

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

961

Vragen van de leden **Omtzigt** (Omtzigt), **Wilders**, **Agema** (beiden PVV), **Hijink** (SP), **Westerveld** (GroenLinks), **Kuiken** (PvdA), **Pouw-Verweij** (JA21), **Van der Staaij** (SGP), **Gündogan** (Volt), **Van Esch** (PvdD), **Simons** (BIJ1) en **Den Haan** (Fractie Den Haan) aan de Minister-President en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de uitspraken van dhr. Gommers dat hij over 10 dagen code zwart verwacht* (ingezonden 24 november 2021).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 29 november 2021).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van de uitspraken van dhr. Gommers, lid van het Outbreak Management Team (OMT) en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), die bij de expertmeeting in de Tweede Kamer op 23 november jl. vertelde dat hij binnen tien dagen «code zwart» verwacht, dat het maatregelenpakket van begin november niet gewerkt heeft?

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Over welke informatie beschikt u dat u beweert dat we ver verwijderd zijn van code zwart (Minister van VWS, maandag 22 november), terwijl mensen die over tien dagen in het ziekenhuis liggen of op de Intensive Care (IC), nu al besmet zijn en we die aantallen niet eens kunnen verminderen met welke maatregel dan ook?

Antwoord 2

Om inzicht te krijgen in de huidige situatie maak ik gebruik van de gegevens die worden verzameld onder andere door het Landelijke Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) en de toezichthouders, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Ook ben ik constant in gesprek met veldpartijen, om scherp zicht te houden op de actuele situatie op de werkvloer in verschillende zorgsectoren. Op basis van deze cijfers en beelden is het duidelijk dat de druk op de zorg toeneemt. Om deze reden is op 26 november jl. fase 2d afgekondigd. In fase 2d nemen we maximaal maatregelen om de capaciteit in de zorg uit te breiden, om zo fase 3 te voorkomen. De regulier planbare zorg (klasse 4 en 5) in de ziekenhuizen zal volledig afgeschaald worden, zodat zorgverleners ingezet kunnen worden

daar waar zij het meest nodig zijn. De IC-capaciteit wordt verder opgeschaald. Deze maatregelen helpen om een scenario te voorkomen dat we in fase 3a of b komen of uiteindelijk fase 3c (welke ook wel «code zwart» genoemd wordt). Met het beantwoorden van deze Kamervragen voldoe ik ook aan het verzoek van uw Kamer van 23 november jl. om te reageren op de oplopende druk in de zorg.

Vraag 3

Hoe beoordeelt u het feit dat we het hoogst aantal besmettingen ooit hebben vastgesteld met een percentage positief van meer dan 20% en dat velen niet kunnen testen vanwege de lange wachttijden en de afstanden naar de teststraat?

Antwoord 3

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik uw Kamer naar de passage over de GGD testcapaciteit in de Maatregelenbrief van 26 november jl.

Vraag 4

Hoe beoordeelt u de consequenties van het niet of te laat kunnen testen t.o.v. het aantal besmettingen en de bestrijding van COVID-19?

Antwoord 4

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik uw Kamer naar de passage over de testdrukke en zicht op het virus in de Maatregelenbrief van 26 november jl.

Vraag 5

Bent u bekend met de vele noodkreten uit ziekenhuizen, van huisartsen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) en anderen in de zorg?

Antwoord 5

Ja, daar ben ik mee bekend. Ik spreek dagelijks met allerlei partijen in de zorg over deze noodkreten.

Vraag 6

Hoe komt het dat Nederland (0,1 miljoen boosterprikken) heel ver achter loopt met vrijwillige boosterprikken in vergelijking met bijvoorbeeld Duitsland (meer dan 5 miljoen), België (1 miljoen), het VK (15 miljoen)?

