

Vergaderjaar 2019–2020

**25 295**

## **Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 423**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 juni 2020

De afgelopen periode is gelukkig het aantal IC-opnamen ten gevolge van COVID-19 fors afgenomen. Naar verwachting zal er dan ook in de toekomst voldoende capaciteit zijn om adequate IC-zorg te verlenen. Dat neemt niet weg dat in de afgelopen periode, toen de aantallen IC-patiënten ten gevolge van de COVID-19 pandemie in Nederland zeer snel tot ongekende hoogte steeg, zorgprofessionals in uitzonderlijk moeilijke omstandigheden met grote intensiteit hun werk hebben moeten doen. Ik heb groot respect voor de wijze waarop zij dat hebben gedaan.

In de zorg en dat geldt ook voor de zorg op een intensive care, is de beoordeling van de conditie, de overlevingskans en de kwaliteit van leven van patiënten, leidend bij het behandelen van patiënten. Triage is het traject van het beoordelen en classificeren van een patiënt met als doel de aard en urgentie van de zorgbehoefte en de passende en adequate zorg te bepalen. Triage op de intensive care vindt in beginsel plaats op basis van medisch wetenschappelijke gronden en het professionele oordeel van de verantwoordelijke zorgverlener. Dit geldt ook in het geval van een nationaal afgekondigde crisissituatie, de zogenoemde fase 3, zoals in het geval van de COVID-19 pandemie zou kunnen ontstaan. In fase 1 kan de zorg worden geboden met de bestaande werkwijze, in fase 2 is opschaling nodig en in fase 3 is het verlenen van crisis-zorg noodzakelijk. Zie ook het Draaiboek Pandemie deel 1 van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC).

In de brief van 7 april jongstleden (Kamerstuk 25 295, nr. 219) is ingegaan op de stappen die gezet moeten worden om van fase 2 naar fase 3 te gaan. Fase 3 kent drie stappen die gekenmerkt worden door een oplopende druk op de intensive care en de beschikbare capaciteit. In stap A en stap B van fase 3 vindt triage nog steeds plaats op medische overwegingen.

In stap C van de derde fase zou de capaciteit op de intensive care in relatie tot het benodigd aantal bedden zodanig tekortschieten, dat triage op

medische inhoudelijke overwegingen geen soelaas meer zou bieden. Dit omdat het medisch inhoudelijk tot gelijke uitkomst zou leiden. De recente ontwikkelingen in aantallen COVID-19 besmettingen, ziekenhuisopnames en IC-opnames samen met de (nog voorziene) uitbreiding van de IC-capaciteit, geven mij het vertrouwen dat deze situatie zich niet zal voordoen. Tegelijk is niet met zekerheid te voorspellen hoe de pandemie zich verder zal ontwikkelen. Daarom is het van groot belang voorbereid te zijn op de situatie dat fase 3, stap C, zich toch onverhoopt zou aandienen.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft met de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Artsenfederatie KNMG besproken dat het wenselijk is dat er in die situatie één richtlijn is die in alle ziekenhuizen wordt gehanteerd. In die richtlijn moet worden beschreven op basis van welke niet medische overwegingen in die situatie keuzes moeten worden gemaakt. Hoewel het om niet-medische overwegingen gaat, is de betrokkenheid van artsen in mijn ogen essentieel. Mocht deze situatie zich onverhoopt voordoen, dan zijn het immers de artsen die de keuzes moeten maken en zij kunnen deze verantwoordelijkheid alleen dragen als zij betrokken zijn bij het opstellen van de criteria. Ook is essentieel dat zij zich in die situatie gesteund voelen door maatschappelijk draagvlak voor de keuzes die ze moeten maken en met de criteria uit de voeten kunnen. De richtlijn geeft daarmee niet alleen steun en «rugdekking» aan alle zorgprofessionals maar is ook bindend voor hen. Het geeft hen tegelijk de zekerheid dat dit de toetssteen voor hun handelen is, ook voor de IGJ en tuchtrechtelijk.

Tegen die achtergrond hebben de FMS en de KNMG de taak op zich genomen tot een «Draaiboek triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie» te komen. Daarbij hebben zij een adviesgroep geraadpleegd van medisch-ethici van de KNMG en hoogleraren (medische) ethiek en filosofie. Ook heeft de KNMG gesproken met een aantal belanghebbende partijen zoals ouderenorganisaties, de Patiëntenfederatie Nederland, Verplegenden en Verzorgenden Nederland etc. Het draaiboek is op 8 juni door de FMS en KNMG aan de IGJ en aan mij aangeboden. Dit draaiboek is bijgevoegd<sup>1</sup>. Zie het draaiboek voor een complete lijst van geconsulteerde organisaties.

Ik ben de FMS en de KNMG zeer erkentelijk dat zij deze moeilijke en gevoelige discussie niet uit de weg zijn gegaan en dit draaiboek hebben opgesteld. Zoals gezegd heb ik er vertrouwen in dat deze situatie zich niet zal voordoen maar het is belangrijk daar toch op voorbereid te zijn. Daarom is het goed dat het draaiboek er nu is, het voorziet ook in een behoefte bij zorgprofessionals.

