

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

1396

Vragen van het lid **Van Haga** (Groep Van Haga) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de berichtgeving over *de drukte in de ziekenhuizen als gevolg van de griepepidemie* (ingezonden 11 januari 2023).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 30 januari 2023).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het bericht «Te veel opnames in korte tijd, patiënten overnachten noodgedwongen op spoedeisende hulp: «Dit wil je niet»»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Hoe reflecteert u op de huidige drukte in de ziekenhuizen ten opzichte van de drukte in de winter/tijdens het griepseizoen, voordat de coronacrisis begon? Kunt u aangeven of deze drukte nu vergelijkbaar is met bijvoorbeeld, de situatie in de ziekenhuizen tijdens het griepseizoen van 2018, toen de ziekenhuizen ook «uitpuilden» van de patiënten? Zou u zeggen dat ten opzichte van voor de coronacrisis dus eigenlijk niets is veranderd in de zorg en dat nu dus bovendien eigenlijk exact dezelfde situatie plaatsvindt als tijdens de coronacrisis?²

Antwoord 2

Een inschatting of het aantal heftige griepvirusinfecties anders is ten opzichte van voorgaande griepepidemieën en wat het gevolg daarvan is, is op dit moment lastig te maken, onder andere omdat we niet weten hoe de griepepidemie die net begonnen is zich verder zal ontwikkelen. De cijfers duiden nu op een aanhoudende epidemie, met een lage intensiteit,³ maar we weten ook niet hoe lang die zal duren en met welke omvang, welke influenza-

¹ AD, 9 januari 2023, «Te veel opnames in korte tijd, patiënten overnachten noodgedwongen op spoedeisende hulp: «Dit wil je niet»» (<https://www.ad.nl/binnenland/te-veel-opnames-in-korte-tijd-patienten-overnachten-noodgedwongen-op-spoedeisende-hulp-dit-wil-je-niet~a43915b7/>).

² AD, 21 februari 2018, «Ziekenhuizen puilen uit van de grieppatiënten» (<https://www.ad.nl/binnenland/ziekenhuizen-puilen-uit-van-de-grieppatiënten~ab5eb9e0/>).

³ Actuele weekcijfers ziekten en aandoeningen – Surveillance I Nivel.

virussen zullen domineren en wat de uiteindelijke effectiviteit van het griepvaccin zal zijn. Ook is het niet goed in te schatten wat SARS-CoV-2 verder zal doen de komende maanden. Als de griep epidemie zich ontwikkelt zoals de griep epidemie van 2017/2018, dan resulteert dit in een behoorlijke druk op de zorg (beschikbaarheid bedden en zorgpersoneel) en een verhoogde mortaliteit als gevolg van griep. Echter, de griep epidemie van 2017/2018 was uitzonderlijk over de 10 jaren voor de COVID-19 pandemie. Ook houden we er rekening mee dat door het gelijktijdig epidemisch rondgaan van de verschillende luchtwegvirussen inclusief SARS-CoV-2 al deze infecties en dus niet alleen de griepvirusinfecties bijdragen aan de druk in de zorg.

Ik herken dat de toegankelijkheid van de zorg onder druk staat. Op diverse plekken in de zorg zijn de wachttijden lang en is er sprake van schaarste aan zorgpersoneel. Om hier verbetering in te brengen, onderneem ik diverse acties. Ik verwijs u kortheidshalve naar – onder meer – de acties ten behoeve van de aanpak van de wachtlijsten in de medisch-specialistische zorg⁴ en naar het Integraal Zorgakkoord voor de aanpak in de periode tot en met 2026.⁵

Vraag 3

Hoe reflecteert u op de hypothese dat er nu verschillende virussen tegelijk rondgaan waar meer mensen relatief zieker van lijken te worden dan tijdens een normaal griep/virus-seizoen, omdat de coronacrisis en de maatregelen en lockdowns ervoor hebben gezorgd dat mensen kampen met een verminderde afweer, waardoor relatief jonge mensen bijvoorbeeld hevige longontstekingen krijgen? Bent u het daarmee eens en zo nee, hoe is het dan mogelijk dat de griep opeens «terug» is uit het niets? Of is het misschien geen griep, maar corona, of was corona misschien wel gewoon de griep, of maakt het eigenlijk helemaal niets uit wat het was, of is, omdat het resultaat defacto hetzelfde is?

