

'Wie beslist om ernstig zieken in een woonzorgcentrum te laten?'



Frank Roels

Emeritus gewoon hoogleraar fac. Geneeskunde en
Gezondheidswetenschappen UGent

"Er was in ons land nooit een tekort in de ziekenhuizen. Toch hebben velen gesproken over 'pijnlijke keuzes' die ze dagelijks moeten maken, over het 'verschrikkelijke ethische dilemma' (1), en over de 'triagerichtlijnen' die desnoods voor de rechtbank kunnen uitgespeeld worden (2)", schrijft em. gewoon hoogleraar Frank Roels.



© belga

Op 20 maart jl. schreef ik onderstaand opiniestuk (zie kader). Na het verschijnen evolueerde de toestand snel. Iets meer dan een maand later, daalt het aantal overlijdens in de ziekenhuizen langzaam, maar honderden sterven in de woonzorgcentra e.a. Uiteraard zijn wzc geen ziekenhuizen, en beschikken ze niet over het gespecialiseerd personeel, uitrusting, apparatuur en gescheiden ruimten die ziekenhuizen wel hebben.

Bovendien hebben de ziekenhuizen zich al weken vooraf voorbereid op een toestroom van longpatiënten. Mede door de lockdown is bijna de helft van de bedden intensieve onbezet gebleven (het aantal beschikbare bedden op intensieve zorg, volgens Maggie De Block op 22 maart: 2.650; 2.293, volgens Steven Van Gucht op 2 april. Bezetting op 1 april: 1.088).

Er was dus in ons land, nooit een tekort in de ziekenhuizen. Toch spraken velen over "pijnlijke keuzes" die ze dagelijks moeten maken, over het "verschrikkelijk ethisch dilemma" (1), en over de "triagerichtlijnen" die desnoods voor de rechtbank kunnen uitgespeeld worden (2).

De nieuwe ethische vraag is dus: wie beslist om ernstig zieken niet over te brengen naar een ziekenhuis, maar ze in een woonzorgcentrum te laten waar een kwaliteitsvolle therapie voor hun aandoening niet gewaarborgd is? Is daarover *informed consent* verkregen, van de patiënt of van de naaste familie? Hoe kan men dit rijmen met de medische plichtenleer, met de behandelingsplicht? Het zijn ondragelijke gedachten.

(1) [Artikel uit De Standaard](#) en [artikel uit De Tijd](#)

(2) [Artikel uit De Standaard](#)

"Selecteren op leeftijd zal soms onvermijdelijk zijn"

Heeft u [deze titel](#) ook gelezen in een Vlaamse kwaliteitskrant ? (3) Het gaat over de zieken die met coronavirus besmet zijn, en voor wie plaatsen te kort zijn in de intensieve zorgen.

Elk ziekenhuis mag zelf zijn ethische richtlijn opstellen. Ook de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde schreef haar tekst, op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid (FOD). Het UZ Leuven verspreidde zijn eigen ethisch advies. Daar lezen we, volgens de krant: *"Onrechtstreeks is leeftijd en belangrijke parameter, omdat een jonge leeftijd gepaard gaat met een grotere kans op en betere uitkomst. Hierdoor zal een jongere patiënt voorrang krijgen op een oudere patiënt met een even ernstige aandoening"*.

"Parameter, "kans", "voorrang": deze woorden betekenen dat men zich mentaal voorbereidt om géén zorgen toe te dienen aan sommige zieken. Wegens gebrek aan middelen, op dat eigenste ogenblik (morgen komt er misschien weer een bed of beademingstoestel vrij, of wordt er één bijgezet). Sommige geesten zijn helemaal rijp om te gaan selecteren. Beroeps-ethici treden op de voorgrond, en hun advies wordt gretig aangegrepen door artsen die voor de dilemma's komen staan. Redeneringen worden opgebouwd om de selectie te rechtvaardigen. Ethicus Martin Heylen, aan DS (19 maart): *"Als er twee patiënten opdagen die zich in dezelfde medische toestand bevinden, en er maar één bed meer over is, vinden wij dat je voor de jongere moet gaan". "Ook om te beslissen welke medicijnen terugbetaald worden, en welke niet, neemt men vaak beslissingen op basis van de nog te verwachten levensjaren". "Als het om een 70-jarige burgemeester zou gaan, en een 30-jarige (...), geldt het principe dat de 30-jarige nog meer levensjaren te winnen heeft. We stoelen dat op het faire inningsprincipe: wie al een heel leven geleid heeft, kan minder aanspraak maken op schaarse goederen"*.

Heel opvallend - en gelukkig - citeert de krant ook het tegenovergestelde advies van ethicus Ignaas Devisch: *"Het is ethisch niet verantwoord om te selecteren op basis van leeftijd. Een 35-jarige die veel te laat binnenkomt voor een intensieve behandeling zodat de kans op succes*

gering is, kan geen voorrang krijgen vanwege zijn leeftijd. Omgekeerd kunnen fitte 80-plussers niet worden uitgesloten". Devisch vermeldt (op de VRT) ook de mogelijkheid van transport naar een ander ziekenhuis bij tekort aan plaats.

Tekorten, kansrekening, toekomstwaarde van een persoon...