Antwoord 6

Situaties in verschillende landen laten zich niet altijd één op één vergelijken. In landen waar al is gestart met de booster, gaat het deels om het aanbieden van derde prikken aan mensen met een zeer verzwakt immuunsysteem. Dat gebeurt in Nederland ook al sinds 6 oktober jl. We hebben in het voorjaar de eerste vragen over de booster bij het OMT en de Gezondheidsraad neergelegd. In juni 2021 concludeerden zowel het OMT als de Gezondheidsraad dat een booster nog niet aan de orde was. De Gezondheidsraad heeft op 14 september jl. een advies uitgebracht waarin werd benadrukt dat de vaccins in Nederland nog steeds heel goed beschermen tegen ziekenhuisopname en ernstige ziekte. De Gezondheidsraad gaf toen aan dat een booster voor de algehele bevolking niet nodig was (een derde prik voor immuungecompromiteerden wel, zij krijgen sinds oktober 2021 een boostervaccinatie). De Gezondheidsraad benadrukte toen ook dat op dat moment de COVID-19 gerelateerde ziekenhuisopnames voornamelijk bestonden uit ongevacceerde mensen. De ongevacceerden zijn gebaat bij een primaire vaccinatie en voor hen zal een eventuele boostervaccinatie geen of nauwelijks effect hebben. Het advies was daarom ons te richten op het ophogen van de vaccinatiegraad, onder andere door het doorgaan met fijnmazig vaccineren. Wel heeft de Gezondheidsraad geadviseerd alvast te anticiperen op een mogelijke booster. Dat hebben we ook gedaan. Ik heb het RIVM en de GGD gevraagd dit voor te bereiden, en het RIVM heeft steeds gemonitord hoe het ervoor stond met de vaccineffectiviteit. Toen de allereerste signalen binnenkwamen van een mogelijke zeer kleine afname in de effectiviteit, bij de oudste ouderen, heb ik de Gezondheidsraad opnieuw om advies gevraagd. Op 2 november jl. heeft de Gezondheidsraad geadviseerd te starten met de booster voor 60-plussers, de oudste ouderen eerst. Op 18 november is de boostercampagne van start

gegaan. Ook in het advies dat de Gezondheidsraad op 25 november jl. heeft uitgebracht, geeft de raad aan dat de huidige COVID-19-vaccins de algemene bevolking nog goed beschermen tegen ernstige ziekte. Ik wil nogmaals benadrukken dat de Gezondheidsraad benoemt «dat een boostercampagne op dit moment een relatief beperkt effect zal hebben op het aantal besmettingen». Ook geeft de Gezondheidsraad aan dat «het advies niet moet worden gezien als een instrument om de huidige besmettingsgolf te lijf te gaan.» Daarnaast blijft het belangrijk om te benadrukken dat de cijfers nog steeds heel goede bescherming bieden tegen ernstige ziekte en ziekenhuisopname. Dat zien we ook terug in de cijfers van het RIVM.

Vraag 7

Is er een relatie tussen deze achterstand van boostereren tussen de GGD en het gebrek aan personeel om dit logistiek snel te regelen?

Antwoord 7

De boostercampagne is na het advies van de Gezondheidsraad op 2 november jl. op 18 november jl. van start gegaan. De GGD richt het proces voor de boostercampagne in. Dit doen GGD'en naast het fijnmazig vaccineren en opschalen van testcapaciteit. Tijdens de piek van het vaccineren waren er ca. 35.000 medewerkers werkzaam op de GGD-vaccinatielocaties. Na de massacampagne, waarin 1,5 miljoen prikken per week gezet werden, is er afgeschaald naar 7.000 medewerkers in de fase dat er nog enkele honderdduizenden prikken per week gezet werden, het niveau waar de GGD'en in oktober nog op zaten. GGD'en hebben in razendsnel tempo opgeschaald om op 18 november te kunnen starten met de boostercampagne. Dit is 2,5 week na het advies van de Gezondheidsraad. De komende periode schalen de GGD'en voor de boostercampagne verder op naar de maximale personele capaciteit die te realiseren is. De arbeidsmarkt is ingewikkelder geworden, waarbij er een tekort is aan medici, zowel vaccineerders als artsen. Ook het werven van mensen voor het callcenter kost extra inspanningen gezien de grote vraag naar callcentermedewerkers in de hele markt. Het kost de GGD dus meer tijd om personeel aan te trekken. Daarnaast kost het opleiden van mensen eveneens tijd.

Vraag 8

Heeft u kennisgenomen van het feit dat het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames afneemt onder oudere groepen in het VK en België die een Boosterprik gehad hebben?

Antwoord 8

Ja.

Vraag 9

Wat gaat u eraan doen om code zwart te voorkomen en om ervoor te zorgen dat er de komende maanden een fatsoenlijke hoeveelheid niet-COVID zorg geleverd kan worden en dat de zorg niet volledig uitgeput raakt?

Antwoord 9

Het kabinet heeft op landelijk niveau maatregelen genomen, zoals beschreven in de maatregelenbrief van 26 november, om de besmettingen en additionele opnames in de ziekenhuizen terug te brengen. Daarnaast worden binnen de zorgsector in fase 2d verschillende acties ondernomen om de maximale zorgcapaciteit te benutten en de (semi-)acute zorg, zowel voor COVID- als non-COVID-patiënten, te waarborgen en zo veel mogelijk (IC-afhankelijke) kritiek planbare zorg te kunnen verlenen. Om dit te realiseren is het helaas noodzakelijk dat planbare zorg wordt afgeschaald. Er wordt maximaal samengewerkt in de regio en in de keten en COVID-patiënten worden verspreid om de druk gelijkmatig te verdelen.

Vraag 10

Wat gaat u concreet doen om het zorgpersoneel overeind te houden de komende maanden en om ze te behouden voor de zorg?

Antwoord 10

Ik heb grote waardering voor al die zorgprofessionals die al sinds het begin van de crisis zijn opgestaan om te doen wat nodig is: zo goed als mogelijk en onder vaak moeilijke omstandigheden zorg blijven bieden aan eenieder die dat nodig heeft. Om zorgprofessionals daarin zo goed mogelijk te ondersteunen en ze te behouden voor de zorg, zet ik diverse crisisinstrumenten en -maatregelen in. Dit doe ik langs vijf lijnen. De eerste en belangrijkste is het verminderen van de druk op de zorg door landelijke maatregelen om het coronavirus in te dammen en zo het aantal besmettingen te verminderen. De tweede is het zo goed mogelijk verdelen van de druk op de zorg en daarmee van de druk op de zorgprofessionals, door het spreiden van patiënten en het bevorderen van samenwerking in de hele keten. De NZa en IGJ zien hier op toe. De derde lijn betreft financiële en juridische ruimte voor het zo creatief mogelijk vergroten en benutten van de personele capaciteit. Dit doe ik onder andere met de subsidieregeling voor de opschaling van de IC's. Tevens heb ik een tweetal tijdelijke BIG-maatregelen genomen om de zorgprofessionals te ontlasten, namelijk het opschorten van de herregistratieverplichting voor de artikel 3 BIG-registreerde zorgprofessionals en het zelfstandig inzetten van voormalig artsen en verpleegkundigen, onder specifieke voorwaarden. Zo kan gewerkt worden aan het ontlasten van zorgprofessionals, bijvoorbeeld door middel van inzet van buddies op de IC. De vierde lijn is de gerichte inzet van de Nationale Zorgreserve bij zorgorganisaties in nood en bij regionale en bovenregionale COVID-capaciteit. De inzet van reservisten is momenteel nog beperkt, aangezien de Nationale Zorgreserve nog in opbouw is. Als *last resort* is inzet van Defensie mogelijk. De vijfde lijn is de ondersteuning van de mentale gezondheid. In aanvulling op hetgeen reeds beschikbaar is binnen de eigen organisatie voor zorgprofessionals, faciliteer ik verschillende landelijke initiatieven, zoals het contactpunt «psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals» van psychotrauma centrum ARQ-IVP.

Vraag 11

Kunt u aangeven wat uw huidige inschatting is over de noodzaak om fase 3 in het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) opschalingsplan te activeren? Vanaf welk moment en bij welke bezetting van de klinische capaciteit is het noodzakelijk om fase 3 te activeren?

Antwoord 11

Zoals bekend blijven de cijfers wat betreft besmettingen en ziekenhuisopnames als gevolg van COVID-19 toenemen. Op dit moment liggen er 960 patiënten op de IC, waarvan 563 patiënten met covid-19. Hierdoor ontstaat een steeds grotere druk op de zorg, daarom heeft het dagelijks bestuur van Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) mij eerder verzocht om op te schalen naar fase 2d van het «Opschalingsplan COVID-19» van de LNAZ¹. Het Opschalingsplan dient ertoe dat we – ondanks de toenemende druk – toch de zorg zo veel als mogelijk toegankelijk houden voor mensen met een dringende of acute zorgvraag. In fase 2d zetten we in op regionale én landelijke aangepaste spreiding, maximale opschaling van IC-beddencapaciteit tot 1350 IC-bedden en bijbehorende klinische capaciteit, volledige afschaling van reguliere planbare zorg in de ziekenhuizen (klasse 4 en 5 volgens het raamwerk van de Federatie Medisch Specialisten²), waar verantwoord het afschalen van kritiek planbare zorg (klasse 3), maximale samenwerking, het maximaal verminderen van de instroom en het bevorderen van de uitstroom van patiënten. Pas als al deze stappen uit fase 2d onvoldoende effect hebben om de continuïteit van (acute) zorg te waarborgen, zou er sprake van kunnen zijn dat fase 3 afgekondigd wordt. Het is nu niet mogelijk om exact aan te geven wanneer sprake zal zijn van een crisis ten aanzien van de landelijke zorgcontinuïteit, dit is namelijk van verschillende factoren afhankelijk. Daarom kan ik geen specifieke cijfers noemen wat betreft de bezetting van de klinische capaciteit in relatie tot de afkondiging van fase 3. Dit gezegd hebbende is het

¹ LNAZ, «Opschalingsplan COVID-19 versie 1.1», oktober 2021. Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

² FMS, «Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk», 30 oktober 2020.

goed om te weten dat er op dit moment nog geen indicatie is dat op korte termijn fase 3 afgekondigd zal moeten worden.

Vraag 12

Hoe snel kunnen medische mondneusmaskers worden uitgedeeld aan mensen in de zorg, de openbare orde en medewerkers die niet thuis kunnen werken, wanneer fase 3 in het LNAZ opschalingsplan nodig is?

Antwoord 12

In het geval de zorg niet meer bij hun reguliere leveranciers terecht kan, dan kan er bij het Bureau Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) besteld worden en wordt het de volgende dag geleverd. Het Bureau LCH is primair voor het leveren van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) aan de zorg. Mocht het nodig zijn dat er aan de medewerkers in de openbare orde geleverd moet worden, dan is het logistiek ook mogelijk om dat te realiseren.

Vraag 13

Kunt u aangeven in welke mate de voorraden voor medicatie, zuurstof, en andere middelen op orde zijn als mensen thuis moeten blijven, wanneer fase 3 in het LNAZ opschalingsplan nodig is?

Antwoord 13

De beschikbaarheid van COVID-gerelateerde geneesmiddelen wordt gevolgd door het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG). Momenteel monitoren zij de Corona Crisis Voorraad (CCV) aan geneesmiddelen in Nederland. Dit is een in ziekenhuizen aanwezige voorraad van COVID-geneesmiddelen die vijf maanden regulier en drie maanden piekgebruik kan opvangen. Zo is er een grote hoeveelheid zuurstofapparaten naar de zuurstofleveranciers gegaan voor de behandeling van COVID-patiënten in de thuissituatie. De zuurstofleveranciers hebben daar nog voldoende van op voorraad. Daarnaast staat er nog een voorraad zuurstofapparaten bij het Bureau LCH die direct uitgeleverd kan worden, mocht de situatie nog nijpender worden. Op het moment dat er extramuraal tekorten dreigen, melden partijen dit ook bij het LCG. Het LCG bekijkt dan of acties rondom coördinatie of herverdeling aan de orde zijn.

Vraag 14

Kunt u garanderen dat de openbare orde rondom zorginstellingen, zoals huisartsenpraktijken, de verpleeghuizen, en ziekenhuizen bewaakt kan worden als de zorg vastloopt?

Antwoord 14

Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heeft aandacht voor de mogelijke noodzaak tot het beveiligen van zorginstellingen. Hierover wordt het gesprek gevoerd met de ROAZ-voorzitters. Daarnaast voeren de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG'en) als *linking pin* tussen de domeinen zorg en veiligheid het gesprek met de voorzitters van de veiligheidsregio's. De DGP'en informeren de veiligheidsregio over de opschaling naar fase 2d en de situatie in de brede zorg. De beveiliging van zorginstellingen is hierbij een belangrijk bespreekpunt. Het gesprek over openbare orde in relatie tot de zorg wordt ook gevoerd binnen het strategisch overleg van veiligheidsregio's.