Antwoord 3

Het klopt dat er momenteel verschillende virussen circuleren die luchtweginfecties veroorzaken, naast de drie verschillende typen influenzavirussen, A(H1N1)pdm09, A(H3N2) en B/Victoria, zijn dat o.a. RS-virus, hMPV en rhinovirus. Het gelijktijdig rondgaan van deze virussen en SARS-CoV-2 maakt dat er veel mensen last hebben van een acute luchtweginfectie. Dat is normaal voor de tijd van het jaar, maar de afgelopen twee winters vertoonden verschillende luchtwegvirussen een afwijkend seizoenspatroon.⁶ Zo was er in de winter van 2020-2021 sprake van beperkte circulatie van luchtwegvirussen en was er geen griep epidemie. De epidemie van het RS-virus startte pas in juni 2021 en er was lange tijd sprake van verhoogde circulatie buiten het gebruikelijke seizoen. In de winter van 2021-2022 was er wel weer een griep epidemie maar deze startte relatief laat.

Het is bekend dat de algemene coronamaatregelen ook werken tegen de verspreiding van andere luchtwegvirussen. Nu de maatregelen zijn opgeheven, neemt de circulatie van luchtwegvirussen weer toe. Mensen – vooral jongeren – die in de afgelopen jaren niet ziek zijn geworden door verschillende luchtwegvirussen anders dan SARS-CoV-2, hebben nu het meeste last van een acute luchtweginfectie, waaronder ook infectie met het griepvirus. Het totaal aantal vatbare mensen is nu mogelijk groter dan in de winters vóór de COVID-19 pandemie.

Mensen die al eens door deze virussen geïnfecteerd zijn, zullen in elk geval nog gedeeltelijke immuniteit hebben. Dat is niet anders dan vóór de COVID-19 pandemie. De griep epidemie in het voorjaar van 2022 heeft ook bijgedragen aan herstel van de groepsimmuniteit tegen griep. De griep is dus nu niet opeens «terug». Feitelijk lijkt het patroon van tijdstip van de jaarlijkse griep epidemie zich te herstellen, vergelijkbaar met voor de COVID-19 epidemie. Griepvirussen veranderen voortdurend, waardoor de bestaande

⁴ Kamerstuk 29 248, nr. 338.

⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 655.

⁶ Feiten en cijfers | RIVM.

immuniteit mogelijk niet meer toereikend is en een nieuwe infectie mogelijk is. Daarop wordt de grieprik steeds aangepast en biedt een zo breed mogelijke bescherming. De prik bevat sinds 2019 vier verschillende typen influenzavirussen (A(H1N1)pdm09, A(H3N2), B/Victoria en B/Yamagata). Mensen die een verhoogd risico hebben om ernstig ziek te worden van griep hebben ook tijdens de COVID-19-pandemie, en voor dit seizoen ook weer, de grieprik aangeboden gekregen, waardoor deze groep in elk geval gedeeltematig beschermd is tegen ernstige ziekte door griepvirussen.

Sommige luchtwegvirussen, zoals het RS-virus, geven makkelijk een nieuwe infectie omdat het lichaam vaak een suboptimale afweer tegen zo'n virus aanmaakt na infectie. Van andere luchtwegvirussen, zoals het rhinovirus, bestaan meer dan 100 verschillende typen waardoor opnieuw geïnfecteerd worden, maar dan door een ander type, niet ongebruikelijk is.

Vraag 4

Weet u de Infection Fatality Rate (IFR) van dit influenzavirus en wat de gemiddelde leeftijd is van de personen die (mede) als gevolg van dit influenzavirus komen te overlijden? Hoe verhoudt zich dat tot dezelfde gegevens met betrekking tot het coronavirus? Gaat u na dit griepseizoen in kaart brengen hoeveel mensen als gevolg dit influenzavirus zijn gestorven, welk deel van de populatie dat was, zodat de impact kan worden vergeleken met de impact van de coronagolven?

