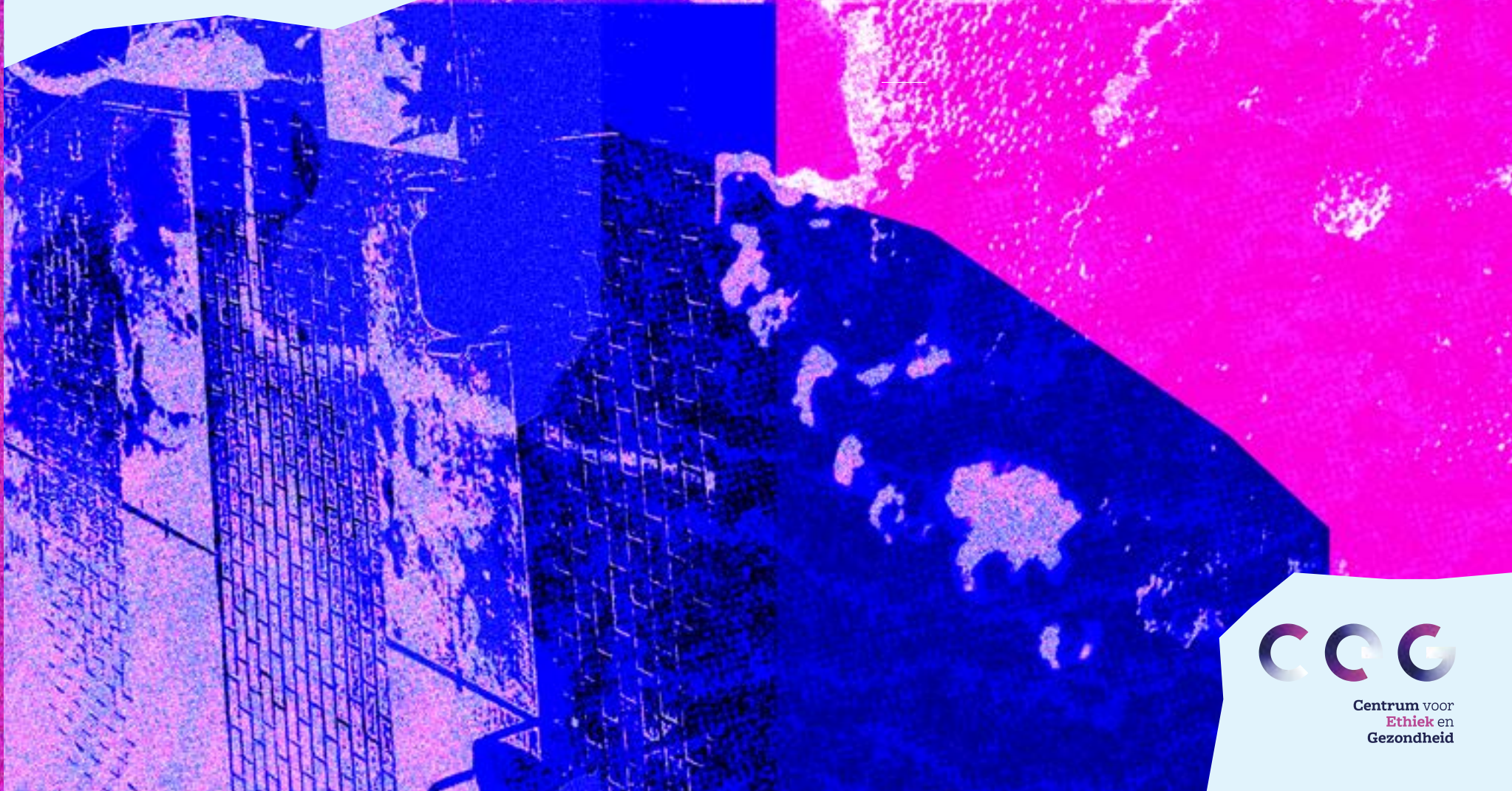


# LEVENS WEGEN

*Commentaar op twee draaiboeken*

Govert den Hartogh



Centrum voor  
**Ethiek** en  
Gezondheid

In het voorjaar van 2020 verspreidde het coronavirus zich snel. Even bestond toen de vrees dat het aantal IC-bedden (en verpleegkundigen met voldoende expertise) onvoldoende zou zijn om iedere COVID-19-patiënt die daarvoor in aanmerking kwam daadwerkelijk op de IC op te nemen. In allerlei zijn toen twee draaiboeken ontwikkeld waarin werd vastgelegd welke patiënten in zo'n noodsituatie voor opname geselecteerd zouden moeten worden.<sup>1</sup>

Het eerste draaiboek somt medische criteria voor selectie op, het tweede niet-medische. Het is de bedoeling dat op de niet-medische criteria pas een beroep wordt gedaan als we er met de medische niet uitkomen.

Gelukkig is het niet nodig geweest om metterdaad zulke beslissingen te nemen, zo wordt gezegd. Daar zijn vraagtekens bij te plaatsen. Gedurende de eerste golf is het aantal ziekenhuis- en IC-opnamen van patiënten die aan een andere ziekte dan COVID-19 leden dramatisch verminderd, ten dele doordat artsen en ziekenhuizen die patiënten niet opriepen, ten dele doordat zij zelf uit angst voor besmetting thuisbleven en er over die beslissing onvoldoende contact met hen is gezocht. Dit heeft tot veel gezondheidsschade geleid, waaronder een tot nu toe onbekend aantal dodelijke slachtoffers. De regering heeft er niet op aangedrongen om dit beleid te corrigeren, mogelijk een van de grootste fouten die tijdens de eerste golf gemaakt zijn. In beide draaiboeken wordt dan ook met klem gezegd dat het uitsluiten van patiënten op grond van de aard van hun aandoening een vorm van onaanvaardbare discriminatie is. En beide draaiboeken be-

treffen alle patiënten die voor IC-opname in aanmerking komen, niet alleen COVID-19-patiënten. Nu het aantal besmettingen weer sterk is toegenomen, is het van groot belang dat dit punt zo krachtig onderstreept is. Bij opnamen in het ziekenhuis vindt echter alweer verdringing plaats. Daar lijkt opnieuw het mechanisme te ontstaan dat COVID-19-patiënten altijd voorgaan.

