

Ethische principes betreffende de gelijkwaardigheid van intensieve zorg tijdens de COVID-19-pandemie van 2020 in België: advies van de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde – update 26-03-2020

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

De Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde is uitgenodigd de ethische principes omtrent de gelijkwaardigheid van de zorg tijdens de COVID-19-pandemie van 2020 uiteen te zetten. Het opstellen van een nationaal ethisch protocol voor triage binnen het ziekenhuis van COVID-19-patiënten is niet het mandaat van De Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde. Aanbevolen wordt dat elk ziekenhuis al vroeg in de epidemie eigen ethische richtlijnen opstelt, om te voorkomen dat klinici moeilijke beslissingen moeten nemen zonder voorschriften, wat zou kunnen leiden tot willekeurige beslissingen.

Inleiding

Op de intensive care (IC) afdeling worden invasieve levensondersteunende en levensreddende behandelingen toegepast bij patiënten met van vitaal orgaanfalen, die zonder dergelijke ingrijpende zorg niet zouden overleven. Over het algemeen moet intensieve zorg worden gereserveerd voor patiënten bij wie een goede of in ieder geval acceptabele uitkomst wordt verwacht nadat zij uit het ziekenhuis zijn ontslagen. Disproportionele zorg betekent dat zulke geavanceerde levensondersteunende maatregelen worden ingezet bij patiënten met gebrekkige langetermijn verwachtingen wegens ernstige chronische orgaan stoornissen, comorbiditeit en/of een slechte kwaliteit van leven [1]. Onder normale omstandigheden, ook als er geen hoge nood is aan IC-bedden, moet zulke disproportionele zorg altijd worden vermeden. De meeste patiënten in Europa die overlijden op een IC-afdeling, sterven na een besluit om geen levensondersteunende behandelingen meer te starten of om de behandeling die ze ondergaan stop te zetten [2]. Een dergelijke beslissing moet openlijk worden besproken met patiënten of hun familieleden. Op de IC-afdeling maken dergelijke ethische overwegingen deel uit van de routine. De afweging tussen geavanceerde levensondersteunende behandelingen en de verwachte uitkomst wordt dagelijks gemaakt.

COVID-19: uitzonderlijke overwegingen

De COVID-19-pandemie vormt een zware belasting voor de gezondheidszorg, omdat er geen groepsimmunitet is tegen dit nieuwe virus [3]. In zeer korte tijd melden patiënten die ademhalingsondersteuning nodig hebben zich in het ziekenhuis. In Italië was de draagkracht van de gezondheidszorg om het enorme aantal patiënten aan te kunnen zodanig ontoereikend dat het ganse zorgsysteem collabeerde. Met name het aantal bedden voor de kritieke zorg waren een verontrustend knelpunt, en de huidige prognoses van de trend in de nabije toekomst zijn alarmerend [4]. Een dergelijke extreme overbelasting van het ziekenhuissysteem zal verregaande ethische consequenties hebben, aangezien behandelende artsen zullen moeten beslissen welke patiënten wel worden opgenomen en welke patiënten kritische zorg wordt geweigerd. Een eerste prioriteit is het nemen van de juiste maatregelen

om de capaciteit op de IC-afdelingen van alle ziekenhuizen te maximaliseren door niet-spoedeisende medische zorg uit te stellen en niet-kritieke afdelingen om te vormen tot IC-afdelingen. Echter, wanneer er ondanks deze maatregelen nog steeds onvoldoende capaciteit is om alle aanwezige patiënten te behandelen, zal er triage toegepast moeten worden. Het op tijd opmerken van disproportionele zorg is uiterst belangrijk, omdat bij overbelasting van het ziekenhuis de mogelijkheid bestaat dat een patiënt met een aanzienlijke overlevingskans kritische zorg wordt geweigerd, terwijl er vele patiënten disproportioneel worden behandeld en daarmee een bed bezetten. Zulke onevenredige zorg moet worden vastgesteld op basis van een wetenschappelijk onderbouwde schatting van het verwachte resultaat, wat betekent dat er kennis moet zijn van een geavanceerd zorgplan, de medische toestand van de patiënt, de antecedenten, het acute verloop van zijn of haar conditie en een gefundeerde inschatting van de voortgang, zowel met als zonder intensieve zorg. Bovendien moeten niet-COVID-19-patiënten volgens dezelfde criteria worden beoordeeld om discriminatie tussen beide groepen te voorkomen. Hoewel een hogere leeftijd wel geassocieerd wordt met slechtere uitkomsten bij COVID-19, kan leeftijd alleen niet worden gebruikt voor beslissingen bij triage, maar moet dat worden geïntegreerd met andere klinische parameters. Zo zijn kwetsbaarheid en verminderde cognitie, meer dan leeftijd, onafhankelijke voorspellers van de uitkomst wanneer oudere patiënten op de IC worden opgenomen [6].