Antwoord 4

Er zijn twee maatstaven die worden gebruikt om het aandeel geïnfecteerde personen met fatale afloop te beoordelen. De eerste is de infection fatality ratio (IFR), het risico op sterfte per infectie. Om dit te kunnen bepalen is grootschalig serologisch onderzoek nodig zowel voor als na de griep epidemie om de immuniteit van de Nederlandse bevolking tegen influenzavirus en het aantal geïnfecteerde mensen te bepalen. Deze informatie is niet beschikbaar. De tweede is de case fatality ratio (CFR), het percentage van de sterfgevallen onder geïdentificeerde bevestigde gevallen. Hierbij is het belangrijk te melden dat de CFR aanzienlijk hoger is dan de IFR, omdat slechts een zeer klein deel van alle geïnfecteerden (d.w.z. mensen zonder klachten dan wel milde of zware klachten) met een laboratoriumtest bevestigd worden.

Aangezien influenza, anders dan SARS-CoV-2, niet meldingsplichtig is, is slechts beperkte data beschikbaar, afkomstig uit wekelijkse influenza surveillance. De incidentie van het influenzavirus wordt bijgehouden in het landelijk netwerk van huisartsenpraktijken van het Nivel, op basis van het aantal patiënten met griepachtige klachten en testen van keel- en neusmonster bij een deel van deze patiënten. Daarnaast komt wekelijks data binnen van 19 virologische laboratoria en van een groot aantal ziekenhuislaboratoria die monsters insturen naar het Nationaal Influenza Centrum (een samenwerking tussen het RIVM en het Erasmus Medical Center) voor (sub)typering en karakterisering van de match met de grieprik. Er is in Nederland geen actueel landelijk overzicht van het aantal mensen met (complicaties van) griep waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk is.

Op basis van historische data voor de influenzaseizoenen 2011/12 tot 2019/20 is middels modellering een CFR bepaald voor elk van de drie typen influenzavirussen. Een manuscript met deze data wordt binnenkort ingediend voor publicatie. Uit de voorlopige resultaten blijkt dat de CFR voor mensen van 55 jaar en ouder 0,28%, 0,58% en 0,49% is, voor mensen van 55-84 jaar 0,14%, 0,27% en 0,24%, en voor mensen van 85 jaar en ouder 2,51%, 4,76% en 4,08% voor respectievelijk influenzavirus A(H1N1)pdm09, influenzavirus A(H3N2) en influenzavirus type B. Hoe hoger de leeftijd, hoe hoger het risico op overlijden. Het is niet mogelijk om een overall CFR voor het gehele griepseizoen te geven omdat deze, naast leeftijd, ook afhankelijk is van de verschillende typen influenzavirus en in welke verhouding deze gedurende het seizoen circuleren.

Na afloop van het huidige griepseizoen (na week 20 2023) kan de CFR voor de influenzavirussen op dezelfde manier opnieuw door modellering geschat worden.

Voor het kalenderjaar 2021 is de CFR voor SARS-CoV-2 berekend naar leeftijdsgroep met behulp van de geschatte aantallen symptomatische infecties (hetzij met milde of zware klachten).⁷ De CFR van SARS-CoV-2 voor de leeftijdsgroepen 55 jaar en ouder, 55-84 jaar, en 85 jaar en ouder is respectievelijk 1,8%, 1,2% en 8,1%. Een hoge leeftijd geeft een hoger risico op overlijden als gevolg van een SARS-CoV-2 infectie, net zoals bij influenzavirus. De CFR voor SARS-CoV-2 is voor alle leeftijdsgroepen hoger dan die voor elk van de influenzavirus typen.

Vraag 5

Hoe reflecteert u op het feit dat veel zorgpersoneel thuis zit met een burn-out, of Long Covid, waardoor de druk op de zorg toe blijft nemen? Deelt u de mening dat een pro-actiever opschalingsbeleid, betere werkomstandigheden en betere beloning – zowel tijdens de coronacrisis als structureel – dit in ieder geval deels had kunnen voorkomen? Zo nee, waarom niet? Kunt u een uitgebreide uitleg geven?