In beide draaiboeken wordt de term 'triage' gebruikt, maar ik zal dat begrip vermijden. Het had oorspronkelijk betrekking op de keuze die na een militair treffen moest worden gemaakt van de gewonde soldaten die men in leven wilde houden, meestal vooral met het oog op hernieuwde militaire inzet. Maar de term is nu gangbaar geworden voor iedere keuze van een zorgpad voor een patiënt die zich met klachten meldt: afspraak met de huisarts of de assistent, een aspirientje slikken? Daarbij kunnen de kosten van de te verlenen zorg in overweging worden genomen en is het zelfs mogelijk dat het nut van een behandeling als te marginaal wordt beschouwd om, ook in normale tijden, de inzet van schaarse middelen te rechtvaardigen. Er wordt veel gerantsoeneerd onder het mom van vermindering van medisch zinloos handelen. Maar er blijft toch een verschil tussen dit alledaagse rantsoeneren en het uitsluiten van patiënten met een solide indicatie voor IC-opname. Het blijft afwachten of we daar de komende tijd aan zullen kunnen ontsnappen.

Ik zal in het eerste deel van dit essay (§ 1) een aantal kanttekeningen plaatsen bij de 'medische criteria' uit het eerste draaiboek. Hoofdpunten daarbij zijn de onduidelijke

rol die het begrip 'absolute schaarste' speelt in de fasering die dat draaiboek voorstelt en de betekenis die aan overwegingen van kwaliteit van leven wordt toegekend. Het tweede deel gaat over het tweede draaiboek. Ik begin in § 2.1 met een korte opmerking over de voorrang die dat draaiboek onder alle omstandigheden wil geven aan patiënten die al opgenomen zijn. Daarna richt ik mij op de hoofdzaak: het leeftijdscriterium. Ik bespreek eerst (§ 2.2) een argument dat het draaiboek niet gebruikt, maar dat in veel andere richtlijnen centraal staat: mensen met een langere levensverwachting hebben een groter belang bij overleving dan mensen met een kortere levensverwachting. Omdat jongere mensen in het algemeen een langere levensverwachting hebben dan oudere, gaan zij voor. Dit argument geeft mij aanleiding om dieper in te gaan op het belang dat de meeste mensen meestal hebben bij verder leven. Ik stel een alternatieve opvatting van dat belang voor, en suggereer vervolgens in § 2.3 dat die opvatting tot een meer plausibele verantwoording van het leeftijdscriterium leidt dan het draaiboek zelf biedt. In § 2.4 zal ik echter betogen dat daarbij toch enkele aannamen moeten worden gemaakt waarbij vraagtekens kunnen worden geplaatst. In de conclusie maak ik de balans op. Als er maar weinig selectiecriteria goed verdedigbaar zijn, moet onder ogen worden gezien dat we al snel in een situatie terecht komen waarin er niets anders opzit dan het lot te laten beslissen.

1. Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (2020). *Draaiboek Pandemie deel 1, versie 22.0*. (Eerste draaiboek), vastgesteld 22 mei 2020; KNMG, Federatie Medisch Specialisten en Artsenfederatie KNMG (2020). *Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie*. (Tweede draaiboek), gepubliceerd 16 juni 2020, herziene versie november 2020.



## 1. Het eerste draaiboek: medische criteria

In het eerste draaiboek worden allerlei stappen beschreven die moeten worden gezet als schaarste van IC-bedden dreigt, waarbij verschillende fasen van toenemende dreiging worden onderscheiden. Fase 3 (crisis, code rood) wordt omschreven als een situatie van (bijna) absolute schaarste.<sup>2</sup> Het begrip 'absolute schaarste' wordt nergens gedefinieerd, maar bedoeld is kennelijk een situatie waarin niet alle patiënten voor wie IC-opname geïndiceerd is ook kunnen worden opgenomen, ook niet als de maximaal bereikbare IC-capaciteit wordt ingezet. Kenmerkend voor fase 3 is dat naar onconventionele en mogelijk suboptimale middelen moet worden gegrepen om zo lang en zo veel mogelijk absolute schaarste te voorkomen: ruimten die niet voor IC zijn ingericht, bedden die niet aan de hoogste eisen voldoen, minder specialistisch geschoold personeel. Dat zal uiteraard een negatief effect hebben op de uitkomsten, dat voor lief moet worden genomen.

Fase 3 wordt weer onderverdeeld in drie subfasen: 3A, 3B en 3C. Het onderscheid is helaas niet volledig duidelijk en zelfs niet volledig consistent. Zo wordt soms van fase 3 als geheel gezegd dat die gekenmerkt wordt door absolute schaarste, soms alleen van fase 3C.<sup>3</sup>

Ik kom tot de volgende reconstructie. Fase 3A is de situatie waarin onconventionele middelen moeten worden ingezet, met mogelijk negatieve effecten voor de kwaliteit van de zorg, maar er nog net geen sprake is van absolute schaarste op

landelijk niveau. Het expliciete doel van het formuleren van toelatingscriteria is dan nog niet om patiënten uit te sluiten voor wie opname geïndiceerd is, maar om tot een landelijk uniforme bepaling van indicaties voor opname te komen. Anders zou een patiënt die van het ene ziekenhuis naar het andere moet worden verwezen, in dat tweede ziekenhuis buiten de boot kunnen vallen. Het effect van expliciete en uniforme criteria, toegepast in een situatie van dreigende absolute schaarste, zal wel zijn dat in gevallen van twijfel eerder het besluit wordt genomen om een patiënt niet op te nemen, maar de criteria zijn niet opgesteld om dat effect te realiseren. In fase 3B is het wel onvermijdelijk om patiënten uit te sluiten voor wie opname geïndiceerd is. Er is dan dus wel degelijk sprake van absolute schaarste, niet pas in fase 3C. De criteria van fase 3A worden dan aangescherpt en in één geval vergelijkend gebruikt. Als de absolute schaarste daarmee niet te verhelpen is, treedt fase 3C in, waarvoor kenmerkend is dat niet-medische selectiecriteria moeten worden toegepast.

