

De rol van de arts in de COVID-19 crisis

Lonneke Poort

Waar politici worstelen met het maken van beleidskeuzes in de aanpak van de COVID-19 crisis, is het voor burgers lastig om in de veelheid aan formele en informele bronnen over COVID-19 hun eigen weg te vinden. Ik betoog dat de arts een rol heeft in beide worstelingen, maar dat deze rol niet verder mag gaan dan het geven van advies. De expertise van artsen is waardevol, maar beperkt. Ik laat zien dat het uiteindelijk aan de politici is om op grond van bredere input beleidskeuzes te maken. Ook de patiënt dient zelf de keuze te maken, al dan niet op basis van bredere input.

De onverwachte en snelle opkomst van het COVID-19 virus zorgde voor een stroom aan (vaak tegenstrijdige) theorieën over, verklaringen voor en oplossingen van deze wereldwijde pandemie. Naast de officiële kanalen en traditionele media, wordt op internet steeds meer kennis en opvattingen gedeeld over COVID-19 en over de aanpak hiervan door medici en beleidsmakers. Voor burgers kan het moeilijk zijn om in deze veelheid aan formele en informele bronnen een weg te vinden en eigen keuzes te maken. Maar ook politici worstelen met het maken van beleidskeuzes. Welke rol hebben experts in deze complexe situatie waarin naast onzekerheid ook veel tegenstrijdige informatie wordt gedeeld en verspreid? Dit stuk gaat over de rol van de arts als expert in deze crisis. Ik betoog dat de arts een belangrijke rol heeft in de aanpak van deze crisis, maar dat deze niet verder kan gaan dan een adviserende rol ten opzichte van haar patiënten (op basis van morele plichten) en ten opzichte van politici (op basis van expertise). Op 16 februari 2022 presenteerde de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) een kritisch rapport over de Nederlandse aanpak van de COVID-19 crisis (OVV, 2022). In het rapport valt onder andere te lezen dat de rol, van de voornamelijk medische experts, van het Outbreak Management Team (OMT) niet helder was; advisering en besluitvorming liepen door elkaar. Formeel adviseerde het OMT namelijk het

ministerie van VWS en niet het kabinet. Minister-president Rutte refereerde in zijn toespraak echter vaak naar adviezen van het OMT als rechtvaardiging voor genomen besluiten – en noemde deze zelfs ‘heilig’. De voorzitter van het OMT was bovendien betrokken bij verschillende overlegstructuren en werd vaste deelnemer bij het Torentjesoverleg en het Catshuisoverleg, waarin politieke besluiten over de aanpak van de crisis werden genomen. De rol van het OMT als adviesorgaan voor VWS ontwikkelde zich daardoor steeds meer tot een deelnemer in het besluitvormingsproces (OVV, 2022).

Ik ben kritisch over deze rolverwarring, omdat de medische experts uit het OMT alleen over hun eigen expertiseveld advies kunnen geven. Zij hebben verder weinig kaas gegeten van sociaalwetenschappelijke vraagstukken die ook van belang zijn bij de aanpak van dergelijke crisissen. Daarnaast missen zij de expertise om beleidskeuzes te maken. Deze argumenten gelden ook voor de patiënt-arts relatie. De arts kan de patiënt ondersteunen in de worsteling met informatie over COVID-19 en ondersteunen bij het onderscheiden van relevante nieuwe inzichten en desinformatie, maar het is uiteindelijk aan de patiënt zelf om keuzes over haar leven en gezondheid te maken.

Medische experts uit het OMT missen de expertise om beleidskeuzes te maken

De wetenschappelijke expert

Alweer tien jaar geleden publiceerde het Rathenau Instituut haar rapport genaamd ‘Beleid en het Bewijsbeest’. In dit rapport worden kanttekeningen geplaatst bij besluitvorming die puur gebaseerd is op feiten. Het rapport bouwt voort op de ideeën van Sarewitz (2004). Sarewitz stelt dat er geen objectieve kennis bestaat. Feiten worden altijd geïnterpreteerd of gewaardeerd vanuit een specifieke invalshoek die door de wetenschappelijke discipline wordt bepaald. Feiten staan niet los van haar interpretatie en zijn dus niet volledig waardenvrij.