Vraag 15

Is de gemandateerde centrale regie rondom patiëntenspreiding volledig gewaarborgd en georganiseerd?

Antwoord 15

Ja. In het «Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie»³ van oktober 2020 is afgesproken dat het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) verantwoordelijk is voor het spreiden van COVID-patiënten over de regio's. Het LCPS bepaalt daartoe de landelijke capaciteit die nodig is en hoe deze over de regio's worden verdeeld. In de regio's wordt gezorgd dat deze capaciteit beschikbaar is. Dit is

³ Kamerstuk 29 247, nr. 317

geen vrijblijvende afspraak en alle partijen hebben zich aan deze afspraak gecommitteerd. Alle ziekenhuizen zetten zich hier elke dag voor in. Op 19 november 2021 is een aanvulling op dit tijdelijk beleidskader aan uw Kamer gestuurd⁴, waarin aanvullend is afgesproken dat binnen elke regio bij het spreiden van COVID-patiënten rekening wordt gehouden met het borgen van IC-afhankelijke kritiek planbare zorg. Het spreiden van patiënten verliep begin november stroef, vanwege de snelle stijging van het aantal COVID-patiënten, het streven om reguliere zorg zo lang mogelijk door te laten gaan en het hoge ziekteverzuim bij zorgprofessionals. Na ingrijpen van de NZa en de IGJ op 5 november jl., waarin ROAZ-voorzitters per brief zijn gewezen op hun verantwoordelijkheid om klinische en IC-bedden aan te bieden voor bovenregionale spreiding van COVID-patiënten, verloopt het spreiden weer beter.

Vraag 16

Bent u bereid om binnen drie weken eindelijk een middellange termijn strategie te presenteren over corona, zodat u niet constant overvallen wordt?

Antwoord 16

Op 14 september jl. is uw Kamer geïnformeerd over de Aanpak Najaar. In deze aanpak is aan de hand van verschillende scenario's, zoals ook aangeraaden in het recente advies van de WRR/KNAW, uitgewerkt hoe we dit najaar voor ons zien en duiden. Daarbij beschouwen we het scenario waarin we de komende tijd te maken blijven houden met oplevingen van het virus als het meest reële scenario. Binnen dit specifieke scenario zijn verschillende niveaus onderscheiden voor wat betreft de epidemiologische ernst. Aan deze niveaus zijn vervolgens bepaalde sets met maatregelen gekoppeld. Het streven bij de Aanpak Najaar is om oplevingen van het virus zo veel als mogelijk te beheersen, en tegelijkertijd de samenleving zo veel als mogelijk geopend te houden en maatschappelijke activiteiten daarmee doorgang te laten vinden. De ontwikkeling van de strategie, alsook de elementen die er onderdeel van uitmaken, zoals beschreven in de Aanpak Najaar, staat daarbij niet stil. Wat betreft de ontwikkeling van nieuwe maatregelen heeft het kabinet verschillende wetsvoorstellen voorbereid die onlangs naar uw Kamer zijn gestuurd. Deze wetsvoorstellen beogen een bredere inzet van een coronatoegangsbewijs (CTB) op basis van 3G, alsook een juridische mogelijkheid tot het gericht inzetten van een 2G-CTB in bepaalde sectoren. De overkoepelende strategie zoals die wordt beschreven in de Aanpak Najaar achten we nog steeds actueel en van belang. We leggen onze focus momenteel op de bestrijding van de epidemie langs de uitgezette beleidskaders. Mochten deze beleidskaders volgens u een herijking vereisen, dan zijn we uiteraard graag bereid daarover het gesprek met uw Kamer te voeren.

Vraag 17

Kunt u deze vragen voor donderdag 25 november 14.00 uur beantwoorden?

Antwoord 17

De beantwoording was niet mogelijk in één dag, maar is u zo snel als mogelijk toegezonden.

⁴ Kamerstuk 29 247, nr. 338