Volgens een alternatieve lezing zijn de criteria die in fase 3A worden gebruikt al aangescherpt in vergelijking met de criteria die in normale tijden worden toegepast.<sup>4</sup> Dan is dus in fase 3A al sprake van absolute schaarste. Maar als je naar de criteria kijkt lijkt deze opvatting mij inherent niet zo plausibel. Dan zou in normale tijden iedere kans op overleven opname rechtvaardigen, ongeacht de verdere prognose.

De beslissing om essentiële zorg te rantsoeneren is altijd niet alleen dramatisch, maar ook complex, maar in deze situatie is die beslissing in één opzicht minder

2. Eerste draaiboek, p. 9.

3. Vgl. de passages in het Tweede Draaiboek (herziene versie) waarin het begrip 'absolute schaarste' wordt gebruikt: pag. 2, 4, 7, Figuur 2, 8, 11, 13, Bijlage 2. Eerste draaiboek sluit niet uit dat bepaalde behandelingen bij bepaalde indicaties niet meer beschikbaar zijn, kennelijk ook al niet in fase 3A. Bijvoorbeeld ECLS voor patiënten met multiple orgaanfalen. In zulke gevallen is er zeker sprake van absolute schaarste.

4. Deze lezing vindt meer steun in de herziene versie van het Tweede draaiboek dan in de tekst van juni. Zo is nu de passage geschrapt waarin betoogd werd dat toelating volgens de regel 'first come first serve' in een situatie van absolute schaarste onrechtvaardig zou zijn. Het draaiboek wil deze regel blijven hanteren zolang er geen vergelijkende criteria worden toegepast, dus zeker in fase 3A. Maar ook de herziene versie is in dit woordgebruik niet consequent.

complex dan normaal. In andere gevallen moeten meestal twee criteria tegen elkaar worden afgewogen: medische behoefte en verwacht medisch succes. Wie heeft de zorg het dringendst nodig en wie heeft de beste kans om er, bij gelijke inzet van middelen, van te profiteren? In dit geval is voor alle kandidaten opname op de IC een voorwaarde om te kunnen overleven. Ze hebben die opname dus even dringend nodig.<sup>5</sup>

Succes wordt in het eerste draaiboek uitgesplitst in twee criteria: een reële kans om te overleven, en een zekere minimale levensverwachting na overleven. Eigenlijk zijn dit toch onderdelen van één criterium. We kunnen immers niet echt van succes spreken als de patiënt één dag na ontslag van de IC overlijdt.<sup>6</sup> Wat als een reële overlevingskans geldt, wordt niet verder uitgelegd, maar voor verschillende categorieën patiënten wordt die kans omschreven als een mortaliteit van 90% of minder. Een minimale levensverwachting wordt voor enkele categorieën omschreven als een levensverwachting van minstens één jaar. We zullen er niet ver naast zitten als we stellen dat medisch succes betekent: een kans van minstens 10% om te overleven tot minstens een jaar na ontslag.

Wat telt is alleen de duur van het overleven, niet de toestand van de overlevende. Afhankelijk van de duur van het verblijf op de IC en de leeftijd van de patiënt heeft deze na ontslag een langdurige periode van revalidatie nodig. Velen zullen nooit volledig herstellen en bijvoorbeeld altijd aan een rolstoel gebonden blijven. Is het de moeite waard om één jaar te overleven als dat jaar in een inrichting moet worden

doorgebracht in een permanent en mogelijk uitzichtloos gevecht om herstel? Die beslissing wordt geheel aan de patiënt zelf overgelaten. Als argument daarvoor wordt genoemd dat het niet mogelijk is om in de hectiek die ontstaat als veel patiënten zich tegelijk melden, dieper op de prognose van de individuele patiënt in te gaan. Maar dat zal toch in zekere mate moeten gebeuren wil die patiënt over toestemming voor de behandeling een zinvolle beslissing kunnen nemen. En het onderzoek dat nodig is om zijn overlevingskans en levensverwachting te beoordelen, zal ook veel informatie geven over wat hem in de toekomst te wachten staat.

Op één punt lijkt de toekomstige kwaliteit van leven toch een eigen rol te spelen: bij psychogeriatrische patiënten wordt gevorderde neurodegeneratieve ziekte als uitsluitingscriterium gebruikt. Maar diep-demente patiënten zouden heel goed langer dan een jaar kunnen overleven. Mogelijk is dit criterium op zichzelf goed te verdedigen, zelfs als betrokkenen in een schriftelijke wilsverklaring hebben aangegeven iedere levensverlengende behandeling te wensen.<sup>7</sup> Dat is een discussie apart. Maar het is te betreuren dat dit kenmerk hier binnengesmokkeld wordt op een lijst die beoogt het criterium van 'lage waarschijnlijkheid om te overleven' te operationaliseren.

Waarom zijn dit nu allemaal 'medische criteria'? Het is duidelijk dat medische kennis nodig is om die criteria toe te passen, maar de medische wetenschap vertelt ons niet wat de doelen van de geneeskunde zijn. Over die doelen, en met name over bredere en smallere invullingen daar-

van, bestaat veel discussie, maar dat het voorkomen van een ontijdige dood tot de harde, onbetwistbare kern van die doelen behoort, staat vast. Maar niet iedere dood is ontijdig: dat hangt ook van de kwaliteit van het resterende leven af. Daarvoor had, evenals dat gedaan is voor overlevingskans en levensverwachting – en ongetwijfeld op een uiterst terughoudende manier – toch een ondergrens moeten zijn aangegeven. Nu wordt alleen op één punt gezegd dat "triage plaats vindt met inachtneming van kwaliteit van leven in aanvulling op overleven". Met dat zinnetje wordt opeens aan de individuele arts een beoordelingsruimte toegekend die het draaiboek als geheel juist beoogt zo veel mogelijk te beperken.