Het Rathenau Instituut bepleit in haar rapport eigenlijk het eeuwenoude gezegde ‘schoenmaker blijf bij je leest’. Zij waarschuwt dat de wetenschapper zich bewust moet zijn van haar rol en laat zien dat een specifieke expertise nodig is om wetenschap naar beleid te vertalen. Een viroloog kan bijvoorbeeld vanuit haar expertise de beleidsmaker informeren over de verspreiding van het virus en eventueel over de invloed van bepaalde maatregelen op deze verspreiding en op de immuniteit. Maar de viroloog heeft weinig verstand van de gedrags-

veranderingen die deze maatregelen bij burgers teweeg kunnen brengen. Ook heeft de viroloog geen expertise om de rechtvaardiging van bepaalde maatregelen vanuit sociaal of economisch perspectief te overzien. Een arts kan adviseren over gezondheidsrisico's, het verloop van de ziekte en middelen ter preventie en genezing, maar ook zij heeft geen specifieke expertise om een breder perspectief op de maatregelen te rechtvaardigen. Politici hebben mogelijk niet de kennis over het verloop van de ziekte, het effect van maatregelen en de bredere economische en sociale invloed. Maar zij hebben wel de expertise of in ieder geval de taak om de adviezen van de wetenschappelijke experts te vertalen naar beleid en daarover verantwoorde keuzes te maken. Dit laatste geldt ook als veel onzekerheden en tegenstrijdigheden bestaan. Meer wetenschappelijke adviezen en meer kennis voldoen dan niet altijd (Sarewitz, 2004): er moeten keuzes en afwegingen gemaakt worden. En dat is aan de politici. De input van de arts of beter gezegd, medische experts, is van belang. Maar om zich voor deze taak goed te laten informeren, zijn politici gebaat bij een bredere en diverse samenstelling van adviescommissies (Poort & Bovenkerk, 2016).

De context van de COVID-19 pandemie

De kritiek op het evidence-based beleid is, zoals ik hierboven heb laten zien, niet nieuw. De context waarin we de vraag naar de rol van experts in besluitvorming bespreken, is wel veranderd. De urgentie van een adequate aanpak van de COVID-19 pandemie maakte dat politici genoodzaakt waren om op basis van zeer beperkte kennis snel besluiten te nemen. Er bestond behoefte aan zekerheid, data, en voorspellingen om deze gezondheids crisis het hoofd te bieden. Het is daarom wel begrijpelijk dat in het begin van de crisis alleen ruimte was voor beperkte input van de voornamelijk medische expertise (OVV, 2022). Maar zoals hierboven al beschreven, kan ook in tijden van onzekerheden niet verscholen worden achter wetenschappelijke adviezen en kennis. Het is aan politici om keuzes en afwegingen te maken op basis van het bredere beeld van een crisis. Het heilig verklaren van de adviezen van het OMT en de daarmee ontstane rolverwarring hebben niet bijgedragen aan een adequate lang termijn-aanpak.

Het heilig verklaren van de adviezen van het OMT hebben niet bijgedragen aan een adequate lang termijn-aanpak

Pas later werd de COVID-19 crisis niet langer als louter gezondheidscri-

sis gezien, maar ook als maatschappelijke crisis. Vanaf dat moment was in de politieke besluitvorming oog voor kritische wetenschappelijke geluiden en bredere wetenschappelijke inzichten (OVV, 2022). Het belang van de inzichten van bijvoorbeeld sociale wetenschappers en ethische experts, maar ook het belang van ervaringen van burgers werden pas in dit later stadium erkend. Onderliggende gevolgen van de COVID-19 crisis, zoals bijvoorbeeld schoolachterstanden, achterstanden in de reguliere zorg, toenemende kansenongelijkheid, toename cybercriminaliteit en toename van psychische problematiek, werden in sommige gevallen daarmee te laat opgepakt (WRR & KNAW, 2021).

