

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer Postbus 20018  
der Staten-Generaal 2500 EA Den Haag

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**  
1683946-204832-LZ

**Bijlage(n)**  
1

**Uw kenmerk**  
25295-249

Datum  
Betreft commissiebrief inzake SO over brief Covid 19 Update paragraaf 8 Zorg  
voor kwetsbare mensen

Geachte voorzitter,

Hierbij stuur ik u de antwoorden op de vragen van de VVD, CDA, CU, SP-fractie, PvdA, GroenLinks, 50PLUS, D66, Lid van Kooten-Arissen en de PVV naar aanleiding van het schriftelijk overleg over hoofdstuk 8 'Zorg voor Kwetsbare mensen' van de Kamerbrief van 15 april 2020 (Kamerstuk 25 295 nr. 249). De antwoorden zijn mede namens de minister voor Medische Zorg en Sport, de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Let op: vul A.U.B. de naam van de ondertekenaar NIET handmatig in. Dit tekstvak mag ALLEEN worden verwijderd op het moment dat het stuk in 'Printen en Verzenden' zit en de ondertekening volledig is. De naam van de ondertekenaar wordt automatisch door Marjolein ingevuld, vlak voordat het stuk ter ondertekening wordt aangeboden.

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

## II. Reactie bewindslieden

We willen de fracties bedanken voor de vragen en opmerkingen over de brief van 15 april 2020 COVID-19 stand van zaken, paragraaf 8 'Zorg voor kwetsbare mensen' (Kamerstuk 25 295 nr. 249). Hieronder zullen wij per onderwerp en fractie reageren op de vragen en opmerkingen van de verschillende fracties. Wij houden bij de beantwoording de indeling van het SO aan.

- a) **Algemeen**
- b) **Verpleeghuiszorg**
- c) **Gehandicaptenzorg**
- d) **Geestelijke gezondheidszorg**
- e) **Maatschappelijke opvang**
- f) **Kwetsbare mensen thuis**
- g) **Jeugdzorg**
- h) **Vervoer en digitale middelen**
- i) **Overige onderwerpen**

### a) Algemeen

#### Reactie op vragen de SP-fractie:

##### Vraag 1 (MinVWS)

###### *Vraag*

Zijn zorgaanbieders verplicht om het advies van het RIVM te volgen of dat dit een dringend maar toch vrijblijvend advies is. Kan de minister aangeven wat er gedaan wordt zodra zorgaanbieders van de richtlijnen afwijken?

###### *Antwoord*

De richtlijnen van het RIVM geven aan wat de uitgangspunten zijn voor het professioneel handelen in verschillende situaties. Deze uitgangspunten zijn door de beroepsgroepen per sector nader ingevuld en vertaald, rekening houdend met de context en doelgroep. Als de specifieke situatie daarom vraagt, kunnen zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd afwijken van deze richtlijn of uitgangspunten. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het bieden van goede en veilige zorg. De IGJ ziet hierop toe en kan de zorgaanbieders hier zo nodig op aanspreken.

##### Vraag 2 (MinVWS)

###### *Vraag*

In de brief lezen de leden van de SP-fractie dat wanneer risico's ontstaan bij de zorgverlening of bij de veiligheid van cliënten en patiënten, de Inspectie Gezondheid en Jeugd (IGJ) verwacht dat zorgaanbieders in de verpleeghuis- en gehandicaptensector dat zelf melden bij de IGJ. Genoemde leden hebben in het verleden meer dan genoeg meldingen en incidenten aangekaart bij de minister waarin zorgaanbieders onveilige situaties niet melden. Waarom denkt de IGJ dat zorgaanbieders nu wel zullen melden? Hoeveel meldingen zijn al gedaan en wat is

precies gebeurd met deze meldingen? Deze leden vragen tevens hoe de IGJ omgaat met zorgbestuurders die het niet zo nauw nemen met de regels. Worden meldingen die bij de IGJ binnenkomen door zorgverleners en familieleden wel adequaat onderzocht en wordt hier opvolging aan gegeven indien de klachten dusdanig ernstig van aard zijn?

*Antwoord*

Zowel zorgaanbieders als professionals kunnen een melding doen bij het meldpunt van de IGJ. Conform artikel 11.1 van de Wkkgz zijn zorgaanbieders verplicht om calamiteiten, geweld in de zorgrelatie en ontslag van medewerkers wegens disfunctioneren te melden bij de inspectie. Niet melden van een verplichte melding kan door de inspectie bestraft worden met een boete, voorafgegaan door een schriftelijke waarschuwing. Familieleden en overige betrokkenen kunnen contact opnemen met het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ). Wanneer het LMZ deze melding als ernstig genoeg beoordeelt dan wordt deze ter beoordeling voorgelegd aan het meldpunt en de betreffende afdeling.

Sinds 1 maart jl. zijn er bij het meldpunt meer dan 160 meldingen binnengekomen over de verpleeghuiszorg. Sinds 1 maart jl. zijn er meer dan 70 meldingen bij het meldpunt binnengekomen over de gehandicaptenzorg. De opvolging van meldingen en klachten die via het meldpunt en het LMZ binnenkomen wordt bepaald aan de hand van het uitvoeringsbesluit Wkkgz en een vastgesteld beoordelingskader. Signalen en meldingen van medewerkers en familieleden worden vastgelegd zodat deze ook in het risicogestuurd toezicht kunnen worden gebruikt. De IGJ legt ook regelmatig signalen en meldingen van medewerkers en familieleden voor aan bestuurders met het verzoek hierop te reageren.

**Vraag 3 (MinVWS)**

*Vraag*

De leden van de SP-fractie vragen de minister of de cijfers per locatie en/of zorgaanbieder worden bijgehouden of dat dit steekproefsgewijs gebeurt. Deze leden vragen voorts aan de minister of hij het met hen eens is dat alleen goed en gericht beleid om verdere besmettingen te voorkomen gemaakt kan worden als per zorgaanbieder en/of locatie inzichtelijk is hoe het ervoor staat. Kan de minister daarop reageren?

*Antwoord*

Per instelling is het betreffende beeld bij de bestuurder bekend. Alle bevestigde Covid-19 besmettingen worden geregistreerd. Voor de verpleeghuizen gebeurt dit door de specialisten ouderengeneeskunde, die deze melden bij de GGD. De GGD geeft de cijfers door aan het RIVM. Ook in instellingen voor gehandicaptenzorg registreert de arts die verantwoordelijk is voor de medische zorg alle Covid-19 besmettingen en geeft deze via de GGD door aan het RIVM.

