

**Verslag CEG debatbijeenkomst over rechtvaardige selectie bij een pandemie
Amsterdam, AMC 11 februari 2013**

Marjolein Lanzing

Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 - 340 50 60
Fax 070 - 340 75 75
E-mail mail@ceg.nl
URL www.ceg.nl



Doemscenario

Het doet enigszins sciencefictionachtig aan, een duister scenario van een virus dat zich razendsnel, wereldwijd verspreidt. Toch werd in 2009 met de 'Mexicaanse griep' duidelijk dat de kans op een pandemie aanwezig is. Al liep de uitbraak van dit influenzavirus met een sisser af; de gevolgen hadden groot kunnen zijn. Er is immers maar een beperkt aantal bedden beschikbaar en wanneer de vraag het aanbod overstijgt moet er een keuze gemaakt worden tussen patiënten; en wie kies je dan?

Datum
19 augustus 2013
Kenmerk
6108.2-025

Op de debatbijeenkomst in het AMC op 11 februari 2013 presenteerde het Centrum voor Ethiek en Gezondheid

(CEG) het signalement '*Rechtvaardige selectie bij een pandemie*' (2012). Met dit signalement wil het CEG de ethische kwesties van selectie van patiënten bij een pandemie uiteenzetten en de discussie rondom dit onderwerp op gang brengen. Het signalement is bedoeld als handreiking bij het zoeken naar rechtvaardige selectiecriteria in tijden van schaarste.

Rechtvaardigheid

Wat zijn nu precies rechtvaardige selectiecriteria? Dick Willems, hoogleraar medische ethiek en dagvoorzitter, legt uit dat er twee soorten rechtvaardigheid zijn te onderscheiden: verdelende en procedurele rechtvaardigheid. Verdelende rechtvaardigheid houdt in dat individuen en groepen als (on)gelijken moeten worden behandeld voor zover ze elkaars (on)gelijken zijn. Alleen een moreel relevant verschil rechtvaardigt dan ongelijke behandeling.

Een aantal mogelijke selectiecriteria komen ter sprake: het 'medisch criterium', 'maatschappelijk nut criterium' en 'jaren criterium'. Bijvoorbeeld, volgens het 'maatschappelijk nut' criterium krijgt iemand die een cruciale rol in de maatschappij vervult voorrang op behandeling. Al snel wordt duidelijk dat een

dergelijk criterium niet leidt tot rechtvaardige selectie. Immers, is de waarde van mensen wel te vertalen in maatschappelijk nut en hoe kun je het maatschappelijk nut van personen vergelijken? Zo wordt in het signalement criterium na criterium besproken. Consensus over selectiecriteria is moeilijk te bereiken.

Ligt het antwoord dan misschien in de procedurele rechtvaardigheid waar het voornamelijk draait om transparante en rechtvaardige procedures om protocollen te ontwikkelen? Tijdens een crisis is er geen tijd om afgewogen beslissingen te maken. Door te anticiperen en van tevoren met de bevolking een transparant protocol te ontwerpen, zal het vertrouwen en de bereidheid om mee te werken toenemen bij het publiek. Ook zal door de transparantie wellicht het besef van de grenzen van de gezondheidszorg en het recht daarop ontstaan bij de bevolking. Het is belangrijk om de verantwoordelijke partijen (overheid, medici en burgers) te betrekken. Zelfs als er een breed gedragen protocol ligt, valt het nog te bezien in hoeverre het de werkelijkheid van een pandemie benadert: sommige ontwikkelingen zijn niet te voorspellen en daarom zal het noodzakelijk blijven het protocol aan te passen tijdens de pandemie.

Schaarste op de Intensive Care

Bert Bos, hoofd Intensive Care (IC) kinderen in het Academisch Medisch Centrum (AMC), schetst het doemscenario van een pandemie. Op de piek van de pandemie zullen er meer dan 400 patiënten opgenomen moeten worden terwijl er maar 63 bedden beschikbaar zijn. Schaarste op de IC is dus een realiteit waar we ons op voor moeten bereiden. In de dagelijkse praktijk heeft Bos tot nu toe zeer zelden te maken met selectie bij schaarste. Een gebrek aan bedden wordt opgelost door andere ziekenhuizen in de regio aan te spreken. Ook Rik Gerritsen, intensivist Medisch Centrum Leeuwarden en voorzitter



Commissie Ethiek van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), heeft nog nooit een situatie van schaarste op de IC meegemaakt. In het geval dat het vangnet niet verder meer valt op te rekken, moet volgens hem de overheid verantwoordelijkheid nemen. Het probleem is dat er alleen wordt geoefend met rampen op lokaal niveau. Er ontbreekt landelijke coördinatie.

Zowel Bos als Gerritsen beamen dat in het geval van een pandemie de selectiecriteria zullen moeten worden aangepast vanwege een tekort aan bedden. In de dagelijkse praktijk onder normale omstandigheden wordt er op de IC 'soft' geselecteerd op basis van arts-patiënt contact. Deze relatie, die strookt met de eed van Hippocrates en inhoudt dat de arts belooft er alles aan te zullen doen om zij die er het slechtst aan toe zijn te helpen vanuit de gedachte van 'gelijke kansen voor allen', komt in tijden van schaarste onder druk te staan. In een situatie met hoge urgentie zullen medici misschien eerder utilistische criteria

moeten aanhouden waarin wordt gekeken naar wie de beste kansen heeft en hoe de bevolking zoveel mogelijk goed wordt gedaan, aldus Gerritsen. Maar Gerritsen erkent dat dit in de praktijk nogal wrange consequenties kan opleveren voor marginale groepen zoals gevangenen en verstandelijk gehandicapten. En wat betekent het uitsluiten van mensen voor de maatschappij op de lange termijn? Blijft discriminatie bestaan als de pandemie voorbij is? Al met al concludeert Gerritsen dat we harder moeten worden in een bijzondere situatie. We weten wat sociaal wenselijk is, maar als het er echt op aan komt moeten we ook de rechtvaardigheid van harde criteria kunnen uitleggen.

Oefening

Om te laten zien hoe complex het besluitvormingsproces rondom selectiecriteria is, laat Dick Willems enkele ethische dilemma's voorbijkomen. De complexiteit blijkt al meteen bij het derde dilemma waarin de deelnemers moeten kiezen tussen het behandelen van een moeder van 30 met een matige kans op verbetering en een vrijgezelle man van 30 met een gemiddelde kans op verbetering. Niet iedereen denkt hier hetzelfde over. Behandelen we alleen mensen als ze kans op verbetering hebben? Of spelen er ook nog andere criteria impliciet of expliciet een rol? Zou een moeder voorrang moeten krijgen boven de vrijgezel? Ook als haar kansen slechter zijn? Het laat zien hoe complex deze beslissingen zijn en hoe belangrijk het is om je keuzes te rechtvaardigen, dat medische criteria niet altijd voldoende zijn en dat ook artsen gewoon mensen zijn. Opmerkelijk is dat enkele deelnemers in de zaal aangeven dat deze keuze niet aan medici moet worden overgelaten, maar aan de politiek.



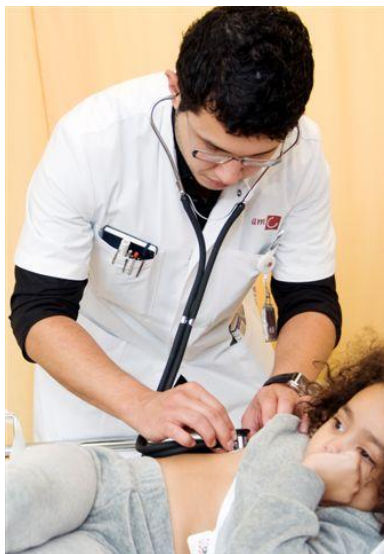
Discussie

In de discussie worden verschillende stellingen en vraagstukken besproken. Moet bijvoorbeeld het publiek meepraten over een selectieprotocol of is het beter als dat geheim wordt gehouden om onrust te voorkomen? Michael Kowalski, van het ministerie van Veiligheid en Justitie, is 'verbaasd over de suggestie dat vakmensen beslissingen moeten maken in het geheim'. Het publiek is immers de Kamer en zal daarom ook moeten oefenen met dit soort ethische dilemma's. Maar, klinkt het uit de zaal, zal zo'n discussie, bijvoorbeeld rond selectiecriteria als 'maatschappelijk nut', de maatschappij niet juist verdelen en verscherpen, terwijl er eigenlijk geen eenduidig antwoord bestaat? Een andere deelnemer suggereert dat dit een mogelijkheid is, maar dat er wel intuïties zijn die bepalend zijn voor selectie en dat daar wel aandacht voor moet zijn. We moeten achteraf kunnen vragen waarom iemand geholpen is. Samen argumenten op een rij zetten is dus belangrijk.

Op de vraag of ziekenhuizen tijdens een pandemie moeten stoppen met het behandelen van patiënten die reeds op de IC liggen maar niet voldoen aan de selectiecriteria die in het leven zijn geroepen tijdens de pandemie, antwoordt

Gerritsen dat er tijdens een crisis wel het een en ander zal veranderen. “Nu behandelen we soms nog tegen beter weten in een weekje door, terwijl we dat bij een crisis waarschijnlijk niet zouden doen”, zegt Gerritsen. “We zullen steeds weer door de bril van de slachtoffers die binnenkomen moeten kijken. Ook naar patiënten die er dus al liggen. Het kan dus voorkomen dat sommigen van de spoedeisende hulp worden afgehaald en andere zorg zullen krijgen dan de maximale zorg die ze nodig hebben. Dit komt nu ook al voor.” Maar, stelt een deelnemer, het zal niet zo zijn dat iemand die wel kans op overleven heeft ten gunste van iemand anders van de beademing wordt afgehaald. Deze uitspraak wordt bijgevallen door dokter Janssen van Doorn, van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, die opmerkt dat het behandel-relatiecriterium een extern criterium is in het Belgisch protocol: er worden geen patiënten van de IC afgehaald. Immers, de behandeling is al begonnen.

Tot slot schetst Willems nog een laatste situatie waarin het kind van de dienstdoende arts het ziekenhuis wordt binnengebracht. Mag je als arts dan je eigen kind eerst redden als er een ander kind staat te wachten dat evenveel kans op overleven heeft? Het blijft even stil onder de aanwezigen. Dan reageert iemand: “Niets menselijks is ons vreemd.” In principe hoort in zo’n geval een derde partij, zoals een speciaal aangesteld triageteam, de beslissing te nemen, maar bijna de gehele zaal twijfelt of dit in de praktijk werkt. Ten eerste vragen enkele deelnemers zich af of je dan het probleem niet slechts verplaatst. Immers, een lid van de triagecommissie kan ook oog in oog komen te staan met een familielid. Daarbij kun je je afvragen of de dienstdoende arts nog kan functioneren als een familielid in levensgevaar verkeert. Aan de andere kant, waar leg je de grens? Misschien accepteren we dat een arts zijn of haar eigen kind eerst behandelt, maar geldt dit ook voor een tante of neef?



Meerwaarde signalement

Het signalement heeft relevante argumenten op een rij gezet en brengt sommigen tot nieuwe inzichten. Vooral het onderscheid tussen procedurele en verdelende rechtvaardigheid heeft indruk gemaakt op Rik Gerritsen. Gerritsen is dankzij het signalement een voorstander geworden voor transparantie en publieke discussie. Een belangrijke kanteling van gezichtspunt. Bij de opstelling van het protocol was hij ervan overtuigd dat een discussie hierover niet in de openbaarheid gevoerd moest worden. Bert Bos is het hiermee eens, maar benadrukt dat dit signalement slechts een voorstudie is. Een concrete invulling ervan hangt af van het publiek. Dokter Karin Janssen van Doorn brengt onder de aandacht dat er in Vlaanderen sinds 2009 een uitgebreid draaiboek ligt. Zij geeft dat het jammer is dat er weinig communicatie over dit onderwerp tussen Nederland en België bestaat, zeker omdat een pandemie geen grenzen kent. Het zou zinvol zijn om selectiecriteria en protocollen synchroon te laten lopen.

Dick Willems concludeert dat het onderwerp mensen raakt. Het is duidelijk dat de zaal zich zorgen maakt over de coördinatie van pandemieprotocollen op nationaal niveau om nog maar te zwijgen over de manier waarop selectiecriteria tot stand moeten komen. In elk geval is het geen optie dit signalement in een la te laten liggen, daar maakt het stuk teveel voor los.