

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Voorrang voor zorgmedewerkers bij covid-19-triage

Juridische, ethische en praktische kanttekeningen

Jan A.M. Bollen, Walther N.K.A. van Mook en Margaretha M. ten Hoopen

Samenvatting

Uitgangspunten van het draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 stap C in de covid-19-pandemie' zijn gelijkwaardigheid van patiënten, het redden van zo veel mogelijk levens en rechtvaardigheid. Vanuit deze ethische basisprincipes is een aantal criteria geformuleerd voor IC-triage op niet-medische gronden. Eén daarvan is dat zorgmedewerkers, wanneer zij opgenomen moeten worden op de IC, voorrang krijgen indien zij beroepsmatig aan covid-19 werden blootgesteld én er schaarste was aan persoonlijk beschermingsmaterialen. In dit artikel bespreken wij dit criterium vanuit een juridische invalshoek, met tevens oog voor de ethische dimensie. Het algemene kader is artikel 1 van de Grondwet. Onze zienswijze is dat voorrang voor zorgmedewerkers die een besmettingsrisico hebben gelopen zeker te rechtvaardigen is, maar dat die voorrang een fundament behoort te krijgen in de wet. Ook verdient het overweging het draaiboek zo aan te passen dat zorgmedewerkers soms ook voorrang kunnen krijgen bij IC-opname wanneer er voldoende beschermingsmateriaal is.

Als de covid-19-pandemie de IC's tot harde keuzes dwingt, kunnen zieke zorgmedewerkers met voorrang worden toegelaten. Ethisch is dat te rechtvaardigen, vinden de auteurs. Maar juridisch en praktisch is het nog niet goed geregeld.

In november 2020 publiceerden de Federatie Medische Specialisten (FMS) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) de tweede versie van het door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) geïnitieerde draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 stap C in de covid-19-pandemie'.^{1,2} 'Fase 3 stap C' is de fase van crisiszorg waarin triage op basis van medische overwegingen geen oplossing meer biedt bij een tekort aan IC-bedden en er op basis van niet-medische criteria keuzes moeten worden gemaakt tussen patiënten die medisch gezien aan elkaar gelijk zijn.

In dit artikel bespreken we het in dit draaiboek opgenomen criterium dat voorrang geeft aan zorgmedewerkers. Is het gerechtvaardigd een onderscheid te maken op basis van iemands beroepsmatige werkzaamheden? We belichten deze principiële vraag vanuit juridisch perspectief, met tevens aandacht voor de ethische dimensie. Hiernaast komt de praktische hanteerbaarheid van dit voorrangscriterium aan de orde.

Eerst volgt een korte schets van de inhoud van het draaiboek en van het elementaire nationaal- en internationaalrechtelijke kader.

Uitgangspunten en aanbevelingen

Het draaiboek, dat voor zowel covid-19- als niet-covid-19-patiënten geldt, bevat 3 uitgangspunten: (1) ieder mens is gelijkwaardig; (2) er moeten zo veel mogelijk levens worden gered; en (3) de aanpak moet rechtvaardig zijn (gelijken gelijk en ongelijken ongelijk behandelen).

Deze 3 principes liggen ten grondslag aan de aanbevelingen die het draaiboek formuleert voor de triage in fase 3 stap C:

Voorrang voor patiënten die naar verwachting een relatief korte IC-opname nodig hebben.

Voorrang voor mensen die werkzaam zijn in de zorg indien zij beroepsmatig veelvuldig en risicovol contact met verschillende patiënten hebben gehad én werkzaam zijn in een zorgsector waarin een landelijke of regionale schaarste aan persoonlijke beschermingsmaterialen is vastgesteld.

Voorrang voor patiënten uit een eerdere generatie: 0-19 jaar, 20-39 jaar, 40-59 jaar, 60-79 jaar en 80 jaar en ouder.

Een procedure gebaseerd op loten.

Uitgangspunt is dat de behandeling van patiënten die al op de IC verblijven niet mag worden gestopt om een andere patiënt te kunnen opnemen.

Grond- en mensenrechten

Het criterium van voorrang voor zorgmedewerkers is niet los te zien van de grond- en mensenrechten, ook al is het criterium opgesteld door private partijen en niet door de overheid.

Van belang is met name artikel 1 van de Grondwet, waarin het recht op gelijke behandeling en een discriminatieverbod zijn opgenomen. In combinatie met artikel 22 van de Grondwet (recht op gezondheidszorg) impliceert dit een recht van burgers op gelijke toegang tot zorg. Hiernaast bevat artikel 11 van de Grondwet het recht op lichamelijke integriteit. Dit recht geeft uitdrukking aan het zelfbeschikkingsbeginsel: iedereen moet, binnen bepaalde grenzen, in vrijheid eigen keuzes kunnen maken, ook inzake geneeskundige zorg.