Antwoord 5

Het afgelopen jaar is het ziekteverzuim in de zorgsector gestegen: van 6,2% in Q3 2021 naar 7,1% in Q3 2022. De oorzaak van ziekte wordt niet geregistreerd, maar ongetwijfeld zullen zorgmedewerkers zijn uitgevallen als gevolg van burn-out- of post-COVID klachten. Een hoog ziekteverzuim zal de druk op het personeel verder laten toenemen. Ik deel uw mening echter niet dat dit grotendeels voorkomen had kunnen worden met pro-actiever beleid vanuit het Ministerie van VWS. Graag licht ik dit toe.

Goede werkomstandigheden en beloning zijn van belang om medewerkers voor de zorg te behouden en uitval te voorkomen. Beloning in de vorm van salaris speelt daarin een rol. Uit het uitstroomonderzoek van PFZW (2022)⁸ blijkt echter dat het management/organisatie (36%) en de inhoud van het werk (33%) de belangrijkste redenen zijn voor vertrek. De financiële beloning (22%) als vertrekreden is minder belangrijk. Het is in de eerste plaats aan de werkgevers om, samen met hun medewerkers, een goed beeld te krijgen van de oorzaken en mogelijke oplossingsrichtingen van het vertrek en het hoge ziekteverzuim in hun organisatie. Daarnaast zet het kabinet, samen met alle partijen, binnen het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn in op de transitie om anders te werken in de zorg, onder andere door het vergroten van werkplezier en zeggenschap. Goed werkgeverschap vormt hier expliciet onderdeel van. Ik ondersteun werkgevers hierbij. Een van de concrete acties is het subsidiëren van een data-gedreven pilot met als doel om meer zicht en handelingsperspectief te verkrijgen om het verzuim en het verloop binnen de zorg te verminderen.

Vraag 6

Weet u hoeveel zorgpersoneel momenteel thuis zit omdat zij een positieve coronatest hebben, terwijl zij misschien helemaal niet ziek zijn, maar vanwege de quarantainerichtlijnen die zijn overgebleven uit de coronacrisis niet kunnen komen werken? Indien u dit niet weet, gaat u dit dan in kaart brengen?

Antwoord 6

Zoals ik in mijn brief van 9 december jl heb gemeld heeft het Deskundigenbeeraad (DB) geadviseerd om het test- en inzetbeleid van zorgmedewerkers, gezien de huidige epidemiologische situatie van COVID-19, de ziektelast van COVID-19 en de impact op de zorgketen en zorgcapaciteit, aan te passen. Het DB adviseert onder andere dat het advies voor inzet van zorgmedewerkers binnen het ziekenhuis en voor de huisartsenzorg aangepast kan worden. Voor zorgpersoneel van ziekenhuizen en in de huisartsenzorg betekent dit dat zij niet per se thuis zitten omdat zij een positieve coronatest hebben.

⁷ <https://www.rivm.nl/publicaties/staat-van-infectieziekten-in-nederland-2021>.

⁸ Waarom verlaten werknemers de sector zorg en welzijn? (pfzw.nl).

Vraag 7

Hoe reflecteert u op de situatie dat patiënten vanuit het ziekenhuis niet kunnen doorstromen naar andere vormen van zorg en/of revalidatie en dus te lang en onnodig ziekenhuisbedden bezet houden, omdat de keten van voor tot achter verstopt zit? Kunt een analyse geven van welke invloed de coronacrisis en de maatregelen op deze verstopping hebben gehad?

Antwoord 7

De toegankelijkheid van de zorg staat onder druk en op diverse plekken in de zorg zijn de wachttijden lang. Overal is sprake van schaarste aan zorgpersoneel. De coronacrisis heeft de bestaande knelpunten in de zorg vergroot, maar ons ook inzicht in mogelijke oplossingsrichtingen opgeleverd zoals betere zorgcoördinatie en intensieve regionale samenwerking. Deze inzichten werken door in de verschillende akkoorden die ik de afgelopen heb gesloten.⁹ Zo zijn er in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken gemaakt om regioplanen op te stellen, met als doel knelpunten in de zorgketen te identificeren en de doorstroom te verbeteren.