De FMS en KNMG zullen de komende tijd een breder gesprek voeren met hun leden en daarmee feedback ophalen over inhoud, draagvlak, toetsbaarheid en toepasbaarheid. Met andere woorden: werkt het in de praktijk en is er draagvlak voor triage op basis van deze criteria? Hierbij zullen nadrukkelijk ook de zorgprofessionals worden betrokken die ervaringen hebben gehad met het oplopen tegen de grenzen van de IC-bezetting in hun ziekenhuizen de afgelopen maanden. De KNMG en FMS hebben aangegeven open te staan voor aanpassing van het draaiboek op basis van deze feedback en reacties in het maatschappelijk debat.

Ik wacht met belangstelling de uitkomsten van deze dialogen af. Op voorhand vind ik dat het draaiboek vele nuttige en zeer bruikbare elementen bevat. Ik kan mij goed vinden in de gehanteerde uitgangs-

---

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

punten dat (1) ieder mens gelijkwaardig is, (2) we zoveel mogelijk levens willen redden en dat (3) gelijken gelijk worden behandeld en ongelijken ongelijk.

Tegelijk heb ik al eerder aangegeven dat ik mij niet kan vinden in een triage waarin leeftijd, los van medisch inhoudelijke overwegingen, een rol speelt. De KNMG en FMS stellen voor om in een uiterste situatie waarin patiënten onderling niet meer van elkaar te onderscheiden zijn op medische gronden, patiënten eerst te selecteren op verwachte ligduur (patiënten die neer verwachting een relatief korte IC-opname nodig hebben gaan voor). Als er dan nog geen onderscheid is tussen patiënten gaan medewerkers in de zorg voor die beroepsmatig en veelvuldig contact met verschillende patiënten hebben gehad en zich wegens landelijke of regionale schaarste van persoonlijke beschermingsmiddelen, onvoldoende hebben kunnen beschermen. Daarna stellen de KNMG en FMS een selectie van patiënten op basis van leeftijdscohorten voor. Dit vanuit het principe van solidariteit tussen generaties dat onderbouwd wordt met het argument van «fair innings». Dit zegt dat jongere generaties een sterkere morele aanspraak op levensreddende zorg hebben dan oudere generaties, die al veel meer levensjaren hebben genoten. Een patiënt uit een jongere leeftijdsgroep zou dan voorrang krijgen op een patiënt die op medische en andere relevante gronden (zoals overlevingskans en verwachte ligduur) gelijkwaardig wordt beoordeeld uit een hogere leeftijdsgroep. Hoewel ik geen enkele twijfel heb aan de oprecht goede intenties, ben ik van mening dat hiermee een onderscheid uitsluitend op basis van leeftijd wordt gemaakt en dat kan ik niet ondersteunen. Voor mij, voor dit kabinet, is elk leven gelijkwaardig en als een oudere patiënt op medische gronden even veel herstelkansen heeft als een jongere patiënt, kan hem of haar geen aanspraak op levensreddende zorg worden ontzegd. Ik voel mij in dit standpunt gesteund door uw Kamer zoals in eerdere debatten naar voren is gekomen. Ook in een aantal ons omringende landen zoals België, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk wordt een dergelijk leeftijdscriterium niet gehanteerd.

De IGJ heeft ook te kennen gegeven dat nog niet is gebleken dat er voor een leeftijdscriterium maatschappelijk draagvlak is. Ook heeft de IGJ vraagtekens geplaatst bij toepasbaarheid en uitvoerbaarheid van het criterium dat medewerkers in de zorg die beroepsmatig veelvuldig en risicovol contact met verschillende patiënten hadden en zich wegens landelijke of regionale schaarste onvoldoende konden beschermen, voorrang hebben in de situatie van fase 3, stap C. De FMS en KNMG hebben naar aanleiding van de opmerkingen hierover van de IGJ een aantal aanpassingen aan het Draaiboek doorgevoerd en zullen in verdere gesprekken met artsen de uitvoerbaarheid bespreken. Overigens is het de vraag of het betreffende criterium rechtvaardig is ten opzichte van anderen die zich beroepsmatig in dergelijke risicovolle situaties hebben moeten begeven.

Mocht in het uiterste geval op grond van medisch inhoudelijke overwegingen, waarbij uiteraard ook leeftijd meeweegt in het herstelperspectief van de patiënt, geen onderscheid meer gemaakt kunnen worden, dan zou ik de voorkeur geven aan het zogenoemde «first come, first serve» criterium. Dit betekent dat patiënten in aanmerking komen voor behandeling op volgorde van binnenkomst.

Ik realiseer mij dat ook aan dit criterium nadelen kleven, hetgeen nog sterker geldt voor het alternatief: loting, maar alles afwegend geeft het kabinet op basis van de huidige inzichten de voorkeur aan dit criterium.

Tot slot. Ik benadruk nogmaals dat ik veel respect heb voor de FMS en KNMG dat zij dit triage vraagstuk hebben willen oppakken. Het is

essentieel dat als zorgprofessionals onverhoopt voor deze moeilijke keuzes komen te staan, zij zich gesteund voelen door een professionele leidraad die maatschappelijk is geaccepteerd. Met dit draaiboek zijn er belangrijke stappen gezet in die discussie over de afwegingscriteria in de genoemde bijzondere situaties. Tegelijk kan ik mij op sommige onderdelen van het draaiboek dus niet vinden. Tegen die achtergrond wacht ik de uitkomst van de raadplegingen van de FMS en KNMG en de eventuele aanpassingen van hun draaiboek af.

De Minister voor Medische Zorg,  
M.J. van Rijn