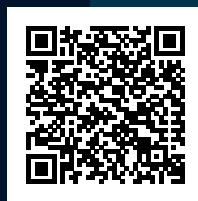


Scan deze QR code om de
lezingen te bekijken waarop
dit hoofdstuk gebaseerd is:



Generaties en corona. Ethische perspectieven

Benjamin De Mesel

Tijdens de coronacrisis wordt veel in termen van generaties gesproken. Vanuit mijn achtergrond in de moraalfilosofie zal ik ingaan op drie vragen die allemaal in generatieve termen ('jongeren', 'ouderen', '65-plussers') behandeld zijn:

1. Wie moet de crisis betalen?
2. Wie moet prioritair verzorgd worden?
3. Wie moet het eerst gevaccineerd worden?

Voor ik die vragen bespreek, wil ik twee algemene opmerkingen maken. Ten eerste zou je kunnen denken dat spreken in termen van generaties op zich problematisch is, omdat het veralgemenend is. Mijn vader is een gezonde man van 66 die er een groot probleem mee heeft dat hij voortdurend bij de 65-plussers, de oudjes, wordt ingedeeld, terwijl zijn gezondheid allicht beter is dan die van veel vijftigers. Spreken in termen van generaties is altijd spreken op groepsniveau. Daar is op zich niets mis mee, maar het wordt gevaarlijk als je de behandeling van een individu laat hangen van de algemene kenmerken van de groep waartoe hij of zij behoort. Je kunt niet redeneren: 65-plussers zijn risicopatiënten, mijn vader is een 65-plusser, dus hij is een risicopatiënt. Die redenering klopt niet, omdat die eerste uitspraak, '65-plussers zijn risicopatiënten', niet equivalent is aan 'Alle 65-plussers zijn risicopatiënten'. '65-plussers zijn risicopatiënten' is een veralgemening, gebaseerd op statistiek, die niet impliceert dat elke 65-plusser een risicopatiënt is.

Ten tweede: mijn uitgangspunt zal zijn dat geen enkel leven meer waard is dan een ander. Dat lijkt niet controversieel, maar het is belangrijk; niet alleen als abstract principe, maar ook als concrete gids voor beleid. Als je kijkt naar wat er tijdens de eerste golf in de woonzorgcentra is gebeurd en hoe mensen daar zijn behandeld, kunnen we zeggen dat dit principe in de praktijk is geschonden. *De facto* zijn een aantal mensen niet behandeld alsof hun leven even veel waard is als dat van een ander.

1. Wie moet de crisis betalen?

Mijn eerste vraag is: wie moet de crisis betalen? Hier wil ik ingaan op een voorstel van gezondheidseconoom Jan-Emmanuel De Neve (Bontinck, Lefevere & Van Boxstael 2020). De Neve stelt voor om een coronataks te heffen op de oudere generatie. Jongeren hebben volgens hem het minst baat bij de lockdown, want ze worden minder ernstig getroffen door het virus en verliezen makkelijker hun baan. Ze offeren zich eigenlijk op voor de ouderen, en een coronataks op ouderen is een manier om de inspanning van de jongeren te erkennen.

Ik vind het voorstel van De Neve problematisch. Ten eerste lijkt hij over het hoofd te zien dat generaties met elkaar verbonden zijn. Jongeren en ouderen zijn bekommerd om elkaar. Zich houden aan de maatregelen is voor veel jongeren geen 'opoffering' die om compensatie vraagt, maar een vanzelfsprekende manier om mensen te beschermen die hen bijzonder dierbaar zijn. Dat het virus hen *zelf* minder treft, is geen reden om handelingen die *anderen* moeten beschermen als een opoffering te zien. Omdat jongeren verbonden zijn met ouderen, hebben jongeren meer baat bij strenge maatregelen dan De Neve aanneemt.

Ten tweede onderschat De Neve de kosten van de lockdown voor ouderen. Hij hangt het beeld op van ouderen die veilig van hun pensioen genieten, terwijl jongeren hun baan verliezen. Maar door de strenge maatregelen zijn ouderen vaak afgesneden van dingen die hun leven zinvol maken, zoals contact met kinderen en kleinkinderen. Mensen die met pensioen zijn, kunnen het gebrek aan menselijk contact niet deels opvangen door sociale contacten op het werk of op school, zoals veel jongeren dat vandaag wel kunnen. Ouderen zijn minder vertrouwd met online mogelijkheden tot sociale interactie. Ze dreigen misschien *zelf* hun baan niet te verliezen, maar maken zich zorgen over de toekomst van hun (klein)kinderen. Wie *zelf* (klein)kinderen heeft, begrijpt de ernst van die zorgen.