Zoals gezegd, worden in fase 3A nog geen patiënten uitgesloten van opname, omdat het aantal kandidaten te groot wordt. In fase 3B gebeurt dat wel. Daarom is, zoals gezegd, in die fase wel degelijk sprake van absolute schaarste. In deze fase worden nog steeds dezelfde 'medische criteria' gebruikt – overlevingskans en levensverwachting – maar dan in een aangescherpte vorm. Wat het meest opvalt is de zeer bescheiden schaal waarop dit gebeurt. Als het klopt dat de operationalisering van de overlevingskans in fase 3A zijn afgestemd op een mortaliteit van minder dan 90%, zou je verwachten dat dit percentage in deze fase verlaagd wordt tot minstens 80%, een uitsluitingscriterium dat in Engeland ook in standaardsituaties gebruikt wordt.

In deze fase wordt maar één prioriteringsnorm ingevoerd die vraagt om een vergelijkende toepassing: als patiënten meer dan 20% van elkaar verschillen in de kans op overleving met IC-behandeling, krijgt de

5. Verweij 2009. Maar deze stelling gaat niet op als we uitgaan van een breder begrip van de relevante behoeften, zie § 2.4.

6. Hoewel de kans op overleven tot na ontslag het criterium is dat internationaal in protocollen het meest algemeen aanvaard wordt, vaak meteen vergeleken gebruikt, White e.a. 2020.

7. Hoewel dit criterium in meerdere protocollen voorkomt is het internationaal natuurlijk zeer omstreven, vgl. Kim & Grady 2020.

patiënt met de meeste kans voorrang. Dit heeft kennelijk betrekking op de kans op overleving tot op het moment van ontslag van de IC. Het was logischer geweest een norm te formuleren voor de kans op overleven tot één jaar later.

## 2.1. Binnen is binnen?

In het draaiboek 'medische criteria' wordt gesteld dat alle criteria zijn afgeleid uit één leidend doel: zo veel mogelijk mensenlevens redden. Maar toepassing van de criteria in fase 3A draagt niet bij aan dat doel: als een patiënt van opname wordt uitgesloten, wordt het vrij blijvende bed niet altijd meteen door een andere patiënt bezet. Pas in fase 3B is dat mogelijk het geval.

Het doel om zo veel mogelijk levens te redden is binnen de ethiek bepaald niet onomstreden, maar het wordt in de Nederlandse samenleving breed aanvaard en door alle internationale richtlijnen onderschreven. Ik zal het daarom niet ter discussie stellen.<sup>8</sup>

Als de aantallen tellen, is het in een situatie van absolute schaarste een onontkoombare consequentie dat als we twee patiënten op de IC kunnen behandelen in dezelfde tijd als we nodig zouden hebben voor de behandeling van een derde patiënt, het tweetal voorgaat. "Zo veel mogelijk levens redden", heet het principiële uitgangspunt van de medische criteria in het eerste draaiboek te zijn. Dan is deze prioriteringsnorm ook een medisch criterium en staat die dus nu in het verkeerde draaiboek.

Maar stel dat de derde patiënt zich het eerst meldt, en wel op een moment dat er net even een bed voor hem beschikbaar is. En stel dat opname het voorspelbare gevolg heeft dat we later twee anderen moeten afwijzen. Beide draaiboeken zijn het er over eens dat die twee dan niet alsnog voorrang krijgen, ook al leidt dat per saldo tot minder geredde levens. Dat is natuurlijk niet omdat volgorde van aankomst enige

intrinsieke betekenis heeft voor de prioritering; in het tweede draaiboek wordt dat ook uitdrukkelijk ontkend. De reden moet wel zijn dat de opname zelf een morele betekenis heeft: patiënt en zorgverleners gaan daarmee een fiduciaire relatie aan waarbinnen de patiënt op de blijvende inzet van de zorgverleners mag rekenen, zelfs als hij in coma ligt en dus geen persoonlijke relatie met hen ontwikkelt.<sup>9</sup> Ik vraag mij af of dit argument in een noodsituatie werkelijk zo'n absoluut gewicht moet krijgen.<sup>10</sup> Omdat het ook niet is toegestaan om een bed te reserveren voor de kansrijkere patiënt die ieder ogenblik kan binnenkomen, wordt hiermee een sterk element van pure pech geïntroduceerd. Volgorde van aanmelding gaat dan een beslissende rol spelen, niet alleen om een keuze te maken tussen twee kandidaten met een gelijke claim, maar zelfs om de kandidaat met de betere papieren af te wijzen.<sup>11</sup> En volgorde van aanmelding wordt bepaald door voor de selectie irrelevante factoren zoals de afstand tot het ziekenhuis en de daadkracht van de huisarts. Het zou toch mogelijk moeten zijn om aan patiënten uit te leggen dat de beslissing tot opname een voorwaardelijke is en er omstandigheden kunnen intreden waaronder anderen alsnog voorgaan. Dan wordt daarmee geen vertrouwen geschonden dat de dokter die verantwoordelijk is voor het opnamebeleid heeft opgewekt. Het is natuurlijk een heel moeilijke boodschap om te brengen, maar dat is afwijzing ook, zolang de reden daarvoor niet wordt verzwegen.<sup>12</sup>

8. Zie voor een eerste indruk van deze discussie Govert den Hartogh, *De prijs van een leven, Bij Nader Inzien*, Filosofische webzine, 15 juli 2020, met verwijzing naar Taurek 1977.

9. Sommige artsen zien het terugtrekken van een ingezette en op zichzelf nog steeds zinvolle behandeling zelfs als een vorm van doden, vgl. daarover Emanuel e.a. 2020. Maar in alle richtlijnen over afzien van behandelen wordt benadrukt dat er geen principiële verschil bestaat tussen de beslissing een behandeling niet te beginnen en de beslissing daarmee op te houden.

