

Samenvatting CEG signalement 2012

HF 2 ETHISCHE ARGUMENTEN

Het niet verlenen van zorg aan patiënten op de intensive care zal in veel gevallen leiden tot de dood. Daarom zijn beslissingen tijdens een pandemie heel ingrijpend en is het van groot belang dat de verdeling van de schaarse middelen rechtvaardig gebeurt.

- Inhoud: Verdelende (of formele) rechtvaardigheid: bij toewijzing van zorg aan patiënten
 - o eerlijke verdeling van schaarse middelen: individuen en groepen worden gelijk behandeld voor zover ze elkaars gelijken zijn. Alleen een moreel relevant verschil rechtvaardigt dan ongelijke behandeling.
 - o Wie krijgt voorrang en op basis van welke criteria?
 - Egalitarisme → in normale situaties onderliggend principe, maar in tijden van schaarste kan dit leiden tot onnodig veel extra slachtoffers.
 - Verschuiving naar gezondheid algemene bevolking/bevordering algemeen welzijn:
 - Utilisme → zoveel mogelijk nut voor zoveel mogelijk mensen = red zoveel mogelijk levens
- Proces: Procedurele rechtvaardigheid: bij het opstellen van het selectiebeleid
 - o eerlijk en transparant beslissingsproces: inhoudelijk rechtvaardige protocollen
 - Theorieën combineren
 - Voorkomen van willekeur en minimaliseren van onrechtvaardigheid

HF3 VERDELENDE RECHTVAARDIGHEID

Mogelijke selectiecriteria

Medische criterium

Bezwaren tegen:

- Ook 'objectieve' medische criteria zijn vaak niet waarde vrij! Bijv. nu overlevingskans hangt bijv samen met BMI of wel of niet roken, maar die zijn deels sociaal bepaald (meer overgewicht en roken bij lagere SES).
- Een hele groep kan uitgesloten worden van zorg → opgevat als waardeoordeel, 'minderwaardige burgers', denk ook weer aan overgewicht en (in mindere mate) roken.
- Hellend vlak argument: groepen uitsluiten op basis van niet relevante medische criteria (bijv. verstandelijk gehandicapt).
- Maar: medische criteria zijn wel nodig
- 'Concluderend kan worden gesteld 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 afdoende is.' p. 22

Maatschappelijk nut criterium

Brede variant

Maatschappelijk nut (in toekomst of verleden of als vorm van wederkerigheid wederkerigheid: = verre van objectief: onmogelijk en onwenselijk om mensen op deze manier te vergelijken → subjectieve waardeoordelen.

Smalle variant

Vorrang voor mensen die de samenleving draaiende houden, waar iedereen voordeel van ondervindt → indirect voordeel voor de samenleving ('multiplier effect') = weinig richtinggevend, want kan van veel mensen gezegd worden. Daarnaast ligt 'vriendjespolitiek' op de loer bij degenen die de noodzakelijke mensen aan mogen wijzen.

Nog smallere variant: 'medisch nut-criterium'

Vorrang geven aan mensen die levens redden, maar niet heel relevant voor verdeling IC-bedden, want dan ben je vaak niet gauw weer inzetbaar. Klopt: dat zie je nu bij corona ook: als je eenmaal opgenomen bent, is er geen redelijke verwachting dat diegenen op redelijk korte termijn weer kan werken en dus levens kan redden.

Egalitaristische rechtvaardiging is dat zorgverleners die met zieken in contact komen, een grotere kans hebben om ziek te worden.

Praktische reden: als zorgverleners weten dat ze benodigde zorg zullen krijgen, zullen ze wellicht eerder gaan werken, ook al zijn ze angstig om besmet te worden.

Jarencriterium

'fair innings' = iedereen moet in zijn of haar leven evenveel gelijke mogelijkheden op zorg hebben (opportunities) → voorrang jongeren boven ouderen → discriminatie? Niet per se, omdat leeftijd

geldt voor iedereen en ook de jongeren van nu later minder voorrang zouden krijgen als ze ouder worden.

Fair innings doet geen recht aan wat het betekent om een leven te leiden en de waarde daarvan, het is onmogelijk om levensjaren te vergelijken. (Vind ik niet heel sterk: het gaat niet in de brede zin om levensjaren of wat voor leven iemand geleefd heeft, maar om hoeveel kans op zorg iemand heeft gehad, dat lijkt me een stuk objectiever.)

