

Heeft de premier meer recht op drie weken beademing dan, zeg, de timmerman? Is het leven van een jonge verpleegkundige meer of minder waard dan een bijna-gepensioneerde jurist? Over deze vragen heeft Martine de Vries, hoogleraar normatieve aspecten van de geneeskunde aan de Universiteit Leiden, artsenorganisatie KNMG en de Federatie van Medisch Specialisten geadviseerd. Hoe de keuzes uitvallen, kan ze nog niet zeggen. Maar ze heeft de wel opgeworpen, met drie andere ethici. „Het unieke”, zegt De Vries, „is dat het concreet dichterbij komt en niet bij theoretische exercities blijft.”

Het kabinet en de medische wereld proberen het scenario ten koste van alles te voorkomen: dat er een tekort aan IC-bedden ontstaat en er gekozen moet worden wie nog behandeling krijgt. Over zo'n „zwart scenario” wordt achter de schermen volop nagedacht, bevestigen betrokkenen.

Er liggen op dit moment ruim 1.200 Covid 19-patiënten op een intensive care in Nederland, naast de gebruikelijke vijf- à zeshonderd IC-patiënten (ongelukken, bloedvergiftiging, etc). Elke dag komen er Covid-patiënten bij en ze liggen er gemiddeld lang: twee tot vier weken. Normaal heeft Nederland maar 1.150 IC-bedden. Ziekenhuizen doen er nu alles aan om er nog 1.250 uit de grond te stampen (mèt geschikt personeel en apparatuur).

Maar meer dan 2.400 bedden is onhaalbaar, zegt de beroepsvereniging voor verpleegkundigen, V&VN. En de Taskforce Infectieuze Bedreigingen, van de intensivisten, schreef vrijdag: „Er is angst, omdat we nauwelijks meer de kwaliteit kunnen leveren die we gewend zijn. Er zijn zorgen, omdat we onvermijdelijk fouten gaan maken die patiënten schaden.”

Dus als er komende weken meer dan 600 Covid 19-patiënten bijkomen die naar de IC-moeten – de afgelopen twee weken kwamen er gemiddeld 100 per dag bij – en tegelijk weinig IC-bedden vrijkomen, belanden de Nederlandse ziekenhuizen in Fase Drie. Crisis.

„De overgang naar fase 3 vraagt om een landelijk besluit dat iedereen gelijktijdig overgaat naar de crisissituatie waarin triagemaatregelen in werking treden”, schrijft de Taskforce Infectieuze Bedreigingen.

Medische gronden

Eerst zullen artsen patiënten selecteren op medische gronden, zoals ze altijd doen. Dat heet Blok 1. Veel Covid 19-patiënten zijn te zwak voor het ziekenhuis, laat staan drie weken aan de beademing op de IC. Dit gaat om patiënten die heel oud zijn en in een verpleeghuis leven of al ernstig ziek zijn; uitbehandelde kankerpatiënten; hartpatiënten die een tweede hartinfarct krijgen of die in hun eentje een infarct krijgen waardoor niemand weet hoe lang geleden precies; patiënten met ernstige brandwonden (wier overlevingskansen maar 10 procent zijn).

De medische selectie kan nog strenger als het moet, schrijft de Taskforce. Dat heet Blok 2. Dan kijken ze naar de „klinische kwetsbaarheidsscore (onafhankelijk van leeftijd)”. „Bij onvoldoende capaciteit worden ook patiënten van 70 jaar of ouder niet meer opgenomen of behandeld op de IC.”

Ook, zo schrijft de Taskforce, kan een de opname van een patiënt „niet zonder meer herroepen worden”, maar dat kan wel bij „persisterend of toenemend orgaanfalen” van de patiënt. Dan moet „dagelijks bekeken worden of IC-behandeling nog zinvol is”. Dat die niet altijd zinvol is, blijkt uit de cijfers: er zijn nu al 231 Nederlandse Covid-19patiënten overleden op de IC.