Op internationaal niveau is artikel 12 van het 'Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten' (IVESCR) een van de bepalingen inzake het recht van eenieder op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid. Net als de grondrechten werkt deze mensenrechtelijke bepaling door tot op de medische werkvloer.

Argumenten voor voorrang van zorgmedewerkers

Hoewel dus geldt dat mensen gelijkwaardig zijn, zullen er bij een capaciteitsprobleem keuzes gemaakt moeten worden.

Zorgmedewerkers krijgen op grond van het draaiboek in fase 3 stap C voorrang bij IC-opname wegens het feit dat zij bij hun werkzaamheden onvermijdelijk meer risico lopen op besmetting. Het *principe van wederkerigheid* impliceert dat de maatschappij dan ook meer verantwoordelijkheid heeft tegenover hen.³ Ook zou de wetenschap dat zij op de IC opgenomen worden als dat nodig is, kunnen bijdragen aan de bereidheid van zorgmedewerkers om het infectierisico te blijven lopen.⁴ Daarentegen speelt het *principe van medische utiliteit* geen rol, omdat na een IC-verblijf veelal een langere herstelperiode nodig is en dus niet te verwachten valt dat zorgmedewerkers hierna spoedig weer ingezet kunnen worden.

Ter vergelijking: ook bij het testen op covid-19 krijgen zorgmedewerkers – net als onderwijspersoneel – voorrang, maar in dat geval vanwege de maatschappelijke gevolgen die het heeft als ze hun werkzaamheden tijdelijk moeten staken.⁵ Bij de vaccinatie tegen covid-19 zien we dat de Gezondheidsraad in zijn advies van 19 november 2020 als grond voor voorrang aan groepen mensen het *utiliteitsprincipe* noemt, in de zin van: maximalisering van de gezondheidswinst voor de bevolking als geheel.⁶ Ook wordt gerefereerd aan het *principe van rechtvaardigheid*: mensen met een gelijke aanspraak op een goed – zoals een vaccin – moeten daar ook gelijke kans op krijgen. Dit komt overeen met de inhoud van het draaiboek.

De Gezondheidsraad hanteert met betrekking tot vaccinatie 3 strategieën: (1) verminderen van (ernstige) ziekte en sterfte door covid-19; (2) terugdringen van de verspreiding van het virus; en (3) voorkomen van maatschappelijke ontwrichting.

Net als in het advies van 24 december 2020 inzake het covid-19-vaccin van Pfizer-BioNTech adviseert de Gezondheidsraad om – overeenkomstig strategie 1 – voorrang te geven aan het verminderen van de ziektelast.⁷ Dat betekent: voorrang aan groepen die een verhoogd risico lopen, te weten ouderen van 60 jaar en ouder. Dit gaat ook de toestroom van covid-19-patiënten naar de ziekenhuizen tegen. In feite wordt hiermee dus ook strategie 3 gediend. Dit laatste geldt ook voor het advies om vervolgens voorrang te geven aan medewerkers in de langdurige zorg en voor de uiteindelijk door het kabinet gevolgde suggestie om het vaccin in te zetten voor medewerkers in de spoedeisende zorg en de IC-zorg.

Hoewel het draaiboek, het testen op en het vaccineren tegen het virus verschillende aspecten van het medisch handelen betreffen, is een duidelijke parallel dat ze alle 3 veel gewicht toekennen aan het behoud van voldoende zorgpersoneel (utiliteit, in ruime zin) en, mede in het perspectief daarvan, aan wederkerigheid. Wie goed doet, en daarbij extra risico wil blijven lopen, goed ontmoet.

Naar onze mening zijn deze argumenten voldoende overtuigend om daarmee, ook in het geval van het draaiboek, voorrang voor zorgmedewerkers te kunnen rechtvaardigen. Ze sluiten aan bij de kern van de problemen – de schaarste aan zorgmedewerkers en IC-bedden – en worden evident breed gedragen. Hier komt bij dat ze ook steun vinden in de medisch-ethische literatuur.⁴

In het voorgaande liggen tegelijk argumenten besloten om de kring van 'voorranggerechtigden' niet te verruimen tot beoefenaren van andere vitale beroepen, zoals politieagenten en brandweerpersoneel. In tegenstelling tot zorgmedewerkers lopen zij immers niet constant een hoger risico dan gebruikelijk is en dan hen bij de keuze van hun beroep voor ogen zal hebben gestaan. Ook is het van belang dat het probleem van een nijpende schaarste aan personeel zich toespitst op de gezondheidszorg en dat de maatschappelijke gevolgen zich dáár op de indringendste wijze doen voelen. Daarnaast geldt dat het ethisch en juridisch moeilijker zal worden de gemaakte keuzes te rechtvaardigen naarmate de kring van degenen die voorrang krijgen ruimer wordt getrokken. Waarom wel de politieagent en niet de ziekenhuisbeveiligers?