Ik heb dus twijfels bij het uitgangspunt van De Neve dat de maatregelen voor jongeren minder baten en meer kosten betekenen dan voor ouderen. Maar zelfs als dat zo zou zijn, dan begrijp ik niet waarom dat een coronataks op ouderen zou rechtvaardigen. Voor De Neve zou dat een manier zijn om de opoffering van jongeren te erkennen, maar je kunt erkennen dat jongeren een opoffering hebben gedaan en daar dankbaar voor zijn zonder die erkenning in geld uit te drukken. Mensen handelen soms onbaatzuchtig, omdat ze elkaar graag zien, om anderen te beschermen of gewoon uit plichtsgevoel. Erkenning en dankbaarheid zijn dan gepast, maar compensatie is niet altijd nodig. Integendeel, compenseren kan het



idee versterken dat alles wat we voor anderen doen op een of andere manier terugbetaald moet worden.

Mijn laatste punt houdt verband met wat ik eerder schreef over veralgemeningen. De Neve lijkt als volgt te redeneren: ouderen hebben meer geld dan jongeren, dus is het gerechtvaardigd om aan ouderen te vragen een deel van de crisis te betalen. Het probleem is dat ‘ouderen hebben meer geld dan jongeren’ een veralgemening is: het geldt niet voor *alle* ouderen. En dus zou het problematisch zijn om alle ouderen op basis van het gemiddelde vermogen van ouderen meer belastingen te laten betalen. Sommigen hebben het al meer dan moeilijk genoeg. Solidariteit is nodig, maar de enige goede basis daarvoor is dat de sterkste schouders de zwaarste lasten moeten dragen. Zelfs als ouderen gemiddeld financieel sterkere schouders hebben, is het de financiële situatie, en niet de leeftijd, die relevant is als grond voor aanvullende belastingen. Mijn antwoord op de vraag wie de crisis moet betalen, is, zeer algemeen gesteld: zij die het kunnen. Dat zullen vaak ouderen zijn, maar om te vermijden dat arme ouderen het slachtoffer worden, kun je niet *op grond van* leeftijd aanvullende belastingen heffen.

2. Wie moet prioritair verzorgd worden?

Mijn tweede vraag is: wie moet prioritair verzorgd worden? Dat gaat over een situatie (die gelukkig niet is voorgekomen in Vlaanderen) waarin de capaciteit van de zorg is overschreden en men keuzes moet maken tussen wie wel of niet behandeld kan worden. Is het niet logisch om dan eerst de jongeren te behandelen, omdat zij nog meer levensjaren voor zich hebben?

Mijn antwoord is ‘nee’. Ik ben het oneens met een voorstel van de Nederlandse Federatie van Medisch Specialisten om de jongere generatie voorrang te geven als keuzes gemaakt moeten worden (Federatie Medisch Specialisten 2020). Het argument van de artsen is dat ‘jongere generaties nog een lang leven voor zich hebben, terwijl dat voor oudere generaties minder opgaat’. Dat is het zogenaamde *fair innings*-principe: we hebben recht op een bepaalde hoeveelheid leven, en wie dat recht al heeft opgebruikt, of bijna heeft opgebruikt, kan minder aanspraak maken op prioritaire zorg dan mensen die nog veel levensjaren ‘tegoed’ hebben. Dit principe is problematisch, en dat heeft te maken met mijn punt over veralgemeningen. Je kunt zeggen dat mensen in België gemiddeld 81 jaar oud worden. Dat is een uitspraak op groepsniveau. Maar je kunt daaruit niet afleiden dat ieder individu het recht heeft, of het verdient, om 81 jaar te leven, of dat iemand die

honderd jaar is al meer gekregen heeft dan waar hij of zij recht op heeft. Je kunt niet op die manier individuele rechten afleiden uit groepskenmerken. Ook mijn tweede algemene punt, dat het ene leven niet meer waard is dan een ander, laat niet toe voor toegang tot dringende zorg een onderscheid te maken op basis van leeftijd.

