

Ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van COVID-19

Aanbeveling van 21 december 2020 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, onderschreven door de Orde der Artsen en de Hoge Gezondheidsraad

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 ultiem 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 "triage" 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 overschaduwden.

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 bestafling 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 artsen (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 zorg¹. 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

¹ Zie (onder andere) Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie.

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 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 worden². 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 genomen³. De registratie van beslissingen om behandelingen (mogelijk) niet

² 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.

³ 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>.

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 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 therapie⁴.

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.

3. 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;

⁴ 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.*

- 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.

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 falen⁵.

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 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 gebruikt⁶, 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

⁵ 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>.

⁶ 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.

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 levensjaren⁷ 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

⁷ 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.

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 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

engagements, 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 intergenerationale 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 gezondheidsgelateerde 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 unanimiteit 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.

4. 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.

Coördinatieceel

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 bedden⁸. 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 kader van deze pandemie de nodige juridische kaders heeft gecreëerd⁹. 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

⁸ 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.

⁹ 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.

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.

Redactie

Redactie van de tekst: Wim Pinxten en Tom Goffin

Revisie in beperkte commissie (Florence Caeymaex, Paul Cosyns, Gilles Genicot, Tom Goffin, Guy Lebeer, Wim Pinxten) en discussie in plenair debat met alle leden.

Onderschreven door de Hoge Gezondheidsraad en de Orde der Artsen.

Bronnen

Richtlijnen en rapporten

- 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.
- Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (2020) 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>.
- Principles of European Medical Ethics van de Europese raad van ordes van geneesheren (CEOM) <http://www.ceom-ecmo.eu/view/principes-d-ethique-medicale-europeenne>.
- 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.
- Advies Hoge Gezondheidsraad, COVID-19 en tekort aan beademingstoestellen: ethisch en juridisch advies, <https://www.health.belgium.be/nl/hoge-gezondheidsraad>.
- Advies nationale raad van de Orde der artsen, "Nood aan een efficiënte aanpak onder leiding van de hoofdarts om in een ziekenhuis de dreigende schaarste aan middelen door de COVID-19-pandemie op te vangen", www.ordomedic.be.
- Vlaams Patiënten Platform, Wordt zorg bij personen met een chronische aandoening uitgesteld wegens het coronavirus COVID-19? http://vlaamspatientenplatform.be/uploads/documents/Rapport_uitgestelde_zorg.pdf.
- Advies nr. 41 van 16 april 2007 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek over de geïnformeerde toestemming en "DNR"-codes, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/advies_41_dnr_web.pdf.
- Advies nr. 48 van 30 maart 2009 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende het Belgisch operationeel plan influenzapandemie. <https://www.health.belgium.be/nl/advies-nr-48-belgisch-operationeel-plan-influenzapandemie>.

Regelgeving

- Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.
- Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie.
- 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.
- 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>.