Vraag 8

Bent u voornemens om te gaan onderzoeken in hoeverre de coronamaatregelen en de lockdowns van invloed zijn geweest op de afweer van de Nederlandse bevolking, om zo een eventueel verband tussen de vele en uitzonderlijk zieke patiënten en het coronabeleid vast te stellen, of uit te sluiten? Zo nee, waarom niet? Lijkt het u niet nuttig om een kosten-baten analyse te maken, met het oog op potentiële toekomstige (nieuwe) pandemieën, zorgcrises en de beoogde «pandemische paraatheid»?

Antwoord 8

De corona uitbraak is intensief gemonitord. Er wordt zowel op het gebied van COVID-19 als in de bredere infectieziekten bestrijding periodiek gemonitord op het vóórkomen van aandoeningen, en de samenhang hierin tussen de coronapandemie en andere infectieziekten. Causale gevolgtrekkingen specifiek op

het effect van (corona)maatregelen op afweer zijn niet te maken. Immers, ook wanneer er geen maatregelen vanuit de overheid werden genomen nemen mensen op eigen initiatief voorzorgsmaatregelen ter bescherming van zichzelf en hun naasten tegen COVID-19 en andere infectieziekten. Er wordt op gebied van infectieziekten veel onderzoek gedaan naar de uitbraken, maatregelen en immuniteit. Bijvoorbeeld door het RIVM in het PIENTER en het PIENTER-corona onderzoek en via ZonMw door programma besmetting en verspreiding.^{10, 11}

Vraag 9

Kunt u een inschatting maken van het gevolg van het relatief grote aantal heftige virusinfecties ten opzichte van voorgaande griepjaren voor de kwetsbare en chronisch zieke mensen in de Nederlandse bevolking? Hoeveel van deze kwetsbare mensen zullen hierdoor meer, complexer en langduriger zorg nodig hebben? Hoeveel mensen lopen hierdoor permanente gezondheidsschade op, of ontwikkelen andere/extra aandoeningen en/of comorbiditeiten? Wat betekent dit voor de (druk op de) zorg op de lange termijn? Indien u hiervan geen inschatting kunt maken, bent u dan bereid hiervoor een impactanalyse te maken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 9

Zoals ik ook heb aangegeven in mijn antwoord op vraag 1, is het niet te voorspellen hoe de griep epidemie zich zal ontwikkelen en daarom niet mogelijk om op voorhand een inschatting te maken van de gevolgen en die te vergelijken met eerdere griepseizoenen. De griepseizoenen verschillen in duur en omvang afhankelijk van o.a. de typen virus die circuleren, welke type

⁹ Het Integraal Zorgakkoord (IZA), Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

¹⁰ PIENTER Corona onderzoek | RIVM.

¹¹ Besmetting en verspreiding COVID-19 – ZonMw.

virus domineert, het aantal vatbare personen en de match van het circulerende virussen met die van de virusstammen opgenomen in de griepvaccinatie. Als de griep epidemie zich gaat ontwikkelen als de griep epidemie van 2017/2018, dan zal er een behoorlijke impact zijn op de druk op de zorg (beschikbare bedden en beschikbaar zorgpersoneel) als ook mortaliteit als gevolg van griep. Echter, de omvang griep epidemie van 2017/2018 was uitzonderlijk groot in de tien jaren voor de COVID-19 pandemie. De druk op de zorg en sterfte zal daarnaast bepaald worden door het gelijktijdig circuleren van verschillende luchtwegvirussen inclusief SARS-CoV-2. Ook daarvan is niet te voorspellen hoe dat zich zal ontwikkelen. Vooral kwetsbare en chronisch zieke mensen lopen door elk van die verschillende soorten virussen een verhoogd risico op complicaties. Vaccinatie tegen SARS-CoV-2 en griep helpen om een deel daarvan te voorkomen. Algemene maatregelen zoals thuisblijven wanneer je klachten hebt, niezen of hoesten in de elleboog, frequent handen wassen, afstand houden, ventileren en extra voorzichtig zijn bij kwetsbare mensen, helpen om de impact van alle luchtwegvirusinfecties in te perken.