Er zijn gevallen bekend, onder meer uit Italië, van oudere mensen die hun bed of beademingstoestel hebben afgestaan aan jongeren. Dat is en blijft lovenswaardig, maar het is belangrijk dat de mogelijkheid om zelf te kiezen wordt opengelaten. Wie ervoor pleit dat ouderen gedwongen hun bed moeten afstaan aan jongeren, maakt van die lovenswaardige handelingen gedwongen handelingen.

Hoe moet je dan wél keuzes maken als die noodzakelijk zijn? Mijn antwoord is dat je eerst naar de individuele medische toestand en urgentie moet kijken. Als je op basis daarvan geen onderscheid kunt maken, dan *is* er in mijn ogen geen rationeel criterium meer. Dan werk je het best met *first come, first served* (wie eerst komt, wordt eerst behandeld) of loting. Mijn Nederlandse collega Fleur Jongepier heeft in *De Volkskrant* betoogd dat de weerstand tegen loting onvoldoende gefundeerd is, en ik ben geneigd haar daarin te volgen. Ze schrijft:

Te horen krijgen dat je vader, moeder of partner het verkeerde lot had, is gruwelijk, maar misschien minder gruwelijk dan te horen dat ze te oud waren, of dat er net iemand die een jaar jonger was binnengereden werd [...] Ja, kiezen voor willekeur is tragisch, maar een situatie waarin de ziekenhuizen overspoeld worden, is ook tragisch. (Jongepier 2020)

Mijn antwoord strookt met het advies van de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde (2020), waarin staat: ‘Veel van de COVID-19-patiënten zullen ouderen zijn, maar leeftijd is op zichzelf geen goed criterium om te beslissen of zorg disproportioneel is’. Je kunt dus wel de medische toestand van een patiënt en de medische urgentie beoordelen, maar leeftijd is op zich irrelevant. In Nederland denkt de Federatie van Medisch Specialisten daar dus anders over. Zij wilden leeftijd wel degelijk een rol laten spelen, maar later besliste de Nederlandse regering om dat voorstel naast zich neer te leggen. Het beleid in België en Nederland is: als medische argumenten op zijn, zijn de eerlijkste principes *first come, first served* en loting. Leeftijd is *geen* goed criterium voor de verdeling van dringende zorg.



3. Wie moet het eerst gevaccineerd worden?

Wie moet het eerst gevaccineerd worden? De volgorde in België is: in de eerste fase de bewoners en het personeel van woonzorgcentra en andere zorginstellingen, in de tweede fase 65-plussers en risicopatiënten, in de derde fase de rest van de bevolking.

Dat betekent dat leeftijd wel een rol speelt in de vaccinatiestrategie, maar niet het enige criterium is. Jonge risicopatiënten kunnen in dezelfde fase aan bod komen als 65-plussers. Dat was eerst niet zo, maar men heeft het (terecht) aangepast. Nu verwacht je misschien dat ik het een slecht idee vind dat leeftijd een rol speelt in de vaccinatiestrategie, maar ik vind dat geen slecht idee, en ik probeer uit te leggen waarom.

Bij de eerste twee vragen, het opleggen van extra belastingen en het niet toedienen van de nodige zorg, gaat het over wat je 'beperkende maatregelen' zou kunnen noemen. Je neemt mensen iets af waar ze zonder de crisis aanspraak op hadden kunnen maken: geld of goede zorg. De vaccinatievraag is anders. Het gaat hier niet om een geneesmiddel voor mensen die al ziek zijn. Stel dat er een geneesmiddel zou zijn, en er zouden te weinig dosissen zijn, dan zou ik niet aanvaarden dat leeftijd als criterium wordt gebruikt, en zou ik opnieuw zeggen: eerst medische urgentie, daarna *first come, first served* of loting.



"Iets geven op basis van algemene groepskenmerken, bijvoorbeeld leeftijd, is minder problematisch dan iets afnemen op basis van groepskenmerken."