Waarom moet een vrijzinnig humanist zich nu zorgen maken over bovenstaande stellingnamen en richtlijnen voor het beleid?

Omdat het neerkomt op het ontzeggen van het recht op medische hulp en op overleven, en dit voorbereid en opzettelijk. Is het gemak en het gebrek aan schaamte waarmee zogenaamde experts redeneringen bedenken om mensen te laten sterven, niet stuitend? Het contrasteert fel met de kritiek op de zelfgekozen euthanasie van Tine Nys waarvoor artsen voor Assisen werden gedaagd.

Bij zieken met longontsteking ontstaat het dilemma in de eerste plaats door een tekort aan bedden en apparatuur - in de toekomst, want in België (en andere landen) is het zover nog niet. In plaats van maatregelen ter voorkoming van deze tekorten, publiceren sommigen richtlijnen voor selectie van mensen.

Een individu krijgt een "kans" opgekleefd. Terwijl we toch allen weten dat de meesten individuen niet uitvoeren wat de kansrekening hen voorschrijft, maar er boven of er onder zitten.

De diverse, tegengestelde argumenten voor de selectie wijzen, ten tweede, op de willekeur en natte vinger werk. Ik ben niet die burgemeester van 70 jaar uit het voorbeeld; maar welke ethiek schuilt er achter "*wie al een heel leven geleid heeft, kan minder aanspraak maken*"? Zullen we dat eens omkeren: wie al meer dan een beroepsleven lang de burgers gediend heeft, wie bewezen heeft over capaciteiten te beschikken om een gemeente te besturen en herkozen te worden? Wat met een wetenschapper, of een kunstenaar van 70 (ben ik ook niet!)? Of een grootvader van 10 kleinkinderen en achterkleinkinderen? Een ondernemer, een bedrijfsleider wiens fabriek ademhalingsapparatuur produceert, of het nieuwe geneesmiddel tegen corona19?

Maar stel u nu even voor, dat er van die nieuwe pillen niet genoeg zijn voor iedereen? Of dat ze te duur zijn voor de ziekteverzekering, of niet goedgekeurd door de bureaucraten? Ha, dat kennen we! Baby Pia en anderen, en geneesmiddelen en toestellen die inderdaad dreigen de sociale zekerheid te ruïneren.

Selectie van slachtoffers van rampen zijn nochtans niet nieuw: de oudste zijn de scheepsrampen. Iedereen kent de regel: "vrouwen en kinderen eerst". Merk op: weer anderen krijgen voorrang. Maar het grote verschil met de huidige pandemie is, dat de tekorten nu voorspelbaar zijn, en dat een reeks maatregelen kunnen vermijden dat iemand niet kan behandeld worden. De Belgische maatregelen bijvoorbeeld, hebben tot doel de piek van zeer ernstig zieken te verlagen ("flatten the cruve").

In een wereld van overvloed

De Europese Centrale Bank zal 1.110 miljard ter beschikking stellen, bovenop andere programma's, om de economie te ondersteunen. Dat komt aardig in de buurt van de 1430 miljard dividenden wereldwijd uitbetaald door bedrijven in 2019. Europese bedrijven deelden vorig jaar 327 miljard euro aan dividenden uit. Hoe kunnen er dan intensieve bedden, mondmaskers, testkits te kort zijn?

(3) Wat andere kranten schreven over hetzelfde thema:

[De Morgen](#)

[De Standaard](#)

[Het Nieuwsblad](#)

[De Tijd](#)

Deze bijdrage verscheen eerder op de website van het Humanistisch Verbond.

Op 20 maart jl. schreef ik onderstaand opiniestuk (zie kader). Na het verschijnen evolueerde de toestand snel. Iets meer dan een maand later, daalt het aantal overlijdens in de ziekenhuizen langzaam, maar honderden sterven in de woonzorgcentra e.a. Uiteraard zijn wzc geen ziekenhuizen, en beschikken ze niet over het gespecialiseerd personeel, uitrusting, apparatuur en gescheiden ruimten die ziekenhuizen wel hebben. Bovendien hebben de ziekenhuizen zich al weken vooraf voorbereid op een toestroom van longpatiënten. Mede door de lockdown is bijna de helft van de bedden intensieve onbezet gebleven (het aantal beschikbare bedden op intensieve zorg, volgens Maggie De Block op 22 maart: 2.650; 2.293, volgens Steven Van Gucht op 2 april. Bezetting op 1 april: 1.088). Er was dus in ons land, nooit een tekort in de ziekenhuizen. Toch spraken velen over "pijnlijke keuzes" die ze dagelijks moeten maken, over het "verschrikkelijk ethisch dilemma" (1), en over de "triagerichtlijnen" die desnoods voor de rechtbank kunnen uitgespeeld worden (2). De nieuwe ethische vraag is dus: wie beslist om ernstig zieken niet over te brengen naar een ziekenhuis, maar ze in een woonzorgcentrum te laten waar een kwaliteitsvolle therapie voor hun aandoening niet gewaarborgd is? Is daarover informed consent verkregen, van de patiënt of van de naaste familie? Hoe kan men dit rijmen met de medische plichtenleer, met de behandelingsplicht? Het zijn ondragelijke gedachten.(1) Artikel uit De Standaard en artikel uit De Tijd(2) Artikel uit De Standaard