

In tijden van coronavirus vertrouwt de burger de arts

Als er in Nederland onvoldoende intensievecare-capaciteit zou zijn, welke patiënten zouden dan wel een IC-bed moeten krijgen? En wie zouden er in dat geval verantwoordelijk moeten zijn voor het maken van deze moeilijke keuzes? Hierover werden eind maart duizend volwassen Nederlanders bevroegd.

IN HET KORT

- Nederlanders vinden dat artsen samen met deskundigen uniforme regels moeten opstellen voor wie een plek op de IC krijgt.
- Persoonskenmerken mogen daarbij geen rol spelen, maar wel urgentie, prognose en beroepen met verhoogd besmettingsrisico.

JOB VAN EXEL

Hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

MEREL VAN HULSEN

Promovendus aan de EUR

KIRSTEN ROHDE

Hoogleraar aan de EUR

In Nederland wordt op dit moment hard gewerkt om de bestaande capaciteit aan intensievecare-bedden aanzienlijk te vergroten. Het is echter nog onzeker of het totaal aan maatregelen voldoende zal zijn om een noodsituatie zoals in Noord-Italië te voorkomen.

Mocht dit onverhoopt niet lukken, dan rijst onvermijdelijk de lastige vraag hoe de schaarse IC-bedden te verdelen. Welke patiënten krijgen wel een IC-bed, maar vooral ook, welke patiënten niet? En wie wordt er belast met dergelijke moeilijke keuzes? Over deze vragen hebben we, tussen 27 en 30 maart, duizend volwassen Nederlanders bevroegd als onderdeel van een breder online-onderzoek.

Verwachting en opzet

Uit eerder onderzoek naar de verdeling van schaarse middelen in de gezondheidszorg blijkt dat Nederlanders over het algemeen de toegang tot zorg en een gelijke behandeling van iedereen die zorg nodig heeft belangrijk vinden. Daarnaast vinden ze dat, bij keuzes in de zorg, criteria zoals de ernst van de aandoening, de effectiviteit van de behandeling en de kwaliteit van het leven na behandeling een rol zouden moeten spelen. Daarentegen zou er voor persoonskenmerken, ongezond gedrag en geld geen rol weggelegd dienen te zijn (Van Exel, 2015; Wouters et al., 2017; Reckers-Droog et al., 2018). Dit beeld kwam ook naar voren tijdens het burgerforum 'Keuzes in de zorg', waarin een groep van 24 burgers zich gedurende drie weekenden verdiepte in lastige dilemma's wat betreft de zorg (Bijlmakers et al., 2020; Radboud, 2020).

Onderzoek naar de mening van burgers over moeilijke keuzes in de gezondheidszorg past bij een toenemende behoefte aan draagvlak en bij de legitimering van dergelijke

keuzes. In deze context hebben wij twee vragen voorgelegd aan duizend volwassen Nederlanders, representatief voor de bevolking in termen van leeftijd, geslacht en opleiding. De eerste vraag was: als er in Nederland een tekort aan IC-bedden zou ontstaan, wie zouden dan de regels moeten opstellen voor de beslissing welke patiënten een IC-bed krijgen? Deelnemers kregen tien opties voorgelegd op basis van de huidige praktijk in verschillende landen en de discussies in de internationale media (figuur 1) – en verder ook de mogelijkheid om deze zelf aan te vullen. De tweede vraag was welke criteria er een rol zouden moeten spelen bij het opstellen van dergelijke regels. Op basis van de hiervoor genoemde literatuur kregen deelnemers achttien criteria voorgelegd (figuur 2).

Vertrouwen in artsen

Uit de verzamelde gegevens blijkt dat Nederlanders de keuze over wie er wel of geen IC-bed moet krijgen vooral toevertrouwen aan artsen. Van de tien voorgelegde opties (figuur 1), konden artsen en deskundigenteams op de meeste instemming rekenen. Een aantal deelnemers gaf als toelichting veel vertrouwen te hebben in de deskundigheid van artsen, en dat die de meeste kennis hebben van de situatie van de patiënten die ze behandelen.

Daarnaast gaf een aantal deelnemers aan het belangrijk te vinden dat richtlijnen landelijk worden opgesteld, omdat in alle ziekenhuizen de regels voor iedereen hetzelfde zouden moeten zijn. Ook lijkt het hen onwenselijk om artsen individueel met dergelijke zware keuzes te belasten, en verwachten ze dat artsen met goede richtlijnen sneller tot beslissingen kunnen komen.

Wat verder opvalt, is dat er, bij het opstellen van richtlijnen, minder instemming was aangaande een rol voor overheid en politiek, en wel het minst voor de inspraak van burgers of het gebruiken van loting om IC-bedden te verdelen. Dit laatste is opmerkelijk, omdat loting en inspraak van burgers vaak worden gezien als bevorderlijk voor gelijkheid of voor draagvlak binnen een samenleving.

Sommige deelnemers suggereerden dat patiënten en hun familie een rol zouden moeten hebben bij het opstellen van regels. Een deel van de respondenten wilde echter helemaal geen regels, maar gaf aan dat de IC-capaciteit uitgebreid zou moeten worden.

Persoonskenmerken mogen geen rol spelen

'Persoonskenmerken mogen geen rol spelen' kreeg de meeste instemming (figuur 2) op de vraag welke criteria een rol zouden moeten spelen bij het bepalen welke patiënten in aanmerking komen voor een IC-bed. Bijna zestig procent van

de deelnemers was het hier geheel of gedeeltelijk mee eens.