Juridische toelaatbaarheid

Maar is het juridisch wel toegestaan voorrang te geven aan zorgmedewerkers als het om een noodzakelijke IC-opname gaat?

Omdat de voorrang op niet-medische gronden berust, zijn hier het recht op gelijke behandeling uit artikel 1 van de Grondwet en artikel 2 van het IVESCR (in combinatie met artikel 22 van de Grondwet en artikel 12 van het IVESCR) relevant, maar deze regels

kunnen worden beperkt als daar een redelijke en objectieve rechtvaardiging voor is.⁹ In de praktijk gaat het om een afweging van belangen, zoals het individuele belang bij een IC-opname versus het algemene volksgezondheidsbelang om zo veel mogelijk levens te redden. Een beperking van een grond- en mensenrecht vereist echter wel een legitiem doel en moet noodzakelijk en proportioneel zijn. Verder moet er geen andere, minder zware weg zijn om het doel te bereiken (eis van subsidiariteit). Gelet op het feit dat de beschikbaarheid van zorgmedewerkers tijdens de covid-19-pandemie van groot belang is en maatschappelijke ontwrichting kan voorkomen, lijkt aan deze voorwaarden te zijn voldaan.

Voor een – op zich gerechtvaardigde – beperking van de genoemde rechten is volgens ons wel een wettelijke basis nodig. Er is immers sprake van een landelijke voorrangsregel waarvan niet kan worden afgeweken, met daarin een niet-medisch criterium dat het ‘normale’ medische handelen overstijgt. Dit bijzondere karakter weerspiegelt zich in de instemming die het draaiboek verkreeg van de IGJ, neergelegd in een brief van de IGJ aan de FMS en de KNMG. In deze brief bevestigt de IGJ dat ze het draaiboek beschouwt als een invulling van de norm van goede zorg zoals opgenomen in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).⁹ Deze steun van overheidszijde, die kennelijk al bewust gezocht was, is echter niet gelijk te stellen aan een democratische legitimatie. En die democratische legitimatie, in de vorm van een wettelijke bepaling, is naar onze mening vereist. Dat baseren wij op het geschetste grond- en mensenrechtenkader, met name het genoemde artikel 12 van het IVESCR. Dat artikel, en vooral de toelichting daarbij, duidt erop dat het niet of niet alleen aan artsen is om de prioriteringscriteria vast te stellen. Ook beschouwen wij de Wkkgz, met de norm van goede zorg, niet als een geschikte wet om bij aan te haken als het gaat om het regelen van voorrang op basis van niet-medische criteria.¹⁰ Een wettelijke bepaling als fundament voor het voorrangsprincipe zoals wij die voorstaan, zou bijvoorbeeld een plaats kunnen krijgen in de gelijkebehandelingswetgeving.¹¹

Praktische uitvoerbaarheid

Wat betreft de praktische uitvoerbaarheid van het voorrangscriterium voor IC-opname rijst de vraag of, vooral in spoedeisende situaties, wel kan worden bepaald of een zorgmedewerker voldoet aan de 2 gestelde voorwaarden: ten eerste dat deze veelvuldig en risicovol in contact kwam met verschillende patiënten en ten tweede dat deze werkzaam is in een zorgsector waarin persoonlijk beschermingsmateriaal schaars is.

De laatste voorwaarde is algemeen en kan niet op individueel niveau getoetst worden, maar dit neemt niet het risico weg van een gebrek aan relevante informatie bij het triageteam. Verder kan het beeld gecompliceerd worden door regionale verschillen en door het feit dat zorgmedewerkers soms op meer dan één locatie of in meer dan één zorgsector werken, bijvoorbeeld in de revalidatie- en de gehandicaptenzorg. Deze onduidelijkheden zijn ook juridisch gezien een bezwaar, vanuit het perspectief van beperking van grond- en mensenrechten.¹² Tegelijkertijd kunnen we ons afvragen of enkel het principe van wederkerigheid het voorrangscriterium kan rechtvaardigen als er, zoals nu, geen tekort meer is aan persoonlijke beschermingsmiddelen.