Als dát allemaal nog te weinig bedden oplevert, „dan moeten we overgaan op zorgen voor de beste uitkomsten voor de maatschappij in plaats van zorgen voor de beste uitkomsten voor de individuele patiënt”. Dat heet Blok 3.

Dan selecteren artsen patiënten niet meer op medische gronden. Maar moeten ze kiezen op morele, niet-medische gronden. Tussen ongeveer-even-gezonde Covid-19-patiënten. Voor artsen is dit moeilijk: ze zijn opgeleid om iedereen te helpen. Hebben er de eed van Hipocrates voor afgelegd. Als ze noodgedwongen relatief gezonde patiënten moeten weigeren, dan willen ze rugdekking van de politiek. Los van hun gewetensbezwaren kunnen ze ruzie krijgen met naasten van een geweigerde patiënt, of zelfs rechtszaken.

Dus het kabinet, zeggen zij, moet de morele keuzes – wie wel, wie niet – afkondigen.

Het Centrum voor Gezondheid en Ethiek waarschuwde in een advies uit 2012 dat nadenken over selectie op de IC's tijdens een crisis problematisch is. „Tijdens een crisis is er geen tijd voor weloverwogen keuzen. Toch moeten er lastige keuzen worden gemaakt met schrijnende gevolgen. Daarom is het van groot belang om een protocol klaar te hebben liggen waarin ethische afwegingen voor rechtvaardige selectie van patiënten expliciet worden genoemd.”

Zo'n protocol ligt nu niet klaar. Betrokkenen bij het advies uit 2012 zeggen dat er nooit een officiële kabinetsreactie op is gekomen, omdat het een ongevraagd advies betrof.

En dus moest er de afgelopen dagen dus toch snel worden gehandeld. Het ministerie, artsenfederatie KNMG en de Inspectie voor de Gezondheidszorg keken daarbij naar elkaar, geven ze toe. „De harde realiteit is dat we al doende bezig zijn onbekend terrein te verkennen”, zegt een woordvoerder van de KNMG. Wie het protocol op welk moment naar buiten gaat brengen is nog niet duidelijk, maar het wordt in de loop van volgende week verwacht.

Ethica Martine de Vries licht wat opties toe die op tafel liggen. „Je hebt het first come, first serve-principe, waarbij degene die het eerst op de IC aankomt de behandeling krijgt. Een alternatief hiervoor is loten. Voor het 'toevalscriterium' geldt in elk geval dat iedereen gelijk is.”

Leeftijd kan ook een moreel criterium zijn. Als een fitte tachtiger medisch gezien evenveel goede kansen heeft om een IC-behandeling te overleven, is er wat voor te zeggen een dertiger voorrang te geven, zegt De Vries. „Een oudere heeft de kans gehad een bepaalde leeftijd te bereiken, terwijl een jonger iemand slechter af is omdat hij die levensjaren nog niet heeft gehad.”

Sociale status is een ander criterium. Maar met de vraag of de premier meer rechten heeft dan de timmerman, bestaat wel de „kans op een glijdende schaal”, zegt De Vries. „Waar leg je de grens? Ben je als moeder van vier kinderen maatschappelijk belangrijker dan een vrouw die geen kinderen heeft?”

Zorgmedewerkers voorrang geven is ook een vaak genoemde optie en niet zonder reden, vindt De Vries. „Deze mensen hebben de grootste kans om besmet te worden. Zij kunnen niet thuis gaan werken en anderhalve meter afstand houden.” Maar in het pandemie-draaiboek – dat niet perse voor Covid-19 is gemaakt – van de NVIC staat hierover: „Medewerkers dienen geen voorrang te krijgen op schaarse middelen.

Het is ook lastig om een werknemersgroep te identificeren die meer voorrang heeft op dergelijke zorg dan een andere groep.”

Welke niet-medische criteria je ook kiest, het belangrijkste is dat ze overal in Nederland hetzelfde zijn, zegt Martine de Vries. „Het mag nooit bij de individuele dokter liggen, ook niet bij een individueel ziekenhuis. Dan krijg je willekeur en gelden er straks in Brabant andere criteria om op de IC te komen dan in Groningen.”