

Geef jong en fit voorrang op de intensive care

Marcel Verweij is hoogleraar filosofie aan Wageningen Universiteit. **Roland Pierik** is universitair hoofddocent rechtsfilosofie aan de Universiteit van Amsterdam.

CORONACRISIS

Er moet zo snel mogelijk duidelijkheid komen over de verdeling van de intensivecarebedden.

Vooralsnog kunnen ziekenhuizen de stroom van coronapatiënten nog aan, maar wat als er schaarste aan ic-bedden en beademingsapparatuur gaat ontstaan? Dit zijn keuzesituaties, waaraan je in een crisis niet ontkomt. In een epidemie kan medische zorg niet louter gericht zijn op de individuele patiënt, maar komt volksgezondheid centraal te staan: wat is een verantwoorde inzet van schaarse middelen? Welke patiënt komt in aanmerking voor beademing als velen die nodig hebben?

Beleid hierover moet nu worden vastgesteld; we kunnen niet wachten totdat het probleem zich feitelijk voordoet. Wat wij voorstellen is in lijn met wat een recente richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care.

Ten eerste moet je de intensive care zo goed mogelijk benutten. Dat bete-

kent: voorrang voor patiënten van wie verwacht wordt dat ze zo snel mogelijk weer zijn opgeknapt. Vaak zullen dit mensen zijn met een tot voor kort goede conditie. Lastige medische inschattingen, maar intensivisten kunnen dit beoordelen. Op deze manier worden zo veel mogelijk levens gered en dat is wat je met ic-zorg beoogt.

Prioriteit

Ten tweede is het rechtvaardig om prioriteit te geven aan jongere patiënten, boven ouderen die al in hun laatste levensfase staan. Voor hen – zeg, twintigers – is overlijden een veel groter verlies dan voor mensen die vijftig jaar ouder zijn: ze hebben veel minder mogelijkheden gehad om hun leven te leven. Op deze manier wordt prioriteit gegeven aan patiënten die met hun leven het meest te verliezen hebben.

Daarnaast: de kans is klein dat een 80-jarige nog volledig herstelt van een periode aan de beademing, als je bedenkt dat een gezond mens hierna al moet revalideren. In de laatste levensfase is goede palliatieve zorg aangewezen: focus op comfort, verlichten van pijn, benauwdheid en angst.

Ten derde zal tijdens de ic-behandeling regelmatig moeten worden beoordeeld of het vooruitzicht van de patiënt voldoende is om de schaarse ic-zorg te rechtvaardigen. Zo wordt voorkomen dat andere patiënten met veel betere vooruitzichten niet worden behandeld. Dit voorstel is dramatisch want het betekent dat soms beademing wordt gestopt terwijl de patiënt

nog een (kleine) overlevingskans had. Maar het is noodzakelijk, willen we in een crisis de intensieve zorg beschikbaar houden en goed benutten.

Deze discussie moet nu gevoerd worden en niet pas op het moment dat de schaarste in alle hevigheid toeslaat. In de eerste plaats is niet kiezen ook een keuze. Nu geldt: wie eerst komt, eerst maalt. Dat is een eerlijke procedure in normale tijden, maar niet bij extreme schaarste. In crisissituaties betekent het namelijk dat je kansloos bent als je later in de rij aansluit. Dan is een loting nog rechtvaardiger.

Criteria

Daarnaast is er nu nog tijd om over het beleid te spreken, professioneel, maatschappelijk en politiek. Criteria moeten zo goed mogelijk worden gedragen. Daar hoort ook een discussie over leeftijdsgrenzen bij. Mogelijk blijken dan andere keuzen beter verdedigbaar. Door criteria nu te bespreken en vast te stellen zorgen we voor transparante besluitvorming. Het maakt voor iedereen duidelijk wanneer en hoe wordt geselecteerd en voorkomt dat irrelevante of onduidelijke overwegingen de dienst gaan uitmaken.

Maar het zullen tragische en confronterende keuzen blijven. Zelfs een op goede argumenten gebaseerd beleid betekent dat de ene persoon wel levensreddende medische zorg krijgt, en de andere niet. Vanzelfsprekend moeten we alles op alles stellen om extreme schaarste en overbelasting van zorgverleners te voorkomen.