Dit brengt ons bij nog een ander aandachtspunt: dekt de voorwaarde van onvoldoende beschermingsmateriaal in de praktijk wel alle gevallen waarin de behoefte wordt gevoeld om voorrang te kunnen geven aan een zorgmedewerker? Een casus als voorbeeld: SEH-verpleegkundigen die hulp verlenen aan covid-19-patiënten hebben bij toepassing van het huidige criterium géén voorrang wanneer een motorisch onrustige patiënt hun beschermingsmateriaal aftrekt en zij daardoor zo ziek worden dat IC-opname nodig is. In zulke gevallen wordt namelijk niet voldaan aan de draaiboekvoorwaarde van werkzaamheden met een tekort aan persoonlijk beschermingsmateriaal. Bovendien mag het triageteam na landelijke afkondiging van fase 3 stap C niet van het draaiboek afwijken om hun collega voorrang te geven. Mogelijk kan het leeftijds criterium nog uitkomst bieden. Maar dat neemt het meer principiële punt niet weg dat ook een (sterk) verhoogde blootstelling buiten eigen toedoen een situatie vormt waarin de hiervoor besproken principes, zoals wederkerigheid, een voorrangpositie lijken te rechtvaardigen. Verder is het goed op te merken dat het adequaat gebruik van beschermingsmateriaal het besmettingsrisico niet tot nul reduceert. Dit alles geeft ons aanleiding om voor te stellen het voorrangscriterium aan te passen.

Tot slot de belangrijke vraag: wie zijn te kwalificeren als zorgmedewerkers? Het begrip ‘zorgmedewerker’ behoort in het draaiboek te worden omschreven. Voor het testen op covid-19 zijn lijsten opgesteld van zorgberoepen die voor voorrang in aanmerking komen.¹³ Het draaiboek zou aan een dergelijke afbakening een voorbeeld kunnen nemen.

Conclusie

De Federatie Medische Specialisten en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst hebben met het draaiboek ‘Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 stap C in de covid-19-pandemie’ belangrijk werk verricht. Het is goed dat er een document ligt dat triërende artsen houvast biedt. Het in het draaiboek opgenomen criterium dat voorrang geeft aan zorgmedewerkers bij opname op de IC is ethisch gezien voldoende overtuigend. Toepassing ervan blijft niettemin een beslissing die met veel tragiek is omringd.

Wenselijk is dat het draaiboek toelicht waarom niet óók een voorrangspostie wordt gegeven aan andere beoefenaren van vitale beroepen. Eveneens aandacht verdienen de praktische toepassing en de rechtvaardigheid van het voorrangscriterium, plus de naar ons oordeel noodzakelijke wettelijke fundering ervan. Wat betreft het aspect van rechtvaardigheid zou het draaiboek aangepast kunnen worden opdat zorgmedewerkers die momenteel covid-19-zorg verlenen in een situatie waarin geen sprake meer is van tekort aan persoonlijke beschermingsmaterialen, soms toch voorrang kunnen krijgen bij een IC-opname.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D5651
- Radboudumc, afd. Anesthesiologie, Pijn en Palliatieve Geneeskunde, Nijmegen: dr.mr. J.A.M. Bollen, aios anesthesiologie. Maastricht UMC+, afd. Intensive Care, Maastricht: prof.dr. W.N.K.A. van Mook, internist-intensivist. Universiteit Maastricht, afd. Gezondheidsrecht, Maastricht: mr.dr. M.M. ten Hoopen (tevens: wetenschappelijk medewerker bij Boels Zanders Advocaten, Maastricht)
- Contact: J.A.M. Bollen (jan@janbollen.be)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 14 januari 2021

Citeer als: *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2021;165:D5651

Literatuur

1. [Status draaiboek triage op basis van niet medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie.](#) Kamerstukken 2019-2020, 25.295, nr. 617.
2. Rijksoverheid. [Draaiboek triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de covid-19-pandemie. Versie 2.0.](#) November 2020.
3. [Rechtvaardige selectie bij een pandemie.](#) Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid. 2012. p. 19-24.
4. Ezekiel JE, Govind Persad JD, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382:2049-55. [doi:10.1056/NEJMsb2005114.](#) [Medline.](#)
5. Minister voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [Kamerbrief over tijdelijke aanpassing testbeleid covid-19.](#) 11 september 2020.
6. [Strategieën voor COVID-19-vaccinatie.](#) Gezondheidsraad, 19 november 2020.
7. [COVID-19-vaccinatie: BioNTech/Pfizer.](#) Gezondheidsraad, 24 december 2020.
8. Hoge Raad der Nederlanden 29 mei 1996, [ECLI:NL:HR:1996:AA1833](#) en latere rechtspraak.
9. [Brief van Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd aan Federatie van Medisch Specialisten inzake draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie.](#) 19 november 2020.
10. Buijsen M. De rechtvaardige verdeling van een schaars goed. *Letsel & Schade.* 2020:4.
11. Zie voorts artikel 4 IVESCR, dat inzake de mogelijkheid om o.a. het recht op gezondheid te beperken een evident strikte regeling bevat.
12. [Aandachtspunten bij het voorstel voor een Tijdelijke wet maatregelen covid-19. Spoedadvies.](#) College voor de rechten van de mens. 3 juni 2020. p. 6.
13. Rijksoverheid. [Lijst met zorgberoepen die in aanmerking komen voor prioriteitstesten.](#) 16 oktober 2020.