Andere mogelijkheid is meten van kwaliteit van leven ipv kwantiteit: QALY's → kan leiden tot leeftijdsdiscriminatie als discrimineren van gehandicapten. (Vind dat QALY's hier wel erg snel weggezet worden, want is toch wel één van de meer 'objectieve' manieren om te prioriteren?)

Ziektebeeldcriterium

Bijv. wel of geen corona: dit is echter niet rechtvaardig, want geen moreel relevant verschil: we moeten met zijn alleen de schaarse middelen delen, ongeacht welke onderliggende ziekte.

Behandelrelatiecriterium

Voorrang voor reeds opgenomen patiënten, ongeacht medische situatie (tenminste, dat is wat ik er uit opmaak): omdat artsen al een behandelrelatie hebben met reeds opgenomen patiënten met daaruit voortvloeiende verplichtingen tav het bieden van zorg. En als deze zorg gestopt wordt, wordt actief meegewerkt aan diens overlijden, terwijl als een patiënt niet opgenomen wordt, dit een passieve rol betekent bij overlijden. Hier tegenin gaat stuit vaak op weerstand, wat het algehele selectiebeleid zou kunnen ondermijnen.

Echter: reeds opgenomen en nieuwe patiënten moeten hetzelfde behandeld moeten worden: dus voor het staken of niet starten van een behandeling zouden dezelfde regels moeten gelden. Dus vanuit 'red zoveel mogelijk levens' zou iemand van de beademing afgehaald kunnen worden, ook als deze patiënt weer zou kunnen genezen. Daarbij, als behandelingen nooit mogen gestaakt, vergroot de schaarste en dat benadeelt mensen die later ziek zijn geworden (wat geen moreel relevant criterium is? Of juist wel: wie het eerst komt wie het eerst maalt, zie hieronder).

Strategieën niet op basis van selectiecriteria

Selectiestrategie zonder inhoudelijke criteria: geen intermenselijke vergelijkingen en waardeoordelen.

First in, first served

Is alleen eerlijk (vanuit egalitairistisch perspectief) als iedereen gelijke kans heeft om bij de eerste patiënten te horen en dat is niet altijd zo (bijv. verschil in toegang tot media of transport). Biedt bovendien geen mogelijkheid om een meer inhoudelijke rechtvaardige verdeling te maken (maar dat lijkt me inherent aan dit type criteria). En niet maximaal aantal levens gered (utilisme).

Loting

Lijkt op bovenstaande, maar biedt mogelijkheid om bepaalde groepen met prioriteit meer loten te geven. En benadeelt geen mensen die minder toegang hebben tot media of transport. Maar ook hier niet maximaal aantal levens gered en praktisch onuitvoerbaar (alleen als er na triage een niet al te grote homogene groep over is, zou het uitkomst kunnen bieden).

Conclusie

De conclusie is dat consensus over selectiecriteria moeilijk te bereiken is. De ene keuze is immers niet vanzelfsprekend beter dan een andere. Daarmee wordt het extra belangrijk dat het proces van besluitvorming rechtvaardig verloopt → procedurele rechtvaardigheid.

HF 4 PROCEDURELE RECHTVAARDIGHEID

Belangrijk om een protocol klaar te hebben liggen, want bij ad hoc keuzes ligt willekeur op de loer (dus: ook al is dit niet gebeurd, wel heel goed dat er nu aan een protocol gewerkt wordt!).

Centers for Disease Control and Prevention (VS) ethische richtlijn pandemieplanning, met voorwaarden voor een 'ideaal rechtvaardig proces':

- zorg voor consistentie in de toepassing van standaarden zowel met betrekking tot mensen als in de loop van de tijd (gelijke behandeling van gelijke gevallen)
- benoem besluitvormers die onpartijdig en neutraal zijn
- zorg dat mensen op wie de beslissingen van invloed zijn een stem in het kapittel hebben, zodat zij vooraf kunnen instemmen met de procedures
- behandel hen met respect en waardigheid
- beslissingen moeten voldoende beargumenteerd zijn en gebaseerd zijn op accurate informatie
- heldere en transparante communicatie en processen zijn van belang, zonder dubbele agenda's

- bouw mogelijkheden in om procedures te herzien op basis van nieuwe informatie, waaronder de mogelijkheid om bezwaar te maken
- ontwerp duurzame en uitvoerbare procedures

'Openbaarheid protocol' en 'verantwoordelijke partijen' worden verder toegelicht.