Daarnaast, en zeer bepalend voor de positie van de burger, is de veranderende maatschappelijke context waarin deze crisis zich ontvouwt. Door de snelle groei van informatiestromen op het internet, heeft de burger toegang tot meer informatie. De burger is daarmee niet langer 'onwetend', maar kan zelf op zoek naar kennis over en de gevolgen van COVID-19. De vraag is of de burger voldoende in staat is om de wetenschappelijke validiteit van de gevonden informatie te beoordelen. Daarmee is niet gezegd dat alle informatie op het internet wetenschappelijke validiteit mist, ook wetenschappers maken steeds meer gebruik van het internet en nieuwe media om hun eerste bevindingen en conclusies te delen. Deze informatie kan heel waardevol zijn, zeker als door de urgentie in politieke besluitvorming er weinig ruimte is voor kritische wetenschappelijke tegengeluiden (Poort & Bovenkerk, 2016). Het is echter heel lastig voor burgers om in de veelheid aan informatie de relevante inzichten van desinformatie te onderscheiden. Hier zie ik een belangrijke rol weggelegd voor de arts in relatie tot haar eigen patiënten. Daarbij gelden echter dezelfde kanttekeningen als bij de rol van de arts in politieke besluitvorming. De arts kan vanuit haar expertise alleen adviseren, niet beslissen.

De rol van de arts

Mijn reflectie op de rol van de arts start bij het ethisch kader waaruit de arts handelt: de artseneed. In deze artseneed is opgenomen dat de arts zieken verzorgt, de gezondheid bevordert en het lijden verlicht. De arts heeft de plicht de patiënt te verzorgen, haar niet te schaden en respect te hebben voor de autonomie van de patiënt. Om de taak van een arts in de aanpak van de COVID-19 pandemie in relatie tot desinformatie te duiden, speelt het recht op autonomie een belangrijke rol.

Het recht op autonomie houdt in dat een patiënt haar eigen weg mag kie-

zen. Volgens medisch ethicus Van Dijk (2016) brengt dit zowel actieve en passieve plichten voor de arts mee. De passieve plicht houdt in dat de arts de patiënt niet behandelt als zij dat niet wil. De actieve plicht impliceert meer. Enerzijds geeft dit een actieve plicht aan de arts om te beoordelen of de patiënt in staat is om zelf keuzes te maken (wilsbekwaamheid) en deze ook zelf gemaakt heeft. Anderzijds betekent deze actieve plicht dat de arts de patiënt in staat moet stellen om zelf keuzes te maken. Daarbij is de informatieplicht van belang. De arts dient de patiënt zo te informeren dat zij zelf keuzes kan maken. Dat wil niet zeggen dat iedere keuze van de patiënt ook ingewilligd kan en moet worden. Niet alles is mogelijk en niet alles is in het belang van de patiënt. In sommige gevallen mag tegen de wil van de patiënt ingegaan worden, als dit in belang is van de patiënt zelf (schadebeginsel). De arts dient steeds weer een afweging te maken tussen respect voor de keuzes van een patiënt en het afraden van bepaalde behandelingen gezien vanuit het welzijn van de patiënt.

In de context van de COVID-19 pandemie is deze afweging erg complex en delicaat. Naast het welzijn van de patiënt, spelen bij de COVID-19 pandemie andere belangen die het schadebeginsel raken. Zo spelen ook de belangen van andere patiënten een rol. Zij ondervinden mogelijk schade door besmettingsgevaar, maar ook door mogelijke overbezetting van de ziekenhuizen. De actieve plicht van de arts krijgt hierdoor een nieuwe dimensie die schuurt met de autonomie van de patiënt.

De autonomie van de patiënt wordt steeds meer uitgedaagd door enerzijds de veelheid aan informatie op internet en anderzijds het bestaan van (wetenschappelijke) onzekerheid over het verloop, de aanpak en gevolgen van COVID-19. In hoeverre is de patiënt echt in staat om weloverwogen keuzes te maken over bijvoorbeeld vaccineren of niet? Heeft een arts een passieve plicht de keuze van patiënten om niet te vaccineren te accepteren of overheerst hier de actieve plicht van een arts om bijvoorbeeld haar patiënten actief te stimuleren om zich te laten vaccineren? Als er veel onzekerheid en controverse bestaat, gaat het idee van de *doctor knows more* dan nog wel op? Ik denk het wel.