Zoals ook in het antwoord op vraag 7 aangegeven, herken ik dat de toegankelijkheid van de zorg onder druk staat. Dit is een ingewikkeld vraagstuk waar vanwege verschillende factoren zoals ook ziekteverzuim en schaarste aan personeel geen snelle oplossing voorhanden is. De toegenomen zorgvraag sluit onvoldoende aan bij de huidige capaciteit. In het IZA zijn zoals gezegd hierover afspraken gemaakt voor de inrichting van het toekomstig zorglandschap.

Voor de medisch-specialistische zorg heb ik aanvullend afspraken gemaakt voor de kortere termijn om ervoor te zorgen dat de wachttijden teruggedrongen worden. Hiervoor verwijs ik naar mijn recente brief van 13 december jl.¹²

Vraag 10

Kunt u een inschatting maken van de hoeveelheid uitgestelde zorg die het gevolg zal zijn van de overlopende ziekenhuizen, omdat minder urgente patiënten langer moeten wachten op een behandeling? Heeft u een plan om deze uitgestelde zorg, bovenop de zorg die al werd uitgesteld als gevolg van het coronabeleid, in te halen? Zo ja, kunt u dat plan delen?

Antwoord 10

Het is niet mogelijk een inschatting te maken of en hoeveel zorg ziekenhuizen uitstellen. Het wisselt per ziekenhuis en regio hoe groot de (ervaren) druk is. Op dit moment is op basis van gegevens van de NZa niet te zien dat ziekenhuizen minder zorg kunnen leveren vanwege de huidige griep epidemie. Voor de medisch-specialistische zorg heb ik aanvullend afspraken gemaakt voor de kortere termijn om ervoor te zorgen dat de wachttijden teruggedrongen worden. Hiervoor verwijs ik naar mijn recente brief van 13 december jl.¹³ De NZa en IGJ houden hier toezicht op.

Vraag 11

Wat is het gevolg van de uitgestelde zorg door de huidige drukte in de ziekenhuizen voor de volksgezondheid in Nederland? Kunt u inschatten hoeveel diagnoses gemist zullen worden en hoeveel mensen erger ziek zullen worden dan nodig zou zijn geweest? Wat is hiervan, zowel op de korte als op de langere termijn weer het gevolg voor de (druk op de) zorg?

Antwoord 11

Zoals in het antwoord op de vorige vraag aangegeven is op dit moment niet te zien dat ziekenhuizen minder zorg kunnen leveren vanwege de huidige griep epidemie. Door drukte op onderdelen in de zorg is het cruciaal is dat er goede triage plaatsvindt zodat mensen die risico lopen op verdere achteruitgang bij langer wachten op een behandeling tijdig de benodigde zorg krijgen. Het is aan de zorgprofessionals om deze triage uit te voeren en te beoordelen welke patiënten als eerste geholpen moeten worden om verdere gezondheidsschade te voorkomen. Over de stand van zaken toegankelijkheid medisch specialistische zorg heb ik u geïnformeerd op 13 december jl.

¹² Kamerstuk 29 248, nr. 338.

¹³ Kamerstuk 29 248, nr. 338.

Vraag 12

Vindt u inmiddels wel dat de zorg structureel dient te worden opgeschaald, aangezien de hele keten vastloopt en zorgmedewerkers wederom de noodklok luiden en aangeven dat dit probleem al jaren speelt en alsmaar erger wordt? Zo nee, waarom niet? Als u niet wilt opschalen, hoe gaat u dit jaarlijks terugkerende probleem dan wel aanpakken?

Antwoord 12

Om beter voorbereid te zijn op een volgende crisis, is het belangrijk om te werken aan een flexibele opschaling van zorgcapaciteit. Een flexibele opschaling vraagt om paraatheid op verschillende vlakken, waaronder brede inzetbaarheid van personeel zodat, indien nodig, medewerkers flexibel kunnen worden ingezet. De stijgende zorgvraag in combinatie met de brede arbeidsmarktkrapte maakt het niet realistisch om in te zetten op het vergroten van het aantal zorgmedewerkers. De komende tijd zal daarom ten behoeve van de flexibele opschaling ingezet worden op het optimaal benutten van sociale en technologische innovatie en het flexibel opleiden van medewerkers zodat brede inzetbaarheid wordt geborgd. Een voorbeeld hiervan is het voornemen voor een subsidieregeling in het kader van het financieren van de opleiding Basis Acute Zorg. Hiervoor trekt het kabinet 20 miljoen uit. Ook kan in tijden van crisis een beroep worden gedaan op de Nationale Zorgreserve, hetgeen bijdraagt aan een flexibele opschaalbaarheid van zorg.