Openbaarheid van het protocol

Openbaar maken (transparantie) getuigt van respect voor betrokkenen. Gaat om het openbaar maken van argumentatie die heeft geleid tot de verschillende keuzen en uitleggen wat de waarden en principes zijn die de keuzen rechtvaardigen.

Andere voorwaarde is betrekken van publiek bij opstellen protocol: essentieel voor vertrouwen en medewerking. Voorbeeld: voorrang voor politici, wordt niet breed gesteund, dus belangrijk om uit te kunnen leggen dat dit is om samenleving draaiende te houden en niet vanwege vriendjespolitiek → democratische legitimiteit.

Door transparantie kan ook besef ontstaan dat er grenzen zijn aan gezondheidszorg en zijn burgers aan te spreken op hun verantwoordelijkheden, mit goed geïnformeerd.

En mensen kunnen actief het risico op verspreiding van de pandemie minimaliseren door hygiënevoorschriften in acht te nemen. Mogelijk beperkt dit op termijn de negatieve gevolgen van de pandemie. (NB: zien we nu heel duidelijk!).

Argument tegen openbaarheid: kan commotie opleveren, die onnodig blijkt als het wel meevalt. En onrust kan opstellen protocol bemoeilijken. Zijn geen geldige argumenten. Bovendien, onrust kan ook optreden met gebrek aan transparantie (en dan ben je verder van huis zou ik zeggen).

Verantwoordelijke partijen

Besluitvormers

Wie is eindverantwoordelijk voor het afkondigen van de noodsituatie ('code rood')?

Algemene richtlijnen, voor schaarste op IC door beroepsgroep, maar beslissing over aanpassing daarvan (en opstellen van nationaal protocol) moet worden gedaan op hoogste niveau (Dit spreekt naar mijn idee ook voor ons huidige initiatief vanuit Ethiek).

Burgers moeten vertrouwen hebben dat beslissingen worden genomen in hun belang.

Uitvoerders

Dit betreft zorgverleners, belangrijk om ook deze groep te betrekken bij opstellen protocollen, zeker aangezien van hen gevraagd wordt extra risico te lopen.

Belangrijk dat de protocollen voor hen rechtvaardig voelen, om moral distress te voorkomen. Zij kunnen ook bang zijn om beschuldigd te worden na afloop van de crisis, over de gemaakte keuzes.

Partijdigheid versus onpartijdigheid: Protocollen dienen rechtvaardig te zijn en dus onpartijdig, maar wat geldt dan voor bijzondere relaties, bijv familie van arts of patiënt met reeds bestaande behandelrelatie (en dus zorgplicht). Als gelijke gevallen → mag je dan voorrang geven aan eigen kind of patiënt? Om dit te vermijden, zou je triage officers moeten hebben, die 'blind' selecteren. (Dat lijkt me sowieso handig, dat er onderscheid is tussen artsen die selecteren en artsen die behandelen).

Publiek

Burgers in het algemeen: verantwoordelijk om open te stellen voor informatie en actief mee te doen aan besluitvormingsproces. En onderkennen van noodzaak protocollen en de rechtvaardige procedures die eruit voortvloeien. Behoeft aan vrijwilligers om samenleving draaiende te houden. En hygiënemaatregelen te volgen.

Pandemie en chaos

Allerlei redenen voor onrust en chaos: 'Kass ea. betogen zelfs dat de secundaire effecten van de pandemie op de maatschappij nog wel ernstiger kunnen zijn dan de sterfte en morbiditeit als gevolg van de pandemie.' (!!)

CONCLUSIES

Aangezien eenduidigheid over een rechtvaardige verdeling (verdelende rechtvaardigheid) niet gemakkelijk te bereiken is, komt er des te meer nadruk te liggen op de procedurele rechtvaardigheid. Procedurele rechtvaardigheid betekent dat er voor het opstellen van inhoudelijk rechtvaardige protocollen een eerlijk beslissingsproces nodig is dat tot stand komt in een open en transparant overleg tussen alle betrokken partijen.