Om personen die woonachtig zijn in een verpleeghuis of instelling voor gehandicaptenzorg te identificeren, koppelt het RIVM de postcode van de locatie van de melding aan de postcode van de zorgaanbieders. Dit inzicht vormt de basis voor landelijk beleid, bijvoorbeeld als het gaat om gecontroleerd en gefaseerd de bezoeken te versoepelen.

## Reactie op vragen van de ChristenUnie-fractie

### Vraag 4 (MinVWS)

#### Vraag

Het beschermen van kwetsbare mensen geldt als één van de pijlers voor het kabinetsbeleid. Deelt de minister de mening van de leden van de ChristenUnie-fractie dat hierbij niet enkel gekeken moet worden naar de directe bescherming tegen het coronavirus, maar dat ook gekeken moet worden naar de bescherming tegen negatieve gevolgen van de getroffen maatregelen? In hoeverre kunnen hierin maatwerkoplossingen worden getroffen die recht doen aan de verschillende dilemma's en belangen?

#### Antwoord

De bezoekenregelingen voor kwetsbare mensen (in verpleeghuizen en in de gehandicaptenzorg) en het advies om bezoek aan kwetsbare personen thuis te beperken is ingegeven door de noodzaak om bewoners en zorgverleners te beschermen tegen COVID-19 en om verdere verspreiding van het virus te voorkomen. Dit is zowel voor de kwetsbare mensen als hun naasten een zeer ingrijpende en pijnlijke maatregel. Nu de verdere verspreiding van het COVID-19 virus (in de verpleeghuizen, in de gehandicaptenzorg en ook thuis) meer onder controle is, ontstaat de mogelijkheid om het medisch noodzakelijke meer te verenigen met de menselijke maat. Ik wil dat behoedzaam doen, maar realiseer me dat het bieden van perspectief belangrijk is. Onderling contact is voor iedereen van groot belang, maar met name voor mensen in de laatste fase van hun leven, voor mensen die ernstig ontregeld raken door het gebrek aan contact of voor mensen die een groter risico lopen op eenzaamheid.

Per 11 mei 2020 zijn we in de verpleeghuiszorg gestart met een versoepeling. Dit houdt in dat in alle 25 GGD-regio's één locatie in de praktijk ervaring gaat opdoen met de aangepaste bezoekenregeling<sup>1</sup>. Hieraan worden duidelijke voorwaarden gesteld. Zo moet de locatie onder andere vrij van besmettingen zijn, mag de bezoeker geen COVID-19 gerelateerde klachten hebben, moet de 1,5 meter afstand in acht worden genomen en moet er sprake zijn van strikte naleving van de (hygiëne)richtlijnen van het RIVM. In mijn brief van 6 mei 2020 ben ik meer uitgebreid ingegaan op deze voorwaarden<sup>2</sup>. Het perspectief is dat de huidige bezoekenregeling in de verpleeghuiszorg voor geheel Nederland versoepeld wordt. In mijn brief van 19 mei<sup>3</sup> heb ik de route geschetst die wij volgen om daar uiteindelijk op uit te komen zoals de motie Asscher heeft gevraagd.

Ook in de gehandicaptenzorg wordt ingezet op een verdere versoepeling van de bezoekenregeling. De VGN heeft onlangs een afwegingskader gepubliceerd waarmee de huidige regeling die uitgaat van 'nee, tenzij', meer nadruk legt op het tenzij-gedeelte. Als volgende stap wordt gekeken naar nog meer maatwerk per locatie, om zo van een 'nee, tenzij' naar een 'ja, mits' te komen.

<sup>1</sup> De facto doen er 22 regio's mee met 1 locatie en 2 regio's met 2 locaties.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 2019-2020, 25 295, nr. 135

<sup>3</sup> ????????

In het wekelijkse crisisoverleg met cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking of chronische ziekte is de balans tussen de noodzaak van de maatregelen en de mogelijke gevolgen daarvan ook breder onderwerp van bespreking. Zoals ik u heb aangegeven in mijn brief van 6 mei jl., werk ik met die organisaties samen aan een (meer integrale) actieagenda voor deze doelgroep voor de korte en langere termijn. Het meewegen van andere belangen dan alleen het medische, bijvoorbeeld het risico op sociaal-emotionele schade, zullen daar ook een plek in krijgen. Ik ben daarnaast in mijn brief van 19 mei ook ingegaan op de routekaart voor de versoepeling van de bezoeksregeling in de gehandicaptenzorg.

#### **Vraag 5 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Kan de minister toezeggen dat kwetsbare bewoners van instellingen (verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg) die naar huis worden gehaald door familie om contact mogelijk te maken of hen beter te beschermen tegen het coronavirus gedurende de periode dat de crisismaatregelen van kracht zijn te allen tijde het recht behouden om terug te keren naar de instelling.

##### *Antwoord*

Als de familieleden besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt, na 14 dagen afwezigheid, moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, echter gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Omdat de zorgaanbieder wordt gecompenseerd voor leegstand en de cliënt niet na 14 dagen wordt uitgeschreven, blijft de kamer gereserveerd voor de cliënt. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en kan terugkeren naar de eigen kamer. Er wordt binnen VWS al besproken in hoeverre de door corona ontstane leegstand in verpleeghuizen, opgelost kan worden. Daarnaast gaat VWS in overleg met de koepels om te bespreken op welke manier en met welke afspraken naasten weer terug kunnen keren in de zorginstelling. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

#### **b) Verpleeghuiszorg**

##### **Reactie op vragen van de VVD-fractie**

#### **Vraag 6 (MinVWS)**

##### *Vraag*

De leden van de VVD-fractie signaleren echter wel dat de inhuizing in verpleeghuizen grotendeels stil ligt als het gevolg van het coronavirus en dat daardoor een grote groep cliënten die niet meer zelfstandig thuis kan wonen niet de zorg en sociale begeleiding krijgt die nodig is. Is de minister zich daarvan bewust en zo ja, wat voor stappen wil hij ondernemen om dit proces weer op een verantwoorde manier op gang te brengen?

*Antwoord*

Sommige familieleden willen liever niet dat cliënten worden opgenomen vanwege de angst voor besmetting of de bezoeksregeling. Ik zie dat er leegstand ontstaat in verpleeghuizen. Mensen kunnen nog wel opgenomen worden. Als de situatie thuis onhoudbaar wordt en er is nog geen Wlz-indicatie, kan deze worden aangevraagd bij het CIZ, waarna een opname kan plaatsvinden.

De signalen over stagnatie van de instroom in het verpleeghuis en leegstand zijn bij mij bekend. De continuïteit van de verpleeghuizen is gewaarborgd, omdat met de zorgkantoren en de NZa een aantal aanvullende maatregelen is afgesproken om het wegvallen van de omzet te compenseren. Deze aanvullende maatregelen verleng ik tot juli. Daarnaast inventariseer ik met partijen welke acties kunnen worden ingezet om de instroom weer op gang te brengen om crisissituaties thuis en overbelasting van mantelzorgers te voorkomen. Overigens is de eerste indruk van zorgkantoren dat vooral cliënten die nu al adequate Wlz-zorg buiten het verpleeghuis ontvangen nu geen gebruik willen maken van het aanbod om te verhuizen naar het verpleeghuis.

**Reactie op vragen van de PVV-fractie**

**Vraag 7 (MinVWS)**

*Vraag*

De leden van de PVV-fractie constateren dat verpleeghuizen hard geraakt zijn door de verspreiding van COVID-19. Op 1 april jl. waren er in 900 van de 2500 verpleeghuizen besmettingen. Hoe heeft deze situatie kunnen ontstaan? Hoe is de situatie nu, drie weken later? In hoeveel verpleeghuizen waart corona? Deze leden ontvangen graag het exacte aantal.

*Antwoord*

Mensen in het verpleeghuis zijn kwetsbaar en leven dichtbij elkaar, waardoor de kans op een snelle verspreiding van het virus op een afdeling of locatie zeer groot is. Dit brengt helaas ook met zich mee dat deze groep mensen gevoelig is voor besmettingen en er ook hier sterfte optreedt die hoger ligt dan anders het geval is.

De situatie met betrekking tot het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in verpleeghuizen is als volgt:

- Het RIVM (peildatum 18 mei) schat dat tot nu toe bij ruim 7.900 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ruim 2.500 mensen als overleden zijn gemeld.<sup>4</sup> Het totaal aantal verdenkingen van een COVID-19-besmetting in verpleeghuizen bedraagt 4.550

<sup>4</sup> Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

(peildatum 15 mei).<sup>5</sup>

- Op 1 januari 2020 woonden circa 120.000 zeer kwetsbare mensen in een verpleeghuis. Dit betekent dat bij bijna 7% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en ruim 2% van de bewoners is overleden. Ongeveer de helft van de mensen die besmet raken, herstelt weer.
- Het aantal locaties waar sprake is (geweest) van een bevestigde besmetting van 1 of meer personen is 982.<sup>6</sup> Dit is ongeveer 40% van het totaal aantal verpleeghuislocaties in Nederland.

#### **Vraag 8 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Waarom is naar aanleiding van het 60<sup>e</sup> OMT COVID-19 van 18 maart jl. niet voor gekozen om de verpleeghuismedewerkers met beschermingsmateriaal te laten werken?

##### *Antwoord*

Naar aanleiding van dit advies van het OMT is op 20 maart de RIVM-richtlijn voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen buiten het ziekenhuis beschikbaar gekomen en op de website van het RIVM geplaatst. Deze richtlijn geldt ook voor de verpleeghuiszorg en hierin is aangegeven in welke situaties het nodig is om persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken. De richtlijn is in overleg met alle veldpartijen opgesteld.

#### **Vraag 9 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Genoemde leden vinden het onbegrijpelijk en onverantwoord dat niet alle verpleeghuismedewerkers bescherming kunnen dragen. Te allen tijde. De schaarste kan toch niet leiden tot adviezen die zich aansluiten bij de schaarste? Die dingen moeten toch los van elkaar gezien worden?

##### *Antwoord*

Ik vind het van groot belang dat zorgverleners beschermd kunnen werken. De richtlijnen van het RIVM die zijn opgesteld over wanneer welk type beschermingsmiddel gebruikt dient te worden zijn niet gebaseerd op schaarste, maar gaan uit van het besmettingsrisico dat de zorgverlener loopt bij het uitvoeren van bepaalde handelingen. Zorgverleners moeten dus conform de richtlijnen beschermd kunnen werken. Als er niet voldoende beschermingsmiddelen beschikbaar zijn, roep ik zorgverleners op hierover en over alternatieven in gesprek te treden met hun leidinggevende. Als dat niet voldoende soelaas biedt en er toch onbeschermd te werk gegaan moet worden of zorg niet langer verleend kan worden, kan hierover een melding gedaan worden bij respectievelijk de Inspectie SZW en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) heeft mij laten weten op dit moment te kunnen voorzien in de extra behoefte aan mondmaskers die zorgaanbieders aanvragen bij het LCH. Ik roep zorgverleners dan ook op om indien zij daar

<sup>5</sup> Dit cijfer komt uit registraties uit de EPD's. Omdat dit een vrijwillige registratie is, is deze registratie niet compleet. Ook hier geldt dat er sprake is van onder registratie.

<sup>6</sup> In de melding van bevestigde COVID-19 besmetting ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

behoefte aan hebben beschermingsmiddelen te bestellen bij het LCH. Om nog meer zeker te zijn van constante aanvoer van beschermingsmiddelen, blijft het LCH op zoek naar nieuwe leveranciers die werken met aanvoerlijnen vanuit andere landen. Gezien de ontvricting van de wereldmarkt voor beschermingsmiddelen naar verwachting niet op de korte termijn zal herstellen, start ik ook het gesprek met zowel leveranciers en in kopers van zorgaanbieders over de wijze waarop we ook voor de langere termijn duurzaam borgen dat er voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar zijn voor de Nederlandse zorg.

**Vraag 10 (MinVWS)**

*Vraag*

Herinnert de minister zich zijn twitterbericht van 22 maart jongleden waarin hij foto's van zichzelf postte terwijl hij met dozen met mondkapjes sjouwde en dat erbij werd geschreven dat deze voor de verpleeghuizen en de thuiszorg waren? Realiseert hij zich dat hij daarmee de indruk wekte dat voor die sectoren ruimschoots beschermingsmiddelen beschikbaar waren, terwijl zij in werkelijkheid nog wekenlang, totdat op 13 april jl. het nieuwe verdeelmodel werd ingevoerd, achteraan in de rij bleven staan en nog steeds volgehouden wordt dat beschermingsmiddelen in de verpleeghuizen niet hoeven op afdelingen waar geen corona heerst?

*Antwoord*

Ik wil allereerst benadrukken dat voor het gebruik van beschermingsmiddelen de richtlijnen van het RIVM over wanneer welk type beschermingsmiddel gebruikt dient te worden aangehouden dienen te worden. De verdeling van de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen, waaronder mondkapjes, geschiedde in eerste instantie op basis van het feit dat de (eerste) Covid-19 patiënten vooral in de acute zorg terecht kwamen en als gevolg daarvan de tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen zich daar als eerste uitten. Een deel van de middelen was ook toen al beschikbaar voor andere sectoren dan de acute zorg, zoals de langdurige zorg en voor noodsituaties. Naar mate de corona-uitbraak zich verder ontwikkelde bleek dat deze insteek niet meer paste, omdat ook steeds meer instellingen in de langdurige zorg moesten besluiten om COVID-19-patiënten te isoleren of aparte cohortafdelingen moesten inrichten waar deze patiënten behandeld konden worden. Ook medewerkers uit andere sectoren liepen risico's in het geval zij gevraagd werden om zorg te verlenen bij (mogelijke) COVID-19-patiënten. Daarom is sinds 13 april jl. een aangepast verdeelmodel van kracht. Dit verdeelmodel is niet gebaseerd op de verschillende zorgsectoren, maar gaat, net als de richtlijnen, uit van het besmettingsrisico dat zorgverleners lopen bij verschillende handelingen. Uitgangspunt is dat waar dezelfde risico's zijn ook dezelfde bescherming nodig is en beschikbaar moet zijn. Het resultaat van het nieuwe verdeelmodel is dat het grootste deel van de FFP1-maskers en de chirurgische maskers sindsdien naar de langdurige zorg gaat, terwijl het grootste deel van de FFP2-maskers naar de acute zorg gaat. Dit past ook bij de typen handelingen die in beide sectoren worden uitgevoerd. Het verdeelmodel wordt voortdurend bijgewerkt naar nieuwe kennis en inzichten.

**Vraag 11 (MinVWS)**

*Vraag*

Ondanks het bezoekverbod vanaf 20 maart jl. zijn er veel mensen in verpleeghuizen getroffen door COVID-19. Is dit een gevolg van het ontbreken van beschermingsmiddelen? Zo nee, hoe zijn deze mensen dan besmet geraakt en waarom zijn voorzorgsmaatregelen met betrekking tot persoonlijke beschermingsmiddelen niet nodig?

*Antwoord*

Het is lastig om te achterhalen wat de oorzaak is van de stijging van het aantal besmettingen in verpleeghuizen. Het RIVM geeft aan dat er voor het toenemend aantal meldingen van COVID-19 in de verpleeghuizen meerdere redenen kunnen zijn. De kans op verspreiding in de verpleeghuizen is hoog, mede vanwege de gesloten setting, het langdurig verblijf en het intensieve contact tussen bewoners en zorgpersoneel en tussen bewoners onderling. Ook kan het te maken hebben met het feit dat bij mensen met dementie hygiënemaatregelen lastiger te handhaven zijn.

In de afgelopen weken is sprake van een afvlakking van het aantal nieuwe besmettingen en het aantal locaties waar zich voor het eerst COVID-19-besmettingen manifesteren. Het bezoekverbod lijkt daarmee effect te sorteren. Essentieel is om de algemene preventieve maatregelen toe te passen zoals de hygiëneregels, afstand houden, de bezoeksregeling en de isolatiemaatregelen.

**Vraag 12 (MinVWS)**

*Vraag*

Zou de minister zijn nog niet met het virus besmette moeder of vader in een instelling laten waar corona heerst? Aangezien in die instellingen het ziekteverzuim ook heel hoog is, kan het ophalen van ouders toch ook de zorg gedurende de crisis ontlasten? Via de koepelorganisatie Ieder(in) hebben de leden van de PVV-fractie signalen gekregen dat dit ook in de gehandicaptenzorg speelt. Kan de minister toezeggen dat mensen kunnen terugkeren naar hun woning en/of instelling?

*Antwoord*

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus en er een bezoeksregeling is. Echter iemand woont niet voor niets met een Wlz-indicatie in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen en het is de vraag of door de naasten thuis ook de juiste zorg kan worden geboden. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.

Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, echter gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Omdat de zorgaanbieder wordt gecompenseerd voor leegstand en de cliënt niet na 14 dagen wordt uitgeschreven, blijft de kamer gereserveerd voor de cliënt. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren

familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

#### **Reactie op vragen van de CDA-fractie**

##### **Vraag 13 (MinVWS)**

###### *Vraag*

De leden van de CDA-fractie hebben begrepen dat een aantal mantelzorgers besloten heeft hun vader of moeder vanuit het verpleeghuis in huis te nemen, maar dat dit mogelijk kan betekenen dat de plaats die men vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) in de instelling heeft op termijn kan komen te vervallen. Iemand woont er immers (tijdelijk niet meer). Dit was eerder ook het geval als iemand langdurig in het ziekenhuis moest verblijven. Hoe kijkt de minister hier bij deze specifieke casussen tegenaan?

###### *Antwoord*

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus en er een bezoeksregeling is. Echter iemand woont niet voor niets met een Wlz-indicatie in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen en het is de vraag of door de naasten thuis ook de juiste zorg kan worden geboden. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.

Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, echter gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Omdat de zorgaanbieder wordt gecompenseerd voor leegstand en de cliënt niet na 14 dagen wordt uitgeschreven, blijft de kamer gereserveerd voor de cliënt. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

##### **Vraag 14 (MinVWS)**

###### *Vraag*

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het zit met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Worden daar momenteel nog indicaties gesteld? Deze leden kunnen zich voorstellen dat dit door moet gaan, weer opgepakt moet worden? Tevens vragen deze leden zich af wat het betekent als iemand nog niet op de wachtlijst staat, maar met spoed een plek in een verpleeghuis of instelling voor mensen met beperkingen nodig heeft.

###### *Antwoord*

Gedurende de crisis voert het CIZ de indicatiestelling voor de Wlz gewoon uit: nieuwe aanvragen kunnen worden ingediend en lopende aanvragen worden afgehandeld. Wel is de indicatiestelling op enkele punten aangepast. Zo had het CIZ de huisbezoeken tijdelijk helemaal opgeschort. Inmiddels worden de

huisbezoeken langzaam weer opgestart, waarbij het CIZ start met bezoeken aan instellingen met een voorziening zodat de veiligheidsmaatregelen gevolgd kunnen worden. De prioriteit gaat daarin uit naar aanvragen voor de Wzd, aangezien het hierbij nodig is om de cliënt zelf te zien. Het CIZ bekijkt tussentijds of de huisbezoeken ook op andere plekken weer uitgebreid kunnen worden. In de situaties waarin dit nog niet kan wordt er in overleg met de betrokkenen naar een passende oplossing gezocht, zoals een afspraak via videobellen. Het CIZ heeft de afgelopen periode de reguliere aanvragen gewoon ontvangen.

Daarnaast is er op verzoek van Actiz en de Federatie Medisch Specialisten een tijdelijke registratieve werkwijze voor de ouderenzorg opgetuigd met 1 juni 2020 als einddatum. Hiermee kunnen ouderen acuut opgenomen worden, bijvoorbeeld na ontslag uit het ziekenhuis of omdat de mantelzorg is weggefallen. Ook kan bij een toegenomen zorgvraag bij een cliënt met een Wlz-indicatie een ophoging van het zorgprofiel worden aangevraagd. De werkwijze is ingericht voor ouderen zonder een (verdenking van) COVID-19 besmetting, die niet op een wachtlijst hoeven te staan maar bij wie direct duidelijk is dat zij in een verpleeghuis opgenomen moeten worden. Het doel van de voorgestelde tijdelijke werkwijze is het zoveel mogelijk ontlasten van ziekenhuizen en andere zorgaanbieders, zodat de focus in deze tijd van de COVID-19 pandemie volledig op het verlenen van medische zorg kan liggen. Normaal gesproken vindt er voor een Wlz-indicatie een inhoudelijk onderzoek plaats waar het CIZ toetst of de cliënt aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz voldoet. In de huidige situatie kunnen indicaties hierdoor echter langer op zich laten wachten. Dat is onwenselijk. Met de tijdelijke werkwijze kan de reguliere instroom doorgaan en houden mensen die wachten op een Wlz-indicatie niet langer 'ziekenhuisbedden bezet'. Het CIZ geeft een tijdelijke indicatie van één jaar af. Na afloop van de beschikking, of zoveel eerder als gewenst, kan de aanvrager een reguliere aanvraag indienen. Het CIZ voert dan alsnog onderzoek uit. Het aantal aanvragen voor deze werkwijze is de afgelopen weken dusdanig gedaald dat gezamenlijk met het CIZ en Actiz is besloten de werkwijze inderdaad per 1 juni 2020 stop te zetten.

Na overleg met VGN is besloten deze werkwijze alleen open te stellen voor de V&V sector. Reguliere aanvragen voor de gehandicaptenzorg en aanvragen voor gedwongen opnames kunnen gewoon worden ingediend. Naast de tijdelijke registratieve werkwijze kunnen aanvragen voor opname in het verpleeghuis ook regulier worden ingediend. Het CIZ toetst dan wel of de cliënt aan de criteria van de Wlz voldoet.

#### **Reactie op vragen van de D66-fractie**

##### **Vraag 15 (MinVWS)**

###### *Vraag*

De leden van de D66-fractie vragen graag aandacht voor de richtlijn waardoor bij een coronabesmetting in een verpleeghuis wordt overgegaan tot cohortisolatie, waarbij het complete cohort of de afdeling wordt verondersteld besmet te zijn. Is het correct dat de richtlijn vaak op deze manier wordt toegepast? Lopen cliënten

binnen het geïsoleerde cohort die nog niet besmet zijn geen onnodig risico op besmetting door deze vorm van cohortisolatie en zijn hiervoor geen andere oplossingen mogelijk?

*Antwoord*

Zorgaanbieders doen wat nodig is om verdere verspreiding van COVID-19 op een locatie te voorkomen. Zij volgen daarbij het COVID 19-behandeladvies van Verenso. Dit behandeladvies gaat onder meer in op isolatie en cohortverpleging. Dit kan betekenen dat soms een afdeling of unit wordt geïsoleerd. Verpleeghuizen doen dit om te voorkomen dat gezonde bewoners van andere afdelingen of units ook besmet worden.

De verpleging van de bewoners met COVID-19 gebeurt op de eigen kamer of, als er meer zieken zijn, op een aparte afdeling. Het komt ook voor dat een verpleeghuisorganisatie een aparte locatie inricht voor zieke bewoners. Dit is maatwerk en hangt af van de mogelijkheden van de locatie en van de groep cliënten die het betreft.

Verder merk ik op dat in iedere regio tijdelijke zorglocaties gecreëerd zijn voor cohortverpleging ('coronacentra'). Deze locaties kunnen eventueel uitkomst bieden voor die situaties waarin het niet mogelijk is besmette bewoners geïsoleerd te verplegen op de eigen locatie.

**Vraag 16 (MinVWS)**

*Vraag*

Deze leden vragen tevens of de minister kan borgen dat ouderen niet hun plaats in een instelling verliezen wanneer hun naasten vanwege de coronacrisis tijdelijk de zorg thuis overnemen.

*Antwoord*

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus en er een bezoekregeling is. Echter iemand woont niet voor niets met een Wlz-indicatie in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen en het is de vraag of door de naasten thuis ook de juiste zorg kan worden geboden. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.

Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het coronavirus, echter gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Omdat de zorgaanbieder wordt gecompenseerd voor leegstand en de cliënt niet na 14 dagen wordt uitgeschreven, blijft de kamer gereserveerd voor de cliënt. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

**Vraag 17 (MinVWS)**

*Vraag*

Kan de minister daarnaast het OMT vragen om de capaciteit van de verpleeghuiszorg mee te nemen in de communicatie over de ontwikkelingen van het coronavirus, in lijn met de communicatie over de capaciteit van de intensive care?

*Antwoord*

Ik geef de voorkeur om de communicatie over de capaciteit van de verpleeghuiszorg in de stand van zakenbrief op te nemen. In brief mijn van 6 mei jl. (kenmerk 2020Z08055) heb ik uitgelegd hoe ik borg dat er voldoende capaciteit voor zorg aan kwetsbare patiënten met COVID-19 buiten het ziekenhuis is. De GGD-GHOR heeft op basis van een model een prognose gemaakt hoe groot deze capaciteit landelijk moet zijn. Uitgangspunten in het model zijn dat reguliere zorg in ziekenhuizen weer is opgestart en verpleeghuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en ggz-instellingen de zorg voor patiënten met COVID-19 zoveel mogelijk binnen de eigen instelling leveren.

**Vraag 18 (MinVWS)***Vraag*

De leden van de D66-fractie constateren voorts dat bezoekersrichtlijnen in verpleeghuizen (en tevens gehandicapteninstellingen) een grote impact hebben op de kwaliteit van leven van de bewoners, zeker als dagbesteding of werk ook niet meer mogelijk is. Kan de minister aangeven op welke termijn gestart kan worden met de pilots om de bezoekersregeling te verruimen en kan hierbij gekeken worden naar een samenloop met de mogelijkheid om bij kwetsbare ouderen thuis één of twee vaste bezoekers aan te wijzen?

*Antwoord*

De bezoekerregelingen voor kwetsbare mensen (in verpleeghuizen en in de gehandicaptenzorg) en het advies om bezoek aan kwetsbare personen thuis te beperken is ingegeven door de noodzaak om bewoners en zorgverleners te beschermen tegen COVID-19 en om verdere verspreiding van het virus te voorkomen. Dit is zowel voor de kwetsbare mensen als hun naasten een zeer ingrijpende en pijnlijke maatregel. Nu de verdere verspreiding van het COVID-19 virus (in de verpleeghuizen, in de gehandicaptenzorg en ook thuis) meer onder controle is, ontstaat de mogelijkheid om het medisch noodzakelijke meer te verenigen met de menselijke maat. Ik wil dat behoedzaam doen, maar realiseer me dat het bieden van perspectief belangrijk is. Onderling contact is voor iedereen van groot belang, maar met name voor mensen in de laatste fase van hun leven, voor mensen die ernstig ontergeld raken door het gebrek aan contact of voor mensen die een groter risico lopen op eenzaamheid.

Per 11 mei 2020 zijn we in de verpleeghuiszorg voorzichtig gestart. Dit houdt in dat bij 26 instellingen verspreid over het land één locatie in de praktijk ervaring gaat opdoen met de aangepaste bezoekerregeling<sup>7</sup>. Hieraan worden duidelijke voorwaarden gesteld. Zo moet de locatie onder andere vrij van besmettingen zijn, mag de bezoeker geen COVID-19 gerelateerde klachten hebben, moet de 1,5

<sup>7</sup> De facto doen er 22 regio's mee met 1 locatie en 2 regio's met 2 locaties.

meter afstand in acht worden genomen en moet er sprake zijn van strikte naleving van de (hygiëne)richtlijnen van het RIVM. In mijn brief van 6 mei 2020 ben ik meer uitgebreid ingegaan op deze voorwaarden<sup>8</sup>. Op basis van de ervaringen met deze eerste fase van versoepeling, wil ik in een tweede fase vervolgens bezien of een verdere uitbreiding per 25 mei 2020 mogelijk is. Het perspectief is dat de huidige bezoeksregeling in de verpleeghuiszorg voor geheel Nederland versoepeld wordt.

Ook in de gehandicaptenzorg wordt ingezet op een verdere versoepeling van de bezoeksregeling. De VGN heeft onlangs een afwegingskader gepubliceerd waarmee de huidige regeling die uitgaat van 'nee, tenzij', meer nadruk legt op het tenzij-gedeelte. Als volgende stap wordt gekeken naar nog meer maatwerk per locatie, om zo van een 'nee, tenzij' naar een 'ja, mits' te komen. In mijn reguliere stand-van-zaken brief ga ik hierop nader in. Dat geldt ook voor het bieden van meer mogelijkheden in de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking die thuis wonen. Dat doe ik in nauw overleg met de cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking of chronische ziekte.

#### **Vraag 19 (MinVWS)**

##### *Vraag*

In hoeverre is het mogelijk om hier meer maatwerk te bieden bij groepen ouderen of gehandicapten, bijvoorbeeld voor specifieke regio's met een verminderd risico of voor gehandicapten die geen verhoogd risico kennen?

##### *Antwoord*

De leden van de D66-fractie vragen naar de mogelijkheden van meer maatwerk bij het uitvoeren van de bezoekersregeling in de gehandicaptenzorg. Ook de leden van de SP-fractie vragen naar een versoepeling van de bezoeksregeling in de gehandicaptenzorg. Anders dan in de ouderenzorg is er in de bezoekersregeling van de gehandicaptenzorg reeds bij aanvang meer maatwerk mogelijk. In de gehandicaptenzorg is het uitgangspunt dat de zorgaanbieder op basis van een risicoafweging eigen beleid formuleert voor de locaties. Daarbij gold primair "Nee, tenzij..." beleid, waarbij er geen bezoek mogelijk was, tenzij het contact met de familie/ vrijwilliger van essentieel belang is voor de cliënt. Inmiddels is de bezoeksregeling geactualiseerd en wordt de nadruk niet meer gelegd op het "nee", maar op de ruimte die het "tenzij" biedt. Die invulling gaat uit van maatwerk. De volgende stap zal zijn om bezoek verder te verruimen op basis van een "Ja, mits" regeling. Ik informeer u hierover nader in de reguliere stand-van-zaken brief.

#### **Reactie op vragen van de GroenLinks-fractie**

#### **Vraag 20 (MinVWS) en (MinMZZ)**

##### *Vraag*

Wanneer is een inventarisatie voor de eerste keer gedaan hoeveel persoonlijke beschermingsmiddelen en specifiek mondkapjes voor de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg (ggz), de maatschappelijke opvang, jeugdzorg, thuiszorg, fysiotherapeuten en huisartsenzorg? Wat was de omvang van de

<sup>8</sup> Kamerstukken II, 2019-2020, 25 295, nr. 135

ramingen in deze sectoren? Wanneer zijn deze ramingen bijgesteld? Wie maakten deze ramingen? Kan de minister deze gegevens in een overzichtelijk tabel met de Kamer delen, zo vragen de leden van de GroenLinks-fractie.

*Antwoord*

Eind januari is de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen geïnventariseerd bij de ziekenhuizen (NFU/NVZ) en bij de brancheverenigingen van de hulpmiddelenfabrikanten en leveranciers (Nefemed, FME, FHI). Deze brancheverenigingen leveren zorgbreed. Uit deze inventarisatie kwam naar voren dat er op dat moment geen signalen waren van tekorten.

De NFU ontving vanaf 31 januari de eerste signalen van mogelijke backorders (vertraagde/uitgestelde leveringen). Bij de leden van de NFU was op dat moment nog voldoende voorraad. Overige brancheverenigingen van leveranciers en ziekenhuizen herkenden deze signalen van leveringsproblemen vanuit hun achterban niet. In de maand februari is van een enkele zorginstelling een signaal ontvangen over beperkte leveringen, wat na contact met de betreffende branchevereniging en fabrikant gericht opgelost kon worden. In totaal gezien is er in deze periode geen signalen geweest over een acuut tekort van beschermingsmateriaal voor heel Nederland.

Begin maart is aangegeven dat de DPG'en in overleg met de ROAZ'en in beeld brengen hoe het staat met de beschikbaarheid van beschermingsmiddelen in de regio's en dat zij een gezamenlijke lijn ontwikkelen hoe om te gaan met eventuele tekorten in de regio's. Dit heeft medio maart mede geleid tot een officiële landelijke lijn inkoop, een verdelingsmodel en distributie van beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen waar tekorten van zijn. De verdeling van de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen, waaronder mondkapjes, geschiedde in eerste instantie op basis van het feit dat de (eerste) Covid-19 patiënten vooral in de acute zorg terecht kwamen en als gevolg daarvan de tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen zich daar als eerste uitten. Een deel van de middelen was ook toen al beschikbaar voor andere sectoren dan de acute zorg, zoals de langdurige zorg en voor noodsituaties. Naar mate de corona-uitbraak zich verder ontwikkelde bleek dat deze insteek niet meer paste, omdat ook medewerkers uit andere sectoren risico's liepen in het geval zij gevraagd werden om zorg te verlenen bij (mogelijke) COVID-19-patiënten. Daarom is sinds 13 april jl. een nieuw verdeelmodel van kracht. Dit verdeelmodel is niet gebaseerd op de verschillende zorgsectoren, noch de schaarste, maar gaat uit van het besmettingsrisico dat zorgverleners lopen bij verschillende handelingen. Uitgangspunt is dat waar dezelfde risico's zijn ook dezelfde bescherming nodig is en beschikbaar moet zijn. Zorginstellingen kunnen, indien hun reguliere leveringen tekortschieten, persoonlijke beschermingsmiddelen inkopen via het LCH. Het LCH heeft aangegeven op dit moment te kunnen voldoen aan de vraag.

**Reactie op vragen van de SP-fractie**

**Vraag 21 (MinMZS)**

*Vraag*

Genoemde leden vragen de minister of hij in zijn wekelijkse brief over COVID-19 cijfers kan geven van de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen, en van het aantal testen onder zorgverleners en besmettingen.

*Antwoord*

Ik zal de wekelijkse cijfers van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen met betrekking tot het aantal uitgeleverde en bestelde persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar stellen op de website van de Rijksoverheid. Ten aanzien van cijfers over de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen wil ik graag opmerken dat deze sterk afhankelijk is van reguliere leveringen aan zorgbieders, de ontwikkelingen in het aantal COVID-19-besmettingen en het gepast gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen conform de RIVM richtlijn. Het is mogelijk om het totaal aantal uitgevoerde testen en het aandeel positieve testen in algemene zin in de updatebrief over COVID-19 op te nemen, maar dat kan niet op niveau van doelgroep.

**Vraag 22 (MinVWS)***Vraag*

Kan de minister aangeven of hij wekelijks in zijn stand van zakenbrief kan aangeven of de IGJ vaak moeten ingrijpen bij zorgaanbieders die laks zijn met het inkopen en verdelen van persoonlijke beschermingsmiddelen en/of die het niet nodig vinden dat zorgverleners getest worden als zij daarom vragen?

*Antwoord*

IGJ stelt wekelijks een rapportage op waar de binnengekomen signalen over persoonlijke beschermingsmiddelen en opvolging van het testbeleid in zijn verwerkt. Ook signalen vanuit de Inspectie SZW zijn hierin verwerkt. De uitkomsten van deze analyse worden wekelijks op de website van de IGJ geplaatst.

**Vraag 23 (MinVWS)***Vraag*

Bij het plenaire Kamerdebat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus op donderdag 16 april 2020 hebben de leden Marijnissen (fractievoorzitter SP) en Segers (fractievoorzitter ChristenUnie) een motie ingediend die de regering verzoekt om een inhoudelijke en ethische analyse te maken van de maatregelen die nu gelden voor verpleeghuizen. De leden van de SP-fractie worden graag geïnformeerd over de uitkomsten van deze aangenomen motie.

*Antwoord*

De inhoudelijke en ethische analyse waar de motie<sup>9</sup> om vraagt is een continu proces dat ik samen met veldpartijen doorloop. De maatregelen die gelden voor verpleeghuizen zijn nodig om de kwetsbare bewoners en het personeel te beschermen tegen COVID-19 en verdere verspreiding te voorkomen. Op dit moment is er sprake van een afvlakkend aantal COVID-19 besmettingen en neemt het aantal locaties dat voor het eerst een COVID-19 besmetting meldt af. Naast deze inhoudelijke invalshoek is ook de morele kant van belang. De persoonlijke en sociale impact op bewoners en naasten is groot. Gezien de gunstige ontwikkeling van het aantal besmettingen en daarbij het perspectief van bewoners en naasten acht het kabinet het nu verantwoord om een eerste voorzichtige stap te zetten als het gaat om de bezoeksregeling. In mijn brief van 19 mei heb ik uw Kamer geïnformeerd over de routekaart voor de verpleeghuiszorg.

<sup>9</sup> Kamerstukken II, 2019-2020, 25 295, nr 256

Met deze werkwijze waarin zowel inhoudelijke als ethische vraagstukken worden afgewogen, voer ik de motie van de leden Marijnissen (SP) en Segers (CU) uit. Ik zal de Kamer regelmatig informeren over de stand van zaken rond de aangepaste bezoekregeling en de stappen die gezet gaan worden.

#### **Reactie op vragen van de PvdA-fractie**

##### **Vraag 24 (MinVWS)**

###### *Vraag*

Zij vragen voorts of de minister een reactie kan geven op het op 2 april jl. in de Volkskrant verschenen artikel 'De corona-angst achter de dichte deuren van het verpleeghuis', waarin wordt gesproken over het 'opgeven van locaties'. Genoemde leden vragen wat daar precies onder wordt verstaan en hoeveel locaties inmiddels zijn 'opgegeven', zoals in het artikel wordt beschreven. Als de minister daar geen inzicht in heeft, zou hij dat dan wel willen verwerven en delen?

###### *Antwoord*

Er worden beslist geen locaties opgegeven wel zijn er locaties waar een relevant deel van de bewoners besmet is met het COVID-19 virus. In dergelijke gevallen doen de zorgaanbieder en het zorgpersoneel er alles aan om mensen zo goed mogelijk te behandelen en verdere verspreiding van het virus binnen de locatie zoveel mogelijk te beperken. Dat kan – conform de Verenso richtlijnen – betekenen dat er een aparte afdeling ingericht wordt, specifiek bestemd voor bewoners die besmet zijn. Dit is maatwerk en hangt af van de mogelijkheden van de locatie en van de groep cliënten die het betreft.

##### **Vraag 25 (MinVWS)**

###### *Vraag*

De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister de uitspraken van brancheorganisatie ActiZ herkent en erkent dat 'de zorg voor met corona besmette ouderen, zowel in verpleeghuizen als thuis, dreigt vast te lopen'.<sup>10</sup> Welke stappen worden gezet om dat te voorkomen?

###### *Antwoord*

Ik herken mij niet in beeld dat de zorg voor besmette ouderen dreigt vast te lopen vanwege te weinig beschermingsmiddelen.

##### **Vraag 26 (MinVWS)**

###### *Vraag*

Kan de minister een gedetailleerd overzicht verschaffen van de besmettingen van medewerkers in de verpleeghuissector in de rest van Nederland?

###### *Antwoord*

<sup>10</sup> <https://nieuws.actiz.nl/actiz-gevaarlijke-onduidelijkheid-kabinet-over-inzet-en-beschikbaarheid-mondkapjes>

Het RIVM heeft vorige week een bericht uitgebracht waarin zij aangeven hoeveel zorgmedewerkers zijn gemeld met COVID-19. Dit betreft zorgmedewerkers binnen en buiten het ziekenhuis. Er zijn geen specifieke gegevens beschikbaar over besmettingen van zorgmedewerkers in de verpleeghuissector.

#### **Vraag 27 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Hoe zeker is de minister ervan dat het lagere aantal ziekenhuis- en IC-opnames een gevolg is van minder besmettingen als gevolg van de door hem getroffen maatregelen, zoals wordt besproken in het op 20 april jl. verschenen artikel in Trouw 'Oudere met corona komt veel minder gauw op intensive care'?<sup>11</sup>

Zou dat lagere aantal opnames ook een gevolg kunnen zijn van het feit dat oudere mensen die besmet zijn met corona vaker in het verpleeghuis dan wel thuisblijven en daar herstellen dan wel overlijden?

Indien dat laatste het geval is, zou het dan zo kunnen zijn dat het aantal besmettingen en overlijdens minder snel daalt dan de minister lijkt te veronderstellen? Genoemde leden vragen of de minister van mening is dat zicht zou moeten bestaan op het aantal mensen dat thuis is overleden en in het verpleeghuis alvorens tot versoepeling van allerlei maatregelen over te gaan.

##### *Antwoord*

De modellen van het RIVM, op basis waarvan besluitvorming over versoepeling van maatregelen plaatsvindt, worden niet alleen gevuld met het aantal ziekenhuis- en IC-opnames, maar ook met onder andere de virologische dagstaten en de uitkomsten van de NIVEL/RIVM peilstations. Zo registreert het Nivel het aantal klinisch bevestigde COVID-19 patiënten zoals door huisartsen geregistreerd en patiënten waar het vermoeden is van COVID-19. Ook in deze cijfers is een daling te zien. Door al deze cijfers mee te nemen ontstaat een breder beeld van de transmissie van COVID-19 in Nederland.

Voor een beeld van het aantal patiënten dat thuis overlijdt aan de gevolgen van COVID-19 is het consortium huisartsgeneeskunde (de 8 universitaire vakgroepen huisartsgeneeskunde) in de week van 13 april een registratie gestart. Huisartsen kunnen vanaf die week via zorgdomein (met terugwerkende kracht) patiënten melden die zijn overleden door COVID-19, of die thuis intensieve zorg hebben gekregen. Ook in deze cijfers is een daling van het aantal sterfgevallen te zien. De cijfers zijn te vinden op de site van consortium en worden gedeeld met het RIVM. Het RIVM en het consortium kijken samen hoe deze cijfers het beste kunnen meelopen in het geheel aan cijfers.

#### **Vraag 28 (MinVWS)**

##### *Vraag*

De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister tevens duidelijkheid kan verschaffen over de vraag hoe het aantal slachtoffers in 'instellingen' wordt vastgelegd. Betreffen dit cijfers die duidelijk te ontleiden zijn in bijvoorbeeld 'verpleeghuis', 'beschermd wonen faciliteit' of 'detentiecentrum'? Zo nee, deelt de minister de mening van genoemde leden dat een duidelijk onderscheid tussen deze cijfers moet worden gemaakt, zodat beleid ten aanzien van verpleeghuizen en bijvoorbeeld het mogelijk weer ontvangen van bezoekers kan worden gestoeld op een duidelijk beeld van de stand van zaken?

<sup>11</sup> Trouw.nl, 20 april 2020, 'Oudere met corona komt veel minder gauw op intensive care'

*Antwoord*

Per instelling is het betreffende beeld bij de bestuurder bekend. Alle bevestigde Covid-19 besmettingen worden geregistreerd. Voor de verpleeghