Corona-pandemie en het leeftijdscriterium[1]

Lieke van der Scheer

Kwetsbare ouderen worden vaker ernstig ziek van het Covid-19 virus en hebben dan ook kleinere overlevingskansen dan jongeren, zo is afgelopen maanden gebleken. Dat beïnvloedt in Nederland het opnamebeleid op de intensive care afdeling (IC). Moet bij absolute schaarste van IC-bedden ook het criterium 'kalenderleeftijd' een rol spelen bij de selectie van patiënten die worden toegelaten op de IC? Gaan we bijvoorbeeld naar een grens waarbij 70-plussers sowieso niet worden opgenomen?

Inleiding

Begin 2020 wordt duidelijk dat een nieuw virus dat elders in de wereld de kop opsteekt deze keer ook Europa hard zal raken. Terwijl Sars (2002-2003), Mexicaanse griep (2009-2011) en Mers (2012) in Europa niet tot crises leidden, realiseren overheden en gezondheidszorg zich in februari 2020 dat we aan de vooravond staan van een grote uitbraak van Covid-19. Op basis van informatie uit China en Italië weet men dat waarschijnlijk 6 tot 10 procent van de besmette mensen ernstig ziek zal worden. De meesten van hen zullen ventilatie-ondersteuning nodig hebben in een intensieve zorg-omgeving (IC). Omdat het een nieuw virus betreft waartegen niemand nog antistoffen heeft, kan er dus een enorm tekort aan IC-bedden ontstaan in Nederland en België.

Men vreest voor "Italiaanse toestanden": meer patiënten dan beademingstoestellen, patiënten op de gangen van ziekenhuizen, instortende gezondheidszorgmedewerkers. Deze vrees zet een enorme machinerie in werking: dat moeten we met man en macht proberen te voorkomen. Maar de dreiging van een zwart scenario is reëel: een situatie van een absoluut tekort aan IC-bedden, ondanks uiterste opschaling en aanscherping van medische selectiecriteria. Overal wordt nagedacht over richtlijnen die moeten helpen keuzes te maken, mocht er inderdaad absolute schaarste aan IC-bedden ontstaan (Belgische Vereniging voor intensieve geneeskunde, 2020; SIAARTI, 2020; Stuurgroep ethici in de zorg, 2020).

De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care reageerde met een actualisering van hun Draaiboek Pandemie, dat inmiddels aan versie 1.4 toe is (NVIC, 2020). Daarin wordt onder andere beschreven hoe men zal kiezen welke patiënten een IC-bed toegewezen krijgen en wie niet. Daarvoor zijn triage-criteria nodig. Ethisch gezien is dit een vraag naar rechtvaardigheid. Op grond van welke criteria moeten patiënten geselecteerd worden en hoe deze keuze te verantwoorden?

Eén van de geopperde selectiecriteria is leeftijd. Bij absolute schaarste krijgen patiënten vanaf een bepaalde kalenderleeftijd dan geen toegang meer tot intensieve zorg. Jongere gaan voor op oudere patiënten. Als het leeftijdscriterium wordt genoemd, haast men zich ten eerste te zeggen dat men hoopt dat het nooit zover zal komen dat we de keuze zullen moeten maken. En ten tweede dat leeftijd in het zwarte scenario op basis van het fair innings-argument de minst slechte kandidaat is. In dit artikel stel ik de vraag hoe een dergelijk besluit genomen kan worden en welke haken en ogen eraan zitten.

Lieke van der Scheer is als klinisch ethicus verbonden aan het Catharinaziekenhuis in Eindhoven. Daarnaast is zij filosofiedocent, auteur en columnist en lid van euthanasie- en toetsingscommissies.

"Op grond van welke criteria moeten patiënten geselecteerd worden en hoe deze keuze te verantwoorden?"

Selectie

Laten we eerst eens kijken hoe er onder normale omstandigheden beslist wordt of een patiënt op de IC thuishoort. In de 'Kwaliteitsstandaard organisatie van intensive care' vinden we de definitie van een IC patiënt: "Een patiënt met één of meer acuut bedreigde of verstoorde vitale functies, waarbij continue monitoring noodzakelijk is en behandeling van een in potentie omkeerbare aandoening kan leiden tot herstel van vitale functies" (Zorginstituut Nederland, 2016). Deze definitie geeft aan wie wél op de IC thuishoort. En ook wie niet. Want uit de definitie volgt dat de behandeling bedoeld is *ter overbrugging* totdat de vitale functies weer hersteld zijn. Als artsen inschatten dat dergelijk herstel niet haalbaar is, wordt IC-zorg als disproportioneel beschouwd en zullen ze die patiënt niet naar de IC laten gaan. In die zin is triage – selecteren van patiënten – onderdeel van de normale medische zorg.

Als er echter zoveel patiënten een IC plek nodig hebben dat de normale werkwijze niet voldoet, moet er worden overgeschakeld naar een ander-dan-normaal regiem. Onder normale omstandigheden beschouwt de medische professie het als rechtvaardig als de zorgbehoefte van het individu centraal staat. Bij grote schaarste verschuift dit naar de gezondheid van de algemene bevolking en de bevordering van het algemeen welzijn. Rechtvaardig is dan: wat goed is voor zoveel mogelijk patiënten (RVZ, 2012).

Voor zorgverleners is dit problematisch omdat ze hiervoor buiten de 'de moraal van het vak', moeten treden, buiten hun medische professionaliteit (Van der Scheer, 2016). Daarin zijn zowel medische kennis en vaardigheden als morele overwegingen en normatieve standpunten opgenomen. Het gaat daarbij onder andere om opvattingen over wie wel en geen medische zorg nodig heeft, welke behandeling medisch zinvol wordt geacht, wat wel en wat niet door medici besloten mag worden et cetera. Er bestaat in de medische praktijk altijd een voortdurende spanning tussen de professionele toepassing van de bestaande moraal van het vak enerzijds en de noodzaak om antwoorden te vinden op onvoorziene situaties en nieuwe ontwikkelingen anderzijds. Maar in de crisissituatie moeten ze de normale bandbreedte verlaten, schieten de normale professionele maatstaven tekort, geven ze niet voldoende houvast om de noodzakelijke keuzes te maken.

Dan treedt het Draaiboek Pandemie in werking. In het voorjaar van 2020 hebben we gezien hoe ziekenhuizen gingen opschalen. De NVIC Taskforce Acute Infectiologische Bedreigingen constateerde dat met 2400 IC bedden werkelijk het maximaal mogelijke bereikt zou zijn. Men vreesde dat zelfs dit aantal niet genoeg zou zijn om alle patiënten op te nemen die volgens medische criteria een IC-bed nodig zouden hebben (NVIC Taskforce, 2020).

In dat geval is het relevant om te kijken naar de drie 'blokken' waaruit crisiszorg bestaat. In blok 1 hanteert men nog altijd *medische* exclusiecriteria voor de IC. Namelijk: een lage waarschijnlijkheid om te overleven (minder dan 20 procent) en een korte levensverwachting (NVIC, 2020). In de Covid-19 crisis werden die verwachtingen aangescherpt op basis van wat inmiddels bekend was over het ziekte-verloop.

Indien dan nog steeds een te groot beroep wordt gedaan op de beschikbare capaciteit, geldt in blok 2 tevens een nieuw, *niet-medisch*, selectiecriterium: een leeftijd van 70 of hoger. Levert ook dat nog een te groot aanbod van patiënten op in verhouding tot het aantal bedden, dan komen we in blok 3, ook wel het zwarte scenario genoemd.

In het 'Draaiboek pandemie' wordt dus een kalenderleeftijd van ≥70 jaar als exclusiecriterium geïntroduceerd. Zo'n leeftijdscriterium is verre van vanzelfsprekend. In België wijst de Stuurgroep ethici in de zorg dit criterium – en alle andere discriminatoire criteria zonder medische evidentie of argumentatie - nadrukkelijk af (Stuurgroep ethici in de zorg, 2020). In Nederland nam de Tweede Kamer op 12 maart 2020 een motie aan waarin de regering wordt verzocht geen leeftijdsgrenzen te

hanteren maar iedere patiënt als individu te behandelen. De minister van VWS heeft inmiddels laten weten desnoods een spoedwet aan te nemen indien richtlijnen mochten vasthouden aan dergelijke leeftijdscriteria.

Dan wordt echter de vraag hoe er dan wél geselecteerd moet worden in het geval dat de IC echt overspoeld raakt. De NVIC heeft de KNMG gevraagd om daar invulling en ethische en juridische onderbouwing aan te geven (KNMG, 2020). Daar wordt nog aan gewerkt. Deze tekst werd begin april 2020 verwacht. Op het moment dat dit artikel geschreven werd (begin mei 2020), was dit scenario echter nog niet beschikbaar. Dit geeft waarschijnlijk aan hoe moeilijk het is tot een te rechtvaardigen keuze voor selectiecriteria te komen.

Leeftijd

Ondanks de uitspraak van de minister wordt het leeftijdscriterium wordt steeds weer genoemd en besproken door ethici die in de media om commentaar gevraagd wordt. Daarom is het van belang te bezien hoe leeftijd een rol zou kunnen spelen in de selectie tijdens crisiszorg gedurende een pandemie. En dan wordt bedoeld: de kalenderleeftijd van een patiënt, gebaseerd op het geboortejaar. Dat is dus iets anders dan de biologische leeftijd: de fysiologische conditie van de patiënt. Die laatste is medisch relevant, omdat ze samenhangt met de kans op slagen van de behandeling op de IC. Daarbij wordt met behulp van de frailty scale een inschatting van kwetsbaarheid gebruikt, die voor álle volwassenen (van alle leeftijden) geldt (NVIC, 2020).

Als in de fases voorafgaand aan en in blok 1 van crisiszorg wordt gesproken over leeftijd, heeft men de biologische leeftijd van een patiënt op het oog. Zo is in blok 1 als exclusiecriterium voor opname op de IC opgenomen: een hoge biologische leeftijd met daardoor een korte levensverwachting. Uitgangspunt is het (ingeschatte) grootste voordeel van een IC-behandeling (“incremental probability of survival”) (NVIC, 2020, p. 12). Striktere criteria zouden er wel toe kunnen leiden dat patiënten die onder normale omstandigheden wél opgenomen zouden zijn (al was het maar om ze het voordeel van de twijfel te geven en beslissingsspijt te voorkomen (Oerlemans et al., 2015)) nu niet toegelaten worden. Maar nog altijd worden overlevingskansen van de individuele patiënt beoordeeld.

Dat medisch criterium wordt losgelaten wanneer men een absolute kalenderleeftijd van 70 jaar of hoger als exclusiecriterium hanteert of kiest voor een relatief leeftijdscriterium, waarbij elke jongere patiënt voorgaat op een oudere patiënt. Dit zou overigens ook gelden als sociale status of medisch-nut als selectiecriterium gekozen zouden worden (RVZ, 2020).

Welke argumenten zijn er voor een leeftijdscriterium voor IC-opname?

Kalenderleeftijd wordt in het spel gebracht omdat het een selectiecriterium kan zijn om een absoluut schaarsteprobleem op de IC’s op te lossen. Een eerste voor de hand liggende vraag is dan: welke leeftijd als grens te hanteren? In de relevante documenten is nu sprake van 70 jaar. Waarom er voor die leeftijd gekozen wordt is onduidelijk. De levensverwachting in België en Nederland ligt veel hoger, laten we zeggen op ruim 80 jaar. Misschien dat er demografische redenen zijn om voor 70 jaar te kiezen. Het zou kunnen dat door mensen van 70 jaar en ouder niet tot de IC toe te laten, het schaarsteprobleem verkleint of verdwijnt. Met name bij Covid-19 is leeftijd een negatieve factor,[2] ouderen hebben vaker IC-zorg nodig dan jongeren die besmet raken. Ouderen uitsluiten zou dus inderdaad meer ruimte kunnen maken.

Maar zo’n leeftijdsgrens is te beschouwen als leeftijdsdiscriminatie: de enige reden waarom patiënten noodzakelijke en zinvolle zorg (daar gaan we nu van uit, anders valt de patiënt al eerder in de triage af) ontzegd wordt, is hun leeftijd. In het algemeen wordt leeftijdsdiscriminatie - op basis van allerlei verdragen, zoals de Universele verklaring van de rechten van de mens - afgewezen in onze maatschappij.

Verder is het de vraag hoeveel het kalenderleeftijdscriterium bijdraagt aan het terugdringen van de schaarste omdat ook al met het medische criterium van de hoge *biologische*

leeftijd en de daardoor een korte levensverwachting geselecteerd wordt.

Fair innings of leeftijdsdiscriminatie?

Harris verdedigt het leeftijdscriterium tegen het verwijt van leeftijdsdiscriminatie met het *fair innings*-argument. Dit gaat ervan uit dat elk mens in gelijke mate de mogelijkheid zou moeten hebben om alle levensfases te kunnen doormaken (Harris, 1990). Een jongere patiënt heeft, zo bezien, meer te verliezen dan een oudere, en krijgt derhalve bij gelijke overlevingskansen en een tekort aan IC-middelen, voorrang.

Dit is een intuïtief aantrekkelijk argument. Het voelt rechtvaardig; sommige ouderen zeggen zelf: "Natuurlijk, ik heb mijn leven geleefd, geef mijn plaats maar aan een jonger mens die het leven nog voor zich heeft." Het lijkt ook een simpel en eenduidig criterium. De jongere gaat voor de oudere.

Maar helpt het ook werkelijk als selectiecriterium om te kunnen kiezen welke patiënten wel of geen toegang te geven tot IC-zorg? Ja, het helpt. Maar alleen als het een keuze is tussen een duidelijk oude en een substantieel jongere patiënt (Harris, 1990). Het hele idee van de *fair innings* is namelijk gebaseerd op het idee dat er zoiets is als een normale levensduur. In het geval van twee patiënten met medisch gezien gelijke kansen, zou de jonge patiënt dus voor mogen gaan. Neem het voorbeeld van een jongere patiënt met respiratoire insufficiëntie en geen relevante comorbiditeit en een patiënt van 80 met respiratoire insufficiëntie zonder relevante comorbiditeit. De jongere heeft een veel hogere overlevingskans dan de oudere patiënt en zou op basis van de beste overlevingskansen toch al voor mogen gaan (biologisch leeftijdscriterium).

Kortom, in deze situatie van een substantieel leeftijdsverschil hebben we geen niet-medisch criterium nodig. En als dit niet-medische criterium niet tot andere conclusies leidt dan wanneer we louter medische criteria gebruiken, verdient het – omdat het artsen zijn die de selectie moeten uitvoeren - de voorkeur ons te beperken tot medische criteria.

Nu een ander voorbeeld: twee patiënten van respectievelijk 20 en 30 jaar, met allebei dezelfde medische kansen. Geen van beide patiënten heeft de kans gehad op *fair innings*. Laat je dan op grond van de kalenderleeftijd de patiënt van 20 voorgaan? Of neem twee patiënten van 52 en 53. Allebei dezelfde kans op overleven en allebei dezelfde kans op *innings* gehad.

Hier verliest het *fair innings*begrip zijn suggestie van rechtvaardigheid en werkzaamheid. Niks '*fair innings*', je selecteert feitelijk toch gewoon op kalenderleeftijd, dan ben je terug bij leeftijdsdiscriminatie (Harris, 1990).[3] Nu alleen versierd met een ethisch sausje.

> *"Beslissingen louter en alleen op basis van kalenderleeftijd worden over het algemeen snel als leeftijdsdiscriminatie gezien."*

Het relatieve leeftijdselectiecriterium is bovendien onpraktisch. Het vereist namelijk in ieder individueel geval een keuze tussen twee mensen. Telkens als zich een jongere patiënt aandient, moet een oudere patiënt de IC verlaten.[4]

Complexiteit en context

Er is nog een belangrijk aspect aan van de voorgestelde oplossing van het leeftijdscriterium op basis van *fair innings*. De eenvoud en aantrekkelijkheid zit 'm voornamelijk in de contextloosheid ervan. Daarmee is het vooral - of louter - interessant als gedachte-experiment. Het *fair-innings* leeftijdscriterium is geïsoleerd van elke geschiedenis, toekomst of omstandigheid. Terwijl iedere richtlijn juist een functie te vervullen heeft ín een context. Iedere richtlijn is opgesteld als antwoord op een probleem of vraag die zich in een bepaalde situatie voordoet. De vraag aan wie het laatste IC-bed moet worden toegekend is een onterechte simplificatie van het schaarste-keuzeprobleem. Dat doet zich niet in het luchtledige voor. Er is een gezondheidszorg die zich op een bepaald niveau bevindt, met zijn gegroeide moraal van het vak, er zijn wetgeving en internationale verdragen, parlementaire democratie, toenemende

kennis over het virus en over zijn verspreiding, publieke opinie, rijkdom, er zijn zorgverleners die zich verantwoordelijk voelen goede zorg te verlenen. En vooral: er zijn veel meer knoppen om aan te draaien en het schaarsteprobleem te benaderen dan louter de keuze tussen twee individuen. Er zijn kortom allerlei belangen, gegroeide praktijken, mogelijkheden en opvattingen. Hoe kan in zo'n complexe context een breed geaccepteerde richtlijn ontwikkeld worden? (Van der Scheer, 2018).

Rechtvaardige besluitvorming over niet-medische selectiecriteria?

In het signalement 'Rechtvaardige selectie bij een pandemie' wordt vastgesteld dat de medische wetenschap noodzakelijk is om afwegingen te maken ten aanzien van de verdeling van schaarse middelen, maar dat zij voor een rechtvaardige verdeling niet per se afdoende is (RVS, 2012). Nadat verschillende kandidaten voor selectie de revue zijn gepasseerd (maatschappelijk nut-criterium, medisch nut-criterium, jarencriterium, ziektebeeldcriterium, behandelrelatiecriterium) en daarnaast nog de first-come / first-serve-aanpak en loting, wordt geconcludeerd dat over selectiecriteria moeilijk consensus te bereiken valt, omdat geen enkele keuze evident beter is dan de andere (RVS, 2012).

Kortom, een leeftijdscriterium werkt misschien wel, maar een ethische rechtvaardiging ervoor ontbreekt. Dit is een belangrijke vaststelling die duidelijk maakt waarom, hoewel de selectie in een medische context plaatsvindt, het ongewenst is om medici dergelijke niet-medische criteria te laten opstellen en daar verantwoordelijk voor te laten zijn.

Als er dan toch exceptionele situaties zijn waarin we er toch toe over willen gaan, vereist dat een ingrijpend en waarschijnlijk moeizaam maatschappelijk en parlementair debat. We zien dat artsen om ethische en juridische rugdekking vragen en voorstellen dat de fase van crisiszorg pas in mag gaan nadat de minister er het sein voor heeft gegeven (NVIC, 2020; NVIC Taskforce, 2020; KNMG, 2020).

En dat is terecht. Immers, er wordt vanuit het medische domein overgegaan naar de vraag wat een rechtvaardige verdeling van middelen is en de beste keuze voor de maatschappij (Ter Meulen & Van den Burg, 1999, p. 149). We moeten ook niet vergeten dat de crisissituatie deels samenhangt met parlementaire processen ten aanzien van financiering en verdeling - bijvoorbeeld een kosteneffectieve organisatie - van de gezondheidszorg die tot het aantal beschikbare IC-bedden heeft geleid.[5] Maatschappelijk debat, democratische besluitvorming en een politieke beslissing bevordert draagvlak en voorkomen dat te eenzijdig gekeken wordt en belangrijke maatschappelijke consequenties gemist worden. In zo'n besluitvormingsproces worden allerlei afwegingen gemaakt betreffende verdelingsvraagstukken, financiering, organisatie van de zorg, etc.

> *"Een leeftijdscriterium werkt misschien wel, maar een ethische rechtvaardiging ervoor ontbreekt."*

Onbedoelde en onvoorziene effecten

Een belangrijke vraag is of een criterium toegevoegde waarde heeft. Bij een negatief antwoord moet je sowieso niet invoeren. Ook bij een positief antwoord moet je goed nadenken over mogelijke consequenties. Want ieder criterium, iedere keuze heeft gewenste en ongewenste, bedoelde en onbedoelde gevolgen. Het intervenieert in de loop der dingen. Elke nieuwe interventie is feitelijk een experiment. Daar moet goed over nagedacht worden en dat moet liefst ook op kleine schaal worden uitgeprobeerd. Vergelijk het met de ontwikkeling van een nieuw medicijn, daarbij hoort een heel ontwikkeltraject om de positieve effecten zo groot en de negatieve effecten zo klein mogelijk te laten zijn. Denk aan de niet-bezoekregeling in zorginstellingen met het doel kwetsbare mensen te beschermen tegen besmetting. Een goed bedoelde interventie, maar met onbedoelde en soms ongewenste gevolgen, zoals eenzaamheid en een verslechterende conditie van die kwetsbaren.

Het bedoelde gewenste effect van een leeftijds-criterium is in ons Corona-geval: verminderen van het te grote aanbod van patiënten voor de IC-schaarste. Behalve met de twijfelachtige werk-zaamheid en rechtvaardiging van het criterium, moeten we ook rekening houden met onbedoelde effecten.

Morele stress is een onbedoeld effect voor artsen en andere zorgverleners. In het onderzoek van Oerlemans et al. naar ethische problemen van zorgverleners bij opname en ontslag op de IC, wordt precies als eerste genoemd: een patiënt heeft intensieve zorg nodig, maar die zorg is niet direct beschikbaar of moet zelfs geweigerd worden (Oerlemans et al., 2015). Die morele stress treedt al op in normale omstandigheden, dus zonder dat er een crisis is.

Een patiënt weigeren, zonder aanzien des persoons - dus zonder te kijken naar de patiënt die je als zorgverlener voor je hebt – ligt nog verder buiten het professionele zelfbegrip van zorgverleners. In een interview vertelt Devisch dat hij leerde uit zijn werk over ethiek bij rampen dat hulpverleners – juist na afloop van de crisissituatie – veel last kunnen krijgen van de keuzes die ze gemaakt hebben. “Wat je ook kiest, het blijft altijd een last. Bij schaarste help je de een wel en de ander niet. (…) je zult achterblijven met het gevoel dat je tekort bent geschoten, dat je niet louter goed handelde.” (Van Rootselaar, 2020, p. 45).

Artsen vragen dus terecht om maatschappelijke rugdekking. Áls er al voor een niet-medisch criterium gekozen gaat worden, dan dient die keus maatschappelijk breed gedragen te worden en niet door artsen alleen gemaakt te worden. Devisch: “Het is belangrijk om te weten dat je keuze wordt gesteund door een groter frame van een samenleving.” (Van Rootselaar, 2020, p. 45). Bovendien moeten we als samenleving oog hebben voor die morele last waar hulpverleners onder kunnen lijden. Devisch pleit voor ethische debriefing (Devisch et al., 2016) en we zien dat de zorg voor de morele stress van hulpverleners in de ontwikkelde richtlijnen is opgenomen.

Er zijn ook onbedoelde effecten voor patiënten en cliënten. Ouderen kunnen zich in de steek gelaten voelen door de maatschappij. Sommige ouderen laten misschien graag een jongere voorgaan, maar dat geldt niet voor iedereen. Anderen zullen het gevoel krijgen: ‘mijn leven is het kennelijk niet waard om gered te worden.’ Dat is geen boodschap waar je zorgverleners eenvoudigweg mee kunt opzadelen.

Is er een andere manier mogelijk die tot het gewenste effect leidt?

Al met al zijn er veel negatieve aspecten aan het leeftijdscriterium. Is er een andere manier mogelijk die tot het gewenste effect leidt?

Ja, het grote verschil tussen een pandemie en een plotselinge natuurramp zoals een zware aardbeving, is dat je de crisissituatie enigszins kunt zien aankomen. Het is dan de opgave van een maatschappij als geheel om te voorkomen dat de crisis zich toespitst op een noodsituatie aan een bed. Omdat de pandemie lang aanhoudt, hebben we meer knoppen om aan te draaien dan een simpel leeftijdscriterium. We kunnen recht doen aan veel meer overwegingen.

Dat is ook wat we zowel in België als in Nederland hebben gezien. In ziekenhuizen is hard gewerkt om het aantal beschikbare IC-bedden op te schroeven om een grote piek in benodigde IC-bedden op te vangen. En dat is goed gelukt. Tegelijkertijd zijn er allerlei maatregelen getroffen om de pandemie in te dammen, we wassen handen, maar schudden ze niet, we houden afstand van elkaar, isoleren onszelf bij ziekte en respecteren zelfs een intelligente lock down. Al deze maatregelen hebben effect gehad. De gevreesde IC-piek heeft zich niet voorgedaan.

Verder werd Advance care planning (ACP) ingezet. Toen langzamerhand wat meer kennis beschikbaar kwam over het verloop van covid-19, bleek dat patiënten die ventilatie nodig hadden, lang – gemiddeld 23 dagen – op de IC verblijven. Dat heeft negatieve effecten op de conditie van de patiënt. Zeker voor kwetsbare (vaak oudere) mensen bleek het niet in hun belang om opgenomen te worden op de IC. Daarom werd een richtlijn opgesteld voor huisartsen en verpleeghuisartsen (FMS, 2020) om te gaan spreken met kwetsbare mensen in hun praktijk om hun verwachtingen te managen. Het

advies is: informeer ze over de aard van de ziekte en de behandeling en inventariseer hoe ze denken over ziekenhuis- en IC-opname. De uitkomst van dergelijke gesprekken is idealiter een gezamenlijke principe-beslissing over wat er met de patiënt gaat gebeuren mocht hij of zij getroffen worden.

> *"In ziekenhuizen is hard gewerkt om het aantal beschikbare IC-bedden op te schroeven om een grote piek in benodigde IC-bedden op te vangen."*

Zulk een interventie past binnen een arts-patiëntrelatie waarin de arts opkomt voor de belangen van de individuele patiënt. Voordeel is bovendien dat de kwestie op tijd besproken wordt, dus voordat een patiënt werkelijk ziek is.

Het bleek echter dat dit wel wat tact van de huisarts vereist. Anders krijg je het onbedoelde effect dat kwetsbare (vaak oudere) mensen soms – misschien ook door alle media-aandacht voor het leeftijdscriterium – toch de indruk kregen: omdat ik een bepaalde leeftijd heb, is er voor mij geen plaats op de IC. Of: ik moet plaatsmaken voor jonge mensen. Een telefoontje blijkt niet altijd genoeg voor goede ACP, die vereist echt wel meer (Sizoo & Verenso, 2017).

Conclusie

Een *biologisch* leeftijdscriterium wordt vrij standaard gebruikt bij triage en medische keuzes. Dan gaat het om de vraag: wat is de conditie van deze persoon en wat is voor hem of haar de meest geschikte behandeling? Het is een medisch criterium, dat helpt om beslissingen te nemen in een medische context.

De *kalender*leeftijd, simpelweg gebaseerd op iemands geboortedatum, speelt in de huidige medische praktijk momenteel nauwelijks een rol. Beslissingen louter en alleen op basis van kalenderleeftijd worden over het algemeen snel als leeftijdsdiscriminatie gezien.

Invoering van kalenderleeftijd als criterium, in geval van absolute schaarste aan medische voorzieningen, is geen medische beslissing, maar een maatschappelijke / politieke beslissing. Dat vraagt om democratische besluitvorming met een breed maatschappelijk draagvlak.

Het is echter sterk de vraag of de invoering van kalenderleeftijd als selectiecriterium bij toekenning van gebruik van medische voorzieningen nodig is. Ten eerste wordt bij triage al met de conditie en genezingskansen van elke patiënt (dus ook de oudere) rekening gehouden (op basis van de biologische leeftijd). Ten tweede zijn er – als het gaat om het oplossen van absolute schaarste aan voorzieningen - zoveel meer knoppen om aan te draaien dan alleen de leeftijd op het zorgpasje van de twee laatst binnengekomen patiënten. En ten derde lijkt de geboortedatum wel een eenvoudig en daarom aantrekkelijk criterium, maar kan het in de praktijk tot lastige en onhandige keuzes leiden, of onbedoelde effecten hebben.

Literatuur

Belgische Vereniging voor intensieve geneeskunde. (2020). *Ethische principes betreffende de gelijkwaardigheid van intensieve zorg tijdens de COVID-19-pandemie van 2020 in België: advies van de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde* (versie 26-3-2020). Geraadpleegd op 27-4-2020 van http://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID-19-ethical_final-vertaling_.pdf

Devisch, I., Vanheule, S., Deveugele, M., Nola, I., Civaner, M., & Pype, P. (2016). Victims of disaster: can ethical debriefings be of help to care for their suffering? *Medicine, Health Care and Philosophy*, *20*(2), 257–267. https://doi.org/10.1007/s11019-016-9742-1

Federatie Medisch Specialisten. (27-3-2020). *Leidraad triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19*. Geraadpleegd op 30-4-2020 van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/20200327_fms_leidraad_triage_thuisbehandeling_verwijzen_oudere_verdenking_covid19.pdf

Harris, J. (1990). *The value of life: An introduction to medical ethics*. London and New York, Groot Brittannië en USA: Routledge.

KNMG. (2020, 6 april). KNMG in gesprek over draaiboek Code Zwart [Persbericht]. Geraadpleegd van https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht-corona/knmg-in-gesprek-over-draaiboek-code-zwart.htm

NVIC Taskforce Acute Infectiologische Bedreigingen. (2 april 2020). *20200402 Noodbrief Taskforce NVIC*. Geraadpleegd op 27-4-2020 van https://nvic.nl/sites/nvic.nl/files/20200402%20noodbrief%20taskforce.pdf

Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC). (2020). *Draaiboek Pandemie. Deel 1*. Versie 1.4 met addendum van 3 april 2020. Geraadpleegd op 27-4-2020 van https://nvic.nl/sites/nvic.nl/files/200404%20Draaiboek%20Pandemie%20deel%201%20versie1.4.pdf

Oerlemans, A. J., van Sluisveld, N., van Leeuwen, E. S., Wollersheim, H., Dekkers, W. J., & Zegers, M. (2015). Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Medical Ethics*, *16*(1). https://doi.org/10.1186/s12910-015-0001-4

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2012). *Rechtvaardige selectie bij een pandemie* (Signalering Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) 2012/13). Geraadpleegd op 27-4-2020 van https://www.ceg.nl/documenten/signalementen/2012/12/13/rechtvaardige-selectie-bij-een-pandemie

SIAARTI. (2020). *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili* (versione 01, 6-3-2020). Geraadpleegd op 27-4-2020 van http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf

Sizoo, E., & Verenso. (2017, 10 juli). *Passende zorg door Advance Care Planning* [Presentatieslides]. Geraadpleegd op 27-4-2020 van https://www.slideshare.net/Waardigheid_en_trots/advanced-care-planning-tijdige-afspraken-rond-levenseinde-verenso

Stuurgroep ethici in de zorg. (2020). *Advies: opname op dienst intensieve zorgen in tijden van schaarste* (16-3–2020). Geraadpleegd op 27-4-2020 van https://www.emmaus.be/sites/default/files/2020-03/reflecties_triage_opname_op_dienst_intensieve_zorgen_in_tijden_van_schaarste.pdf

Ter Meulen, R., & Van den Burg, M. (1999). Evidence-based medicine en de solidariteit tussen de generaties. In J. J. M. Van Delden, C. M. P. M. Hertogh, & H. A. M. Manschot (Reds.), *Morele problemen in de ouderenzorg* (pp. 139–154). Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum.

Van Rootselaar, F. (2020). Ethiek biedt geen uitweg voor de tragiek op een ic. *Filosofie.nl*. (Geraadpleegd op 27-4-2020 van https://www.filosofie.nl

Van der Scheer, L. (2016). Ethische reflectie op de moraal van het vak. In E. van de Laar, H.

Rutten, & F. Smeenk (Reds.), *Toegewijde dokters. Waarom de niet-medische competenties geen bijzaak zijn* (pp. 229–241). Apeldoorn / Antwerpen, Nederland / België: Garant.

Van der Scheer, L. (2018). Over de empirische wending naar een kranige ethiek. *Podium voor Bio-ethiek*, *25*(2), 4–8. Geraadpleegd op 27-4-2020 van https://nvbioethiek.files.wordpress.com/2019/03/podium-18-2-ethiek-en-praktijk-anno-2018.pdf

Zorginstituut Nederland. (2016). *Kwaliteitsstandaard organisatie van intensive care*. Geraadpleegd op 27-4-2020 van https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2016/07/07/kwaliteitsstandaard-organisatie-van-intensive-care

Noten

[1] Dit artikel verscheen in: *Senior. Tijdschrift voor kwaliteitsvolle ouderenzorg*, *1*(2, april-juni), 3–10. https://gompel-svacina.eu/product/senior-jrg-1-nr-2/

[2] Het draaiboek pandemie is in principe bedoeld voor alle pandemieën, maar lezen we momenteel uiteraard in het licht van covid-19. Er zijn echter pandemieën waar andere bevolkingsgroepen kwetsbaar blijken. Zoals bijvoorbeeld bij de Spaanse en Mexicaanse griep het geval was, waar mensen in de leeftijdsgroep 20-40 jaar tot die kwetsbare groepen zullen behoren.

[3] "In cases where reasonable people differed or it seemed likely that they would differ as to whether people fell into one category or the other, then the anti-ageist argument would apply and the inescapable choice would have to be made arbitrarily." (Harris, 1990, p. 94)

[4] Nog los van het gegeven dat het ontslaan van patiënten waarmee je al en behandelrelatie bent aangegaan, zonder dat er medische redenen voor zijn, ethisch en juridisch minstens zo problematisch is als het leeftijdscriterium.

[5] Ter vergelijking: begin 2020 waren er in Duitsland in totaal zo'n 33,9 IC-bedden per 100.000 inwoners. Italië had er 12,5, Frankrijk 11,6, Spanje 9,7 en Nederland 8 IC-bedden per 100.000 inwoners. Eijsvogel, J. (2020, 31 maart). Zelfs Duitsland moet op Italiaanse toestanden zijn voorbereid. *NRC*. Geraadpleegd van https://www.nrc.nl België had 18 IC-bedden per 100.000 inwoners