Als er veel onzekerheid en controverse bestaat, gaat het idee van de *doctor knows more* dan nog wel op? Ik denk het wel

De arts kan vanuit haar expertise de wetenschappelijke validiteit van de informatie doorgaans beter beoordelen dan de patiënt zelf. De arts kan vanuit

haar expertise nieuwe wetenschappelijke inzichten, maar ook wetenschappelijke controversen beter plaatsen. Om patiënten beter te begeleiden bij het maken van keuzes, dient de arts de patiënten te informeren, ook over de controversen en onzekerheden over nieuwe wetenschappelijke inzichten.

In beginsel gebeurt dit in de beslotenheid van de spreekkamer, maar de patiënt zoekt de arts niet altijd op. De vertrouwensrelatie binnen de spreekkamer biedt voor de patiënt blijkbaar niet altijd het juiste kader voor advies over persoonlijke (gezondheids-)keuzes. Zeker niet als zij zichzelf *expert* waant. Wat kan de arts dan doen? Ik voorzie hier wel een actieve morele plicht om de patiënt te begeleiden bij het beoordelen en inschatten van de gevonden informatie op het internet. Zeker in de context van de pandemie, waarin via internet zoveel bronnen van tegenstrijdige informatie beschikbaar zijn. Dat kan een arts doen door betrouwbare en goede informatievoorziening op haar website of sociale media. De arts dient hierbij wel een goede balans te blijven maken tussen haar passieve en actieve informatieplicht om het recht op autonomie te waarborgen. Het is niet haar taak om haar standpunt over desinformatie te verkondigen, overheidsbeleid te rechtvaardigen of keuzes van patiënten af te dwingen.

De arts informeert en ondersteunt, maar de patiënt maakt de keuze, net als in het politieke debat. De arts als expert informeert en adviseert, maar politici maken uiteindelijk de beleidskeuzes. In beide gevallen worden deze keuzes gemaakt op basis van meer dan alleen medische kennis en spelen andere overwegingen een rol. Het behoort tot de autonomie van de patiënt om te bepalen welke overwegingen een rol spelen. Binnen het politieke domein ligt dat anders. Politici dienen beleidskeuzes te verantwoorden naar de burgers. Zij zijn daarom gebaat bij brede en divers samengestelde adviesorganen (Poort & Bovenkerk, 2016), waar ook in urgente gevallen ruimte en aandacht is voor lange termijn-scenario's (WRR & KNAW, 2021).

dr. Mr. Lonneke M. Poort is universitair hoofddocent aan de Erasmus School of Law, Departement Law & Markets. Haar onderzoek focust op recht en technologie. Zij houdt zich voornamelijk bezig met de rol van (ethische) experts en stakeholders in besluitvorming.

Literatuur

- Van Dijk, G. (2016). *Autonomie: alles doen wat iemand wil? (column)*. www.knmg.nl (laatst geraadpleegd op 02-03-2022)
- Dijsselbloem, J.R.V.A., Zoudiris, S., & Bakkum E.A. (2022). *Aanpak coronacrisis. Deel 1: tot september 2020 (rapport)*. Onderzoeksraad Voor Veiligheid.

- Poort, L., & Bovenkerk, B. (2016). Changing expectations of experts: The symbolic role of ethics committees. In B. van Klink, B. van Beers, & L. Poort (reds.), *Symbolic legislation theory and developments in biolaw* (pp. 269-287). Springer.
- Sarewitz, D. (2004). How science makes environmental controversies worse. *Environmental Science & Policy*, 7, 385-403.
- Slob, M., & Staman, J. (2012). *Beleid en het bewijsbeest. Een verkenning van verwachtingen en praktijken rond evidence based policy (rapport)*. Rathenau Instituut.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) & Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) (2021). *Navigeren en anticiperen in onzekere tijden (gezamenlijke publicatie)*. WRR/KNAW.
- Nederlandse artseneed, <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/artseneed.htm> (laatst geraadpleegd 2-03-2022)