10. In de bioethische literatuur is hierover een stevige discussie gaande, zie bijv. Peterson e.a. 2020. Inmiddels wordt heralocatie internationaal door veel protocollen toegestaan, White e.a. 2020.

11. Dit argument tegen de toepassing van volgorde van aanmelding als toelatingscriterium in een situatie van absolute schaarste is in de herziene versie van het Tweede draaiboek ten onrechte geschrapt.

12. De kwestie heeft intussen aan urgentie ingeboet door de sterk gereduceerde opnameduur bij COVID-19.

## 2.2. Individueel belang bij voortzetting van het leven

Een van de medische criteria voor een situatie waarin nog geen absolute schaarste is ingetreden, zo zagen we in § 1, heeft betrekking op de levensverwachting van de patiënt. Daarvoor wordt een minimum-grens gehanteerd die neer lijkt te komen op één jaar na ontslag van de IC. Een voor de hand liggende uitbreiding voor de situatie van absolute schaarste is om de patiënt met de langere levensverwachting te laten voorgaan. Die prioriteringsregel komt in de meeste internationale protocollen voor deze situatie voor.<sup>13</sup>

Dat levensverwachting in principe telt, ligt voor de hand. Voor de meeste mensen is de meeste tijd voortzetting van hun leven van fundamentele waarde, omdat het de voorwaarde is voor de verkrijging van alle andere dingen die voor hen persoonlijke waarde hebben.<sup>14</sup> Langer leven is dan, zo lijkt het, beter dan korter. Natuurlijk treedt een significant verschil niet meteen op microniveau op. Het tweede draaiboek maakt daarom alleen onderscheid tussen 'generaties' die een periode van 20 jaar beslaan. 0- tot 20-jarigen gaan voor 20- tot 40-jarigen, enzovoort.

Die ordening laat wel meteen een zwakte in de argumentatie zien. Volgens deze logica hebben minder-dan-0-jarigen minstens even veel te verliezen als 0-jarigen. Het is omstreden wanneer het bestaan van een identificeerbaar individu precies begint, maar in de meeste opvattingen toch voor de geboorte. En dit inzicht leidt dan tot het simpelste, maar ook sterkste argument tegen de morele aanvaardbaarheid van

abortus: in elk geval in een bepaalde fase van de zwangerschap pak je daarmee de foetus zijn hele toekomstige leven af.<sup>15</sup> En dat is gemiddeld meer dan je kunt afpakken van mensen die al geboren zijn.

Dit is niet de plaats om dit argument te evalueren. Ik noem het alleen, omdat er in elk geval één manier is om over de waarde van het leven te denken die deze consequentie vermijdt, die inherent plausibel is, maar die ook tot een andere ordening van levensfasen leidt dan het tweede draaiboek voorstelt. In deze opvatting moeten we de waarde van ons leven, en dus ook van voortzetting daarvan, niet zien als een optelsom van alle mogelijke momenten die op zichzelf waarde hebben. Een leven wordt daarentegen waardevol door de structuur die het heeft, door de lijnen die daarin ons verleden met onze toekomst verbinden.<sup>16</sup> Het realiseren van lange-termijnprojecten is zo'n lijn: een studie voltooien, iets maken van een baan of zelfs een carrière, het schrijven van een boek. De ontwikkeling van een relatie met een partner is zo'n lijn, of het opbouwen van een gezin. Maar wellicht is ook de ontwikkeling van je persoonlijkheid zo'n lijn, van de karakteristieke manier waarop je leert omgaan met de uitdagingen die het leven stelt. We hebben belang bij voortzetting van ons leven, omdat de dood de draden doorknipt waaruit het kleed van ons leven wordt geweven.

In het leven van een foetus of een pasgeborene zijn nog weinig van zulke draden te vinden. Misschien wel helemaal geen, omdat het daarvoor op z'n minst nodig zou zijn dat de foetus of de pasgeborene zich bewust is van zichzelf als een wezen

met een verleden en een toekomst. (Dat er van dat bewustzijn in een stadium van gevorderde dementie niet veel over is, is misschien een argument om gevorderde dementie als een uitsluitingscriterium te beschouwen.) Maar wellicht begint je levensgeschiedenis toch al als je daar zelf nog niet bij bent, omdat anderen al de eerste draden van je toekomst spinnen. Dat hoeven we nu niet te beslissen. We kunnen in elk geval vaststellen dat je in het begin van je leven nog zo weinig in je toekomst geïnvesteerd hebt dat je niet zo veel verliest als je dat leven verliest. In elk geval minder dan de gemiddelde 40-jarige met een gezin, een sociaal netwerk, een baan en een huis. Of met een minder conventionele levensstijl.

Als je ouder wordt, worden een aantal van de lijnen die je in je leven hebt getrokken vanzelf verbroken. Je verliest de fysieke en geestelijke capaciteiten die je in staat stellen om je beroep uit te oefenen of je hobby te beoefenen of dat boek te schrijven. Je verliest vaak ook je partner, de ene vriend na de andere, en het wordt moeilijker om nieuwe relaties aan te gaan. Het leven stelt je dan wel een nieuwe uitdaging: om te gaan met die verlieservaringen. De manier waarop je dat doet, kan zelf een nieuwe lijn in je leven trekken of een oude voortzetten die aan dat leven betekenis geeft. Voor de meeste ouderen lopen er nog genoeg lijnen door om in leven te willen blijven, maar het belang daarvan is niet meer wat het in een eerdere fase was. Daaraan zou je nog een normatieve overweging kunnen toevoegen: ouderen kunnen misschien nog wel allerlei nieuwe lijnen in hun leven gaan trekken, maar het is niet verstandig om dat te doen. Je moet geen dikke boeken meer

13. Maar bijv. niet in New York State Task Force 2015; en Deutscher Ethikrat 2020 (met verwijzing naar de menselijke waardigheid).

14. Of in elk geval verreweg de meeste dingen. Misschien kunnen er na je dood nog dingen gebeuren die de waarde van jouw leven voor jou beïnvloeden, maar dat is dan een toegift.