Vraag 13

Mocht de druk op de zorg de komende tijd nog groter worden, bent u dan voornemens om collectieve maatregelen af te kondigen? Zo ja, welke maatregelen en welke wetenschappelijke epidemiologische onderbouwing heeft u hiervoor? Zo nee, waarom niet, aangezien het tijdens de coronacrisis ook «voor de zorg» werd gedaan?

Antwoord 13

We monitoren de druk op de zorg en indien noodzakelijk zullen we onderbouwde maatregelen treffen. Het kabinet laat zich hierbij adviseren door het RIVM. Op dit moment gelden er drie adviezen om zowel het coronavirus als ook andere infectieziekten, zoals griep en verkoudheid, te voorkomen: was vaak en goed uw handen met water en zeep, hoest of nies in uw elleboog en zorg voor voldoende ventilatie. Specifiek voor corona gelden drie basisadviezen om verspreiding te voorkomen: blijf thuis en doe een zelftest bij klachten, ga in isolatie na een positieve test en haal uw (herhaal)prik tegen corona. Voor bescherming tegen griep konden risicogroepen tussen half oktober en half november gevaccineerd worden.

Tijdens de beginfase van de coronapandemie hadden we te maken met een onbekend en ziekmakend virus waarvoor we geen immuniteit hadden. Het kabinet heeft destijds inderdaad collectieve maatregelen getroffen om de zorg toegankelijk te houden. Het uitgangspunt van het kabinet is sinds 2022, zoals opgenomen in de langetermijnstrategie COVID-19, een open samenleving. In geval van een opleving van het COVID-19-virus heeft het kabinet twee gelijkwaardige en nevenschikbare doelen: het toegankelijk houden van de gehele zorgketen voor iedereen én de sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit/vitaliteit.

Vraag 14

Welke «epidemiologisch effectieve» maatregelen neemt u momenteel uit eigen beweging om het goede voorbeeld te geven aan de bevolking?

Antwoord 14

De geldende adviezen en maatregelen zijn op iedereen van toepassing, dus ook op mij. De huidige maatregelen en adviezen vindt u op www.rijksoverheid.nl.¹⁴ Uiteraard pas ik deze ook toe om mezelf en anderen te beschermen tegen verdere verspreiding van het virus.

¹⁴ Adviezen om corona te voorkomen | Coronavirus COVID-19 | Rijksoverheid.nl.

Vraag 15

Mogen (huis)artsen patiënten die binnenkomen met verkoudheids- en luchtwegklachten, maar niet positief testen op COVID-19, of überhaupt geen coronatest krijgen, behandelen met off-label medicatie naar hun eigen medisch inzicht?

Antwoord 15

Nee, een arts mag niet altijd behandelen met een geneesmiddel naar eigen medisch inzicht. Uit de Geneesmiddelenwet volgt de hoofdregel dat een geneesmiddel mag worden voorgeschreven voor de indicatie waarvoor het is geregistreerd. Deze indicatie(s) staan in het registratiedossier dat door het CBG of EMA is beoordeeld. Alleen in uitzonderingssituaties en onder bepaalde voorwaarden is het mogelijk om hiervan af te wijken (het off-label voorschrijven).

Een van de voorwaarden waaraan moet worden voldaan is dat de behandelend arts de behandelrichtlijn van de beroepsgroep volgt. Hierin zijn actuele wetenschappelijke en klinische inzichten meegenomen. Mocht er geen behandelrichtlijn zijn, of wanneer deze nog in ontwikkeling is, dan moet de arts overleggen met de apotheker over het mogelijke off-label voorschrijven.

Vraag 16

Kunt u deze vragen beantwoorden voor het eind van het griepseizoen?

Antwoord 16

Ja.