Maar een vaccin is geen geneesmiddel: je geeft het aan gezonde mensen (mensen die niet aan COVID-19 lijden), het voorlopig niet aan iemand geven is niet hetzelfde als iemand dringende medische zorg ontzeggen. Iets *geven* op basis van algemene groepskenmerken, bijvoorbeeld leeftijd, is minder problematisch dan iets *afnemen* op basis van groepskenmerken. Neem het probleem van de belasting. Als je belastingen heft op alle ouderen op basis van het gemiddelde vermogen van ouderen, dan tref je ook armere ouderen: je neemt individuen iets af wat ze niet kunnen missen, en dat moet je absoluut vermijden. Als je een vaccin geeft aan alle 65-plussers, zijn daar veel mensen bij die geen risicopatiënt zijn, maar dat is

van een heel andere orde dan het opleggen van belastingen aan mensen die ze niet kunnen betalen of het weigeren van zorg op basis van leeftijd. In het geval van de vaccins zijn de problemen van het denken op groepsniveau veel kleiner, omdat een individu dat de groepskenmerken niet deelt (een 65-plusser die helemaal niet kwetsbaar is) door het vaccin niet benadeeld wordt. Maar een oudere die niet veel geld heeft, wordt door de aanvullende belasting wél benadeeld.

Idealiter vaccineer je het best op basis van een individueel risicoprofiel. Maar als je ervan uitgaat dat het praktisch niet mogelijk is om voor iedereen een individueel risicoprofiel op te stellen (in tegenstelling tot dringende zorg heeft *iedereen* een vaccin nodig), zie ik niet in waarom je niet op basis van leeftijd zou mogen vaccineren. Je hebt niet de nadelen van het denken op groepsniveau die je wel hebt bij het probleem van de belastingen, en je hebt het voordeel dat je weet dat 65-jarigen gemiddeld kwetsbaarder zijn. Door eerst de 65-jarigen te nemen, maar ook jonge risicopatiënten in dezelfde fase, geef je volgens mij ook niet het signaal dat het leven van 65-jarigen belangrijker is dan dat van anderen. Dat signaal zou je wél geven als je bijvoorbeeld een beperkte hoeveelheid vaccins zou hebben, niet iedereen kunt vaccineren en dan maar besluit om enkel de 65-plussers te doen. Maar je hebt een situatie waarin je bepaalde mensen eerst *moet* vaccineren omdat je niet iedereen tegelijk kunt doen, en dan denk ik dat het verdedigbaar is om eerst de meest kwetsbaren te vaccineren en om, bij gebrek aan individuele risicoprofielen, de 65-jarigen bij de meest kwetsbaren in te delen.

Ik besluit met een kort overzicht van mijn antwoorden op de drie vragen. Ik vind het moreel niet verdedigbaar om belastingen te heffen of dringende zorg te weigeren op basis van leeftijd. Gedeeltelijk op basis van leeftijd vaccineren kan wél, als het praktisch onmogelijk is om individuele risicoprofielen op te stellen.

Literatuur

- Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde (2020). *Ethische principes betreffende de gelijkwaardigheid van intensieve zorg tijdens de COVID-19-pandemie van 2020 in België*. Geraadpleegd op 9 maart 2021 van https://www.gibbis.be/images/documents/2020/coronavirus/0327/Ethische_principes.pdf.
- Bontinck, H., Lefevere, F., & Van Boxstael, S. (2020, 14 mei). Hoe gaan we de coronacrisis betalen? En vooral: wie gaat dat doen? *VRT NWS*. Geraadpleegd op 9 maart 2021 van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/05/13/pano-gezondheidseconomen/>.
- Federatie Medisch Specialisten en KNMG (2020). *Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie*. Geraadpleegd op 9 maart 2021 van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2020/06/16/draaiboek-triage-op-basis-van-niet-medische-overwegingen-voor-ic-opnamen-tijde-van-fase-3-in-de-covid-19-pandemie/draaiboek-triage-op-basis-van-niet-medische-overwegingen-voor-ic-opname-ten-tijde-van-fase-3-in-de-covid-19-pandemie.pdf>.
- Jongepier, F. (2020, 17 juni). Jongeren voorrang geven op ic? Het draaiboek van 'code zwart' rammelt aan alle kanten. *De Volkskrant*. Geraadpleegd op 9 maart 2021 van <https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/opinie-jongeren-voorrang-geven-op-ic-het-draaiboek-van-code-zwart-rammelt-aan-alle-kanten-b98d9cd4/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>.