15. Marquis 1989; besproken in Boonin 2002, p. 56-85.

16. Velleman 1991, 2015, ch. 7.

willen schrijven als je 80 bent, daar komt alleen maar ellende van.<sup>17</sup>

In deze benadering ontwikkelt het belang bij voortzetting van het leven zich niet in de vorm van een neergaande helling, maar van een parabool. We zouden dan wellicht voorrang moeten geven aan mensen tussen pakweg 15 en 70 jaar boven jongeren of ouderen.<sup>18</sup>

### 2.3. Leeftijd

Het tweede draaiboek stelt niet levensverwachting als criterium voor, maar leeftijd. In het algemeen leidt toepassing van dat criterium tot dezelfde uitkomst, omdat jongeren nu eenmaal een langere levensverwachting hebben dan ouderen. De uitdrukkelijke reden waarom het draaiboek voor leeftijd kiest, is niet zozeer dat deze keuze tot andere uitkomsten leidt – daarover straks meer.<sup>19</sup> De reden ligt in de redenering die het draaiboek volgt om leeftijd van belang te achten voor prioritering.

Die redenering gaat niet uit van het doel om het verwachte nut te maximaliseren, maar van een beginsel van intergenerationale solidariteit. Alle mensen zouden in beginsel een gelijke claim hebben op een normaal levenspatroon van een leven dat alle gangbare levensfasen omvat: kind, jong volwassene, persoon van middelbare leeftijd, krasse knar, hoogbejaarde.<sup>20</sup> Natuurlijk is die claim niet een recht, net zo min als je een recht op gezondheid kunt hebben. We hebben het nu eenmaal niet in onze macht om zulke claims altijd te honoreren. De norm is dat we dat moeten doen

voor zover we het kunnen. En daarom zou iemand die een van deze fasen al op zijn palmares heeft staan, voorrang moeten geven aan wie dat nog niet heeft.

Als je die redenering aan mensen voorlegt, zal die op een zekere mate van sympathie kunnen rekenen. Het meest overtuigend zal het idee zijn dat er een bepaalde leeftijd is waarop je alles waar je een claim op had wel zo'n beetje gehad hebt. De rest is bonus, en je moet dan in een situatie van absolute schaarste met gratie wijken voor mensen die nog lang niet aan een normaal levenspatroon zijn toegekomen.<sup>21</sup>

Om dit argument te beoordelen is het goed om te focussen op de situaties waarin toepassing van levensverwachting en leeftijd als criteria wel tot verschillende resultaten leidt. Jongeren hebben in het algemeen een langere levensverwachting dan ouderen, maar niet altijd. Als gekozen wordt voor leeftijd, heeft een 40-jarige ook voorrang als zij, bijvoorbeeld door een aangeboren beperking of door ziekte, een even lange levensverwachting heeft als een 80-jarige. Ook dit is een conclusie die veel mensen zal aanspreken: levensverwachting discrimineert mensen met een levensbeperkende aandoening. Zij worden dubbel gepakt: eerst door de aandoening zelf en vervolgens door de uitsluiting die hen dat in een situatie van absolute schaarste oplevert. Leeftijd als selectiecriteria corrigeert levensverwachting voor mensen met comorbiditeit.<sup>22</sup> Het is opmerkelijk dat dit idee dat de laatste jaren heel prominent is in de internationale discussie over de rechten van mensen met een beperking, in het draaiboek ontbreekt. Het is internationaal het voornaamste motief om levens-

17. Callahan 1995.

18. Dat de curve aan het begin van het leven omhoog gaat wordt minder gemakkelijk aanvaard dan dat zij aan het eind van het leven daalt. Gelukkig vallen jonge kinderen nauwelijks binnen de risicogroep voor COVID-19.

19. In de eerste versie van het draaiboek stond dat jongeren voorgingen omdat ze een langer leven voor zich hebben. In de herziene versie is de reden dat "ouderen al meer levensjaren hebben genoten."

20. Life cycle principle, Emanuel & Wertheimer 2006.

21. Dit correspondeert op het oorspronkelijke 'fair innings' argument van John Harris, Harris 1985, 91-94. In de literatuur is dat uitgebreid tot de transitieve prioriteitsordening van generaties die het draaiboek bepleit, Daniels 1988; Williams 1997.

22. Ook als men het eens is met de opvatting in het draaiboek dat het niet aangaat mensen achter te stellen die door hun levensstijl verantwoordelijk zijn voor hun ziekte, vgl. de Beaufort 2020, blijft het een open vraag of rekening gehouden moet worden met leeftijd, als een kortere levensverwachting het gevolg is van die levensstijl.

verwachting als criterium door leeftijd te vervangen.<sup>23</sup>

Maar de consequenties van de keuze voor leeftijd gaan verder. Een 40-jarige met nog twee jaar te leven krijgt dan ook voorrang boven een 65-jarige die nog 25 jaar voor de boeg heeft. Ook als er ten gevolge van dezelfde aandoening door haar leven al weinig lijnen lopen die een open toekomst voor haar van groot belang maken. (Wat zeker niet automatisch het geval is.) Het is de vraag of we die consequentie ook acceptabel vinden. Voor het ontvangen van een donororgaan prioriteren we ook geen jongeren met een slechte prognose, ook al worden die daarmee ‘dubbel gepakt’.

In termen van de parabool-conceptie van de persoonlijke waarde van het (over-)leven die ik in § 2.2. schetste, zal die persoonlijke waarde van de volgende tien jaar voor een 40-jarige vaak relatief groot zijn, en als het voorspelbaar de laatste tien jaar van haar leven zijn, mogelijk alleen maar des te groter. Dat verklaart waarom wij sympathie hebben voor het idee dat de 40-jarige een streepje voor heeft. Dat die tien jaren een fase uit een normaal levenspatroon vertegenwoordigen, lijkt mij daarnaast geen overweging van zelfstandig belang. Als we vinden dat mensen die aan een bepaalde levensfase niet toekomen iets essentieels missen, gaan we er al van uit dat die fase voor hen het belang zou hebben dat het voor anderen heeft. Dan kunnen we beter rechtstreeks op dat belang terugrijpen.

## 2.4. Aarzelingen bij het leeftijds criterium

In § 1 heb ik opgemerkt dat als het gaat om levensreddende behandelingen, er geen verschil is in ‘medische behoefte’, alleen in de kans op ‘medisch succes’. Maar in bredere zin is er wel een verschil in het belang dat mensen zelfs bij een levensreddende behandeling hebben, en dat verschil is in grote lijnen gecorreleerd met leeftijd. Moet leeftijd, in heel grofmazige categorieën, daarom als een niet-medisch criterium meetellen?

Ook als we erkennen dat mensen niet allemaal een even groot belang hebben bij voortzetting van hun leven, volgt daar niet zonder meer uit dat we die belangen tegen elkaar kunnen afwegen. Daarmee zouden we in de befaamde woorden van John Rawls, “*the separateness of persons*” mogelijk niet voldoende serieus nemen.<sup>24</sup> Wij zijn niet alleen maar posten in een algemene boekhouding van wereldleed.<sup>25</sup> Ieder van ons heeft maar één leven te verliezen. Als de jongere aanvoert dat hij voorrang moet krijgen omdat hij meer verliest als hij zijn leven verliest, kan de oudere antwoorden: “Hoezo meer? Ik verlies, net als jij, alles. Als de persoonlijke waarde van jouw leven voor jou 9 is, en die van mijn leven voor mij 3, moet je niet zeggen dat jouw belang driemaal zo groot is als het mijne.” We moeten niet naar de sommen kijken, maar naar de producten. Dan is 9 net als 3 oneindig veel meer dan 0. Als ‘alles’ voor de een meer inhoudt dan voor de ander, is het verschil tussen alles en niets daarom nog even groot. Als iedereen telt voor één en niemand voor meer dan één, moeten we misschien een gelijke rang toekennen

aan wat iedereen boven aan zijn prioriteitenlijstje heeft staan. Maar zelfs als we in het algemeen wel rekening houden met het verschil in de schade die mensen lijden als hun een behandeling wordt onthouden, is er een goede reden om een uitzondering te maken als hun bestaan zelf op het spel staat. Dat is geen relatief, maar een absoluut verschil in schade: *to be or not to be*.<sup>26</sup>

Het inzicht dat het belang bij het leven varieert met de leeftijd, is bovendien alleen maar een statistische waarheid. Sommige mensen zullen tientallen jaren lang aan de voortzetting van hun leven slechts weinig waarde toekennen, terwijl voor anderen het bestaan pas op hoge leeftijd de moeite waard wordt. Zulke afwijkingen van de regel komen zo frequent voor dat het onrechtvaardig zou zijn om het leeftijds criterium zonder nader onderzoek op individuen toe te passen. Onderzoek naar de waarde van hun leven voor individuen is in fase 3B of 3C ondoenlijk. En, belangrijker nog, niet een taak die we aan artsen zouden willen toevertrouwen.

Kijk naar het strafrecht. Hoe ernstig we een misdrijf tegen het leven vinden, hangt van veel factoren af, maar niet van de leeftijd van het slachtoffer. Ook als die 100 jaar oud was en op de drempel van de dood stond, is dat geen reden om het misdrijf als minder ernstig te kwalificeren of zelfs maar strafverlichting te overwegen. Hier kunnen beide overwegingen die ik genoemd heb een rol spelen. In de eerste plaats een interpretatie van de fundamentele gelijkwaardigheid van alle morele subjecten die uitsluit dat hun belangen bij verder leven tegen elkaar worden afgewogen. Daarnaast het gegeven dat geen bijzonder

23. Zie voor een overzicht van deze problematiek Bickenbach 2016. Voor een kritische beoordeling van bestaande richtlijnen vanuit dit perspectief zie Manchanada, Sanky, Appel 2020.

24. Wat Rawls zelf overigens ook niet doet, vgl. volgende voetnoot.

25. Het draaiboek noemt hier als ‘onpartijdigheids-argument’ nog dat je achter een sluier van onwetendheid (Rawls) zou kiezen voor een zo groot mogelijke kans op een normale levenslengte en minder waarde zou hechten aan extra verlenging. Maar omdat je persoonlijke identiteit achter de sluier geen rol speelt, zou je er voor kiezen om de gemiddelde levensverwachting te maximaliseren, zoals Harsanyi 1955 al betoogde toen hij, onafhankelijk van Rawls, met het idee van de sluier aankwam, vgl. Den Hartogh 1991. Dit is dus geen argument voor het leeftijds criterium.

26. Op dit punt denk ik nu anders dan in het verleden, vgl. Den Hartogh 1988.



gezag toekomt aan de opvattingen van de staat, of van dokters, over de persoonlijke waarde van levens. Al niet op het niveau van een begrip van wat die waarde inhoudt (zie § 2.2), maar zeker niet op het niveau van toepassing van zo'n conceptie op individuele levens.



**Govert den Hartogh** is emeritus-hoogleraar Medische ethiek aan de Universiteit van Amsterdam, en lid van de CEG-Commissie.

## Conclusie

Bij de medische criteria merkte ik al op dat die maar in bescheiden mate gebruikt worden voor echte selectie, dus om patiënten uit te sluiten die in principe een indicatie voor opname zouden hebben, mogelijk pas in fase 3B. Als we bij de niet-medische criteria nu ook leeftijd zouden laten vallen, blijven er niet veel selectiecriteria over. Zoals het draaiboek vaststelt, vervalt ook de gewone reden om gezondheidswerkers in de frontlinie voorrang te geven, namelijk dat dit hun snelle terugkeer aan het front bevordert. Bij COVID-19 zal immers doorgaans na IC-opname een lange periode van rehabilitatie nodig zijn. Het draaiboek wil deze prioriteitsregel daarom beperken tot situaties waarin de betrokken gezondheidswerkers extra risico's lopen door een tekort aan beschermingsmiddelen. Zij worden daarmee gecompenseerd voor de grotere lasten die zij dragen. Dat lijkt niet onredelijk, maar ook deze regel zal maar een kleine bijdrage leveren aan de oplossing van het prioriteringsprobleem. De conclusie moet dan zijn dat als we patiënten moeten selecteren door de toepassing van vergelijkende criteria, we al snel in een situatie komen waarin alleen een zuivere toevalsprocedure tot een faire beslissing leidt. We kunnen dan alleen nog maar het lot laten beslissen.

Het is opmerkelijk hoe groot de weerstand tegen loten is, in de eerste plaats onder dokters. Het lot van mensen kan toch niet van pure willekeur afhangen? Dokters zeggen, of denken in elk geval, dan al gauw dat het nooit zover hoeft te komen, omdat er altijd wel een 'medisch verschil' tussen de kandidaten te vinden is.<sup>27</sup> Zeker, maar

de vraag is of dat ook een relevant verschil is, en of er dan geen andere verschillen tegen opwegen. Dat laatste te beoordelen zou onderzoekstijd vragen die niet beschikbaar is.<sup>28</sup> Maar juist een toelatingsbeleid dat belang toekent aan irrelevante verschillen komt neer op pure willekeur. Daarmee wordt alleen de illusie van een rechtvaardige procedure in stand gehouden, terwijl in feite onder die omstandigheden alleen loten discriminatie vermijdt. Het is niet voor niets dat het eerste draaiboek beoogt om het toepassingsbereik van de medische criteria uitputtend te beschrijven en het, op die ene problematische uitzondering met betrekking tot kwaliteit van leven na, aan artsen niet toestaat om daarnaast nog eigen afwegingen te maken. Dat in laatste instantie alleen een beslissing op basis van toeval gerechtvaardigd kan worden, wordt in de draaiboeken niet ontkend, maar slechts schoorvoetend toegegeven. "Het op toeval te laten aankomen is bijzonder pijnlijk." Maar dat het levenslot van mensen afhangt van pure pech is niets bijzonders, en is beter te verdragen dan dat het afhangt van een schijn van recht die onrecht verhult.

Ten slotte is het ook problematisch dat de vaststelling van niet-medische criteria die het verschil kunnen maken tussen leven en dood een zaak zou zijn van artsenorganisaties, ook al wordt hen ook in vele andere landen die verantwoordelijkheid toegekend. Men zou zelfs kunnen betogen dat er grondrechten in het geding zijn, en dat voor zulke criteria daarom eigenlijk een wettelijke basis nodig is.

27. Zie bijvoorbeeld Borst-Eilers 1988.

28. "In the face of time pressure and limited information, random selection is also preferable to trying to make finer-grained prognostic judgments within a group of roughly similar patients." Emanuel e.a. 2020.

## Referenties

- Beaufort, I. De (2020). 'Geef ongezonde patiënt niet de schuld.' In: *NRC*, 3 april 2020.
- Bickenbach, J. (2016). 'Disability and Health Care Rationing.' In: *Stanford Encyclopedia of Philosophy*.
- Boonin, D. (2002). *A Defense of Abortion*. Cambridge: University Press.
- Borst-Eilers, E. (1988). 'Kiezen tussen patiënten: onaanvaardbaar en onvermijdelijk?' In: *Wijsgerig Perspectief*, 28, 1987/8, p. 67-72.
- Callahan, D. (1995). *Setting Limits: Medical goals in an aging society*. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Deutscher Ethikrat (2020). *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise*. Berlin: Ad-hoc Empfehlungen, 27-3-2020.
- Daniels, N. (1988). *Am I my parents' keeper? An essay on justice between the young and the old*. New York: Oxford University Press.
- Emanuel, E., G. Persad, R. Upshur, et al. (2020). 'Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19.' In: *New England J of Med*, 182(21), p. 2049-2055.
- Emanuel, E., A. Wertheimer (2006). 'Who should get in luenza vaccine when not all can?' In: *Science*, 313, p. 854-855.
- Harris, J. (1985). *The Value of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Harsanyi, J.C. (1955). 'Cardinal Welfare, Individualistic Ethics, and Interpersonal Comparisons of Utility.' In: *J. Polit. Economy*, 63(4), p. 309-21.
- Hartogh, G. Den (1988). 'Levens wegen.' In: *Wijsgerig Perspectief*, 2, 1987/8, p.73-80.
- Hartogh, G. Den (1991). 'De Overbodigheid van de Begintoestand.' In: *Tijdschrift voor Filosofie*, 53, p. 264-310.
- Kim, S.Y.H. en C. Grady 2020. 'Ethics in the Time of COVID.' In: *Neurology*, 94, p. 1007-1008.
- Manchanada, E.C.C., C. Sanky, J.M. Appel (2020). 'Crisis standards of care in the USA: a systematic review and implications for equity amidst COVID-19.' In: *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 13, p. 1-13.
- Marquis, D. (1989). 'Why Abortion is Immoral.' In: *Journal of Philosophy*, 86, p. 183-202.
- New York State Task Force on Life and the Law, New York State Department of Health (2015). *Ventilator Allocation Guidelines*.
- Peterson, A., E.A. Largent, R. Hart et al. (2020) 'Ethics of reallocating ventilators ion the covid-19 pandemia.' In: *BMJ* 69, p. 369.
- Taurek, J. (1977). 'Should the numbers count?' In: *Philosophy and Public Affairs*, 6, p. 293-316.
- Velleman, J.D. (2015). Well-being and Time (1991), In: dez., *Beyond Price, Essays on Birth and Death*. Cambridge: Open Book Publishers.
- Verweij, M. (2009). 'Moral Principles for Allocating Scarce Medical Resources in an Influenza Pandemia.' In: *Bioethics Inquiry* 6, p. 159-169.
- White, D.B., M.H. Katz, J.M. Luce, et al. (2020). 'Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency.' *prepublication on the internet*.
- Williams, A. (1997). 'Intergenerational equity: an exploration of the fair innings argument.' *Health Economics*, 6, p. 117-132.