het Draaiboek voor deze fase wordt toegelicht door KNMG-ethicus Gert van Dijk, die betrokken is geweest bij de ontwikkeling van het draaiboek.

Toen het Draaiboek uitkwam luidden de krantenkoppen: 'Jong gaat voor oud als IC's overlopen'. Zo simpel is het echter niet. Mensen in fase 3 stap C zitten medische gezien allemaal in een gelijke situatie. Maar als er dan 10 patiënten zijn en er is slechts 1 IC-bed beschikbaar, hoe kies je dan?

In het Draaiboek zijn allereerst enkele algemene ethische uitgangspunten beschreven:

- Het principe dat ieder mens **gelijkwaardig** is
- Het uitgangspunt dat we **zoveel mogelijk levens** willen redden
- **Rechtvaardigheid**: gelijken gelijk, en ongelijken ongelijk behandelen
- Dezelfde criteria gelden voor zowel **COVID-19 patiënten** als voor **andere patiënten** die IC-zorg nodig hebben
- Maatschappelijke positie, verstandelijke of lichamelijke beperking, etniciteit, nationaliteit, sekse etc. spelen allemaal geen rol hierbij. Ook 'eigen schuld' speelt geen rol.

- Uit de Poll-stelling: ‘ik kan mij goed vinden in deze uitgangspunten’ bleek dat 60% het eens was met de stelling, 25% helemaal eens, 11% neutraal en 4% oneens.

- Chat-vraag: Speelt voorafgaande kwaliteit van leven een rol? Gert van Dijk antwoordt dat dit niet meegenomen wordt, behalve als het van invloed is op de prognose. Als bijvoorbeeld iemand een slechte kwaliteit van leven heeft vanwege een kwaadaardige aandoening, dan telt dat natuurlijk wel mee, omdat het van invloed is op de overleving, maar dat is dan al in een eerder stadium aan bod geweest.

Er wordt ook gekeken naar de duur van de IC-zorg die iemand nodig heeft. Mensen die kort op de IC liggen krijgen voorrang boven mensen die daar naar verwachting langer liggen. Dit kan betekenen dat een oudere patiënt die maar enkele dagen IC-opname nodig heeft voorgaat boven een jongere patiënt die een langere IC-opname nodig heeft, bijvoorbeeld vanwege COVID-19.

- Poll-stelling: een korte IC-opname gaat voor een lange IC-opname: 48% eens, 19 % helemaal eens en 9% oneens, de rest is neutraal.

- Chat-vraag: psychische klachten, speelt dat ook mee in de afweging? Het antwoord is nee, daar wordt niet naar gekeken. Uiteraard kunnen mensen er altijd wel zelf voor kiezen om niet naar de IC te gaan.

- Chat-vraag: de heroverweging van IC-patiënten hoe zit dat? Het antwoord is dat IC-patiënten niet van de IC gehaald worden omdat er iemand anders ‘voor de deur staat’. Wel vindt er natuurlijk steeds een beoordeling plaats of mensen die op de IC liggen nog een redelijke kans op overleven hebben.

Het volgende criterium is dat mensen die werkzaam zijn in de zorg voorrang krijgen. Dit wel onder twee voorwaarden:

- Beroepsmatig veelvuldig en risicovol contact met COVID-19 patiënten.
- Tegelijkertijd is er een landelijke of regionale schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen.

Dit laatste punt speelt inmiddels niet meer, omdat er geen tekorten meer zijn aan beschermingsmiddelen.

- Chat-vraag: wanneer speelt dit? Het antwoord luidt dat fase 3 landelijk wordt uitgeroepen en dan voor alle ziekenhuizen geldt.
- Poll-stelling: ik kan mij vinden in het criterium m.b.t. voorrang voor mensen die werkzaam zijn in de zorg: 51%, 7% helemaal eens, 36 % neutraal, 4% oneens en 1% helemaal oneens

Een volgend criterium is triage op basis van intergenerationele solidariteit. Mensen worden ingedeeld in een generatie van 0-20 jaar, 20-40 jaar, 40-60 jaar, 60-80 jaar, en 80 plus jaar. Er is geen absolute leeftijdsgrens als exclusiecriterium. Intergenerationele solidariteit is gebaseerd op het 'fair innings '- argument: mensen moeten zoveel mogelijk gelijke kansen hebben om dezelfde levensfases te doorlopen. Ouderen hebben al meer levensfases doorlopen en jongeren nog niet. Overigens is het belangrijk hierbij om op te merken dat maar weinig mensen uit jongere generaties op de IC terecht komen. Bij goede uitleg wordt dit argument door ouderen goed begrepen.

- Poll-stelling: ik kan mij goed vinden in de triage op basis van generaties: 26% helemaal eens, 53% eens, 19% neutraal, 0% oneens en 2% helemaal oneens
- Chat-vraag: als jongeren zich niet aan de regels houden, telt dat mee? Antwoord luidt dat dit niet mee telt in de triage, want dit is praktisch niet te toetsen of iemand ziek is geworden door zich niet aan de regels te houden.

Als er na het hanteren van deze overwegingen nog steeds te veel mensen zijn, dan treedt een procedure in werking gebaseerd op toeval. In het geval patiënten zich achtereenvolgens aandienen zal ‘first come, first serve’ worden toegepast. Komen patiënten gelijktijdig dan vindt loting plaats.

René Héman stelt dat het de bedoeling is van het Draaiboek om duidelijkheid en rugdekking te geven aan dokters. Het hele proces moet transparant zijn en goed uit te leggen. Ziekenhuizen moeten zich nu al voorbereiden. Er moeten triagecommissies gevormd worden die vervolgens triageteams gaan samenstellen. In zo’n triagecommissie zit een intensivist, een ethicus, een jurist, en een geestelijk verzorger of psycholoog. In een triageteam zitten vooral medisch specialisten.

Francisca Hardeman komt tot een afronding met de laatste poll-vraag:

- Ik kan me goed vinden in het draaiboek: 84% eens, 5% helemaal eens en 2% oneens.

De chat-vragen die tijdens deze webinar niet aan bod zijn gekomen worden later beantwoord. De inhoud ervan wordt later meegewogen in het draaiboek.

Mia Sol, voorzitter district KNMG ZO-Brabant, sluit de avond af.

Het is heel mooi dat er onder de deelnemers een groot draagvlak is voor het draaiboek. De polls geven aan dat er veel geleerd is vanavond. Ook de kritische geluiden moeten gehoord worden en vervolgens verwerkt worden. Het was een boeiend webinar.

Iedereen in de zaal en thuis bedankt voor uw bijdrage en we hopen u vaker te zien in de toekomst.

Jacob Luttjeboer