Ook met vijf andere criteria stemden meer dan vijftig procent van de deelnemers in. Drie criteria hiervan hadden betrekking op mensen die een hoger risico op besmetting hebben omdat ze in de zorg of in een cruciaal beroep werken, of betrokken zijn bij de ontwikkeling van een behandeling tegen het coronavirus. De twee andere criteria betroffen patiënten die het meest kwetsbaar zijn en patiënten die de meeste kans maken op volledig herstel – criteria die over het algemeen niet goed samengaan. Jongere patiënten kregen steun van ongeveer 35 procent van de deelnemers, en er werd nauwelijks onderscheid gemaakt tussen patiënten die vanwege besmetting met het coronavirus of vanwege een andere urgente reden een IC-bed nodig hebben.

Wat verder opvalt is dat de bovenste zes criteria uit figuur 2 door dertig à veertig procent van de deelnemers en de onderste twaalf door veertig à vijftig procent worden aangemerkt als neutraal. Dat is vermoedelijk een indicatie dat veel deelnemers dit lastige overwegingen vinden, of geen uitgesproken mening hebben over de rol van deze criteria en de keuze daarom liever overlaten aan artsen en deskundigen. Deze resultaten sluiten goed aan bij bevindingen uit de eerder aangehaalde literatuur over de maatschappelijke voorkeuren voor de verdeling van zorg.

Conclusie

Mocht het zover komen, dan lijken Nederlanders er vertrouwen in te hebben dat artsen, samen met andere deskundigen, goed in staat zijn om weloverwogen richtlijnen op te stellen voor de verdeling van schaarse IC-capaciteit, en deze richtlijnen ook als behandelend arts toe te kunnen passen. Het gaat dan, volgens sommige deelnemers, om “onmenselijk zware beslissingen”. Ze geven aan blij te zijn die niet zelf te hoeven nemen. Belangrijke criteria die de artsen bij deze keuzes een rol zouden moeten laten spelen, betreffen vooral de urgentie en prognose, waarbij men voorrang zou moeten verlenen aan de meest zieke en kwetsbare patiënten, en aan de patiënten met de meeste kans op overleving en volledig herstel. Andere patiëntkenmerken zouden, wat betreft de meeste Nederlanders, geen rol moeten spelen. Leeftijd lijkt echter voor sommigen een uitzondering hierop, maar dit is vermoedelijk sterk gerelateerd aan de eerdergenoemde criteria van urgentie en prognose. Daarnaast is er veel instemming met het voorrang verlenen aan mensen die een hoger risico lopen op besmetting, vanwege hun werk in cruciale beroepen of het bestrijden van het coronavirus. Hieruit blijkt de waardering van Nederlanders voor hun dienstbaarheid aan de samenleving in deze moeilijke tijd.

Literatuur

Bijlmakers, L., M. Jansen, B. Boer et al. (2020) Increasing the legitimacy of tough choices in health care reimbursement: approach and results of a citizen forum in The Netherlands. *Value in Health*, 23(1), 32–38.

Exel J. van, R. Baker, H. Mason et al. (2015) Public views on principles for health care priority setting: findings of a European cross-country study using Q methodology. *Social Science & Medicine*, 126C, 128–137.

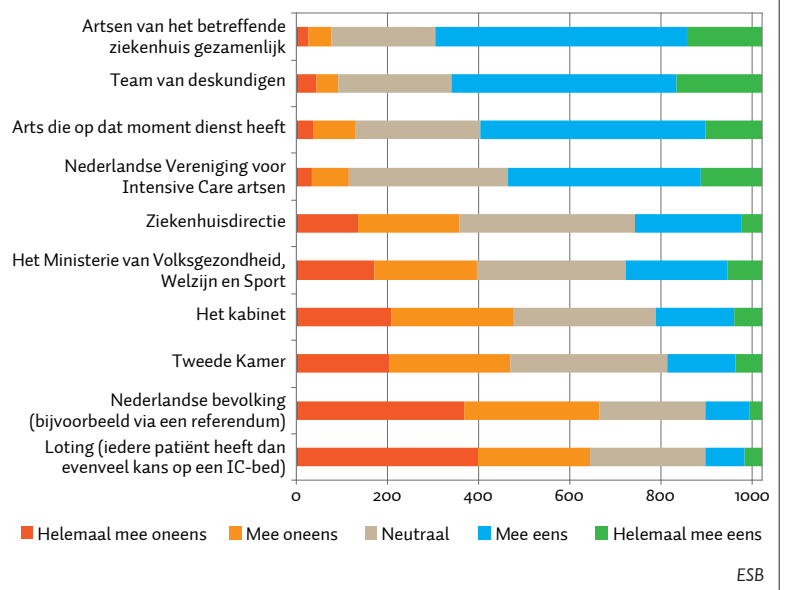
Radboud (2020) *Project Burgerforum: keuzes in de zorg*.

Reckers-Droog, V., J. van Exel en W. Brouwer (2018) Who should receive treatment? An empirical enquiry into the relationship between societal views and preferences concerning healthcare priority setting. *PLoS One*, 13(6), e0198761.

Wouters, S., J. van Exel, R. Baker en W. Brouwer (2017) Priority to end of life treatments? Views of the public in the Netherlands. *Value in Health*, 20(1), 107–117.

Wie moet bepalen wie een IC-bed krijgt?

FIGUUR 1



Wie krijgt voorrang op een IC-bed?

FIGUUR 2