De COVID-19 Critical Care Ethical taskforce van de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde doet de volgende aanbevelingen:

1. Geavanceerde zorgplanning vóór opname op de ICU

Ouderen in bejaardentehuizen lijden vaak aan ernstige cognitieve, fysieke of sociale handicaps waardoor zij niet zelfstandig thuis kunnen wonen. Veel van deze patiënten zijn matig tot ernstig kwetsbaar [7]. Gezien de voorspelde acute overbelasting van het Belgische gezondheidszorgsysteem tijdens de COVID-19-epidemie, beveelt de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde aan dat patiënten waarbij intensieve zorg disproportioneel zou zijn, vroegtijdig worden geïdentificeerd om te voorkomen dat ze onnodig naar een overvol ziekenhuis worden gestuurd. Om deze reden moet vooraf een plan voor geavanceerde zorg worden besproken met bewoners van bejaardentehuizen of hun familieleden. Als de acute fase aantreedt is dit vanwege de medische toestand van de patiënt niet meer mogelijk. Bovendien zou het ethisch en emotioneel onwenselijk zijn de familie te verzoeken in een zodanige kritieke situatie zo'n moeilijke beslissing te doen nemen.

De Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde adviseert in dit zorgplan vooraf te specificeren welke interventies in overweging worden genomen of welke interventies ongewenst zouden zijn voor een bepaalde patiënt. We raden aan om in dit geavanceerde zorgplan in ieder geval te vermelden of het wenselijk is om te starten met:

- cardio-pulmonaire reanimatie
- ziekenhuisopname
- opname op de intensive-care afdeling
- endotracheale intubatie
- niet-invasieve mechanische ventilatie
- farmacologische hemodynamische ondersteuning

- het starten van niervervangende therapie.

Extracorporale membraanoxygenatie (ECMO) mag in deze leeftijdscategorie nooit worden overwogen, ongeacht COVID-19.

Indien mogelijk en haalbaar wordt de huisarts van de patiënt aangeraden om proactief het initiatief te nemen om met deze patiënten geavanceerde zorgplanning te bespreken, bij voorkeur voordat ze besmet raken met het SARS-CoV-19 virus of al lijden aan COVID-19. Voor de meeste oudere patiënten die in een bejaardentehuis verblijven met ernstige cognitieve stoornissen, zou het een redelijke en menselijke optie kunnen zijn om de patiënt in het verpleeghuis te houden voor symptomatische behandeling. Over het algemeen dient een verwijzing van deze patiënten naar een mogelijk overbelast ziekenhuis alleen te worden overwogen wanneer er een duidelijk gedefinieerd en realistisch therapeutisch doel is en wordt verwijzing naar de IC-afdeling afgeraden.

2. Cardio-pulmonaire reanimatie

Cardio-pulmonaire reanimatie (CPR) (basis- en geavanceerde levensondersteuning) bij de oudere patiënt en verpleeghuis-patiënt waarvan bekend is dat hij/zij COVID-19-positief is en actieve ziekteverschijnselen heeft, wordt best niet geïnitieerd, omdat het risico op besmetting voor de CPR verstrekker niet in verhouding staat tot de verwachte slechte prognose.

CPR buiten het ziekenhuis (basis- en geavanceerde levensondersteuning) in jongere patiënten kan op een geval per geval basis gestart worden. De beslissing om CPR al dan niet te starten moet steeds in balans zijn met het risico op contaminatie voor de gezondheidswerker. Bij alle gekende of verdachte COVID19 gevallen mag CPR pas beginnen nadat het resuscitatie team volledig is uitgerust met adequate persoonlijke protectiemiddelen. Mond-op-mond beademing is verboden.

Voor hartstilstand in het ziekenhuis, bevelen we aan om het geavanceerde zorgplan te volgen, besproken met de behandelende arts. Ook hier, als reanimatie manoeuvres deel uitmaken van dit plan, en de patient is COVID19 positief, mag CPR pas starten nadat het het resuscitatie team volledig is uitgerust met adequate persoonlijke protectiemiddelen. Wanneer de probabiteit op COVID 19 laag of afwezig is, raden we nog altijd aan, in de huidige situatie, dat het resuscitatie team op zijn minst een masker, een bril, een schort, en handschoenen draagt.

3. Ethische overwegingen voor triage binnen het ziekenhuis

De Belgische Vereniging voor Intensieve Zorggeneeskunde beveelt aan om rekening te houden met de volgende overwegingen:

- Beslissingen om zorg te weigeren of prioriteit te geven, moeten altijd worden besproken met ten minste 2, maar bij voorkeur 3 artsen die ervaring hebben met de behandeling van respiratoir falen op de ICU. Indien de arts niet met een collega in het ziekenhuis kan overleggen, kan een teleconsultatie met een ervaren collega binnen hetzelfde ziekenhuisnetwerk worden georganiseerd. Ook overleg met een geriater of de huisarts van de patiënt kan een optie zijn.

- Veel van de COVID-19-patiënten zullen ouderen zijn, maar leeftijd is op zichzelf geen goed criterium om te beslissen of zorg disproportioneel is.
- Bij opname moet worden vastgesteld of er een geavanceerd zorgplan is voor de betreffende patiënt.
- Bij oudere patiënten moet de kwetsbaarheid, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de Clinical Frailty Score (CFS) [7], worden beoordeeld en mee worden gewogen.
- Bij oudere patiënten moeten cognitieve stoornissen worden beoordeeld en er moet rekening mee worden gehouden.
- Bij alle patiënten moeten terminale oncologische aandoeningen en ernstige chronische comorbiditeit zoals orgaanfalen in het eindstadium (dialyse, hartfalen, levercirrose, ...) worden beoordeeld en er moet rekening mee worden gehouden.
- Voorrang moet worden gegeven op basis van medische urgentie.
- Voor de transparantie en evaluatie wordt een register bijgehouden van de beslissingen bij triage. Dit register kan worden gebruikt voor de openheid en evaluatie na de pandemie.
- Er moet rekening worden gehouden met de impact van de COVID-19-epidemie op triagebeslissingen van niet-COVID-patiënten.
- Artsen die betrokken zijn bij triage moeten psychologische ondersteuning krijgen. Deze steun moet tot na de crisis worden voortgezet en moet gepaard gaan met een ethische debriefing [8].

Referenties:

1. Kompanje EJO, Piers RD, Benoit DD (2013) Causes and consequences of disproportionate care in intensive care medicine. *Curr Opin Crit Care* 19:630–635. doi: 10.1097/MCC.000000000000026
2. Sprung CL, Ricou B, Hartog CS, et al (2019) Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016. *JAMA - J Am Med Assoc* Oct 2:1–13. doi: 10.1001/jama.2019.14608
3. Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, et al (2020) Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 1–13. doi: 10.1056/NEJMoa2002032
4. Remuzzi A, Remuzzi G (2019) Health Policy COVID-19 and Italy: what next? *Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30627-9
5. Ghanbari V, Ardalan A, Zareiyan A, et al (2019) Ethical prioritization of patients during disaster triage: A systematic review of current evidence. *Int Emerg Nurs* 43:126–132. doi: 10.1016/j.ienj.2018.10.004
6. Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, et al (2020) The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Med* 46:57–69. doi: 10.1007/s00134-019-05853-1
7. Ke LS (2013) Frailty in the elderly: A concept analysis. *J Nurs* 60:105–110. doi: 10.1503/cmaj.050051
8. Devisch I, Vanheule S, Deveugele M, et al (2017) Victims of disaster: can ethical debriefings be of help to care for their suffering? *Med Heal Care Philos* 20:257–267. doi: 10.1007/s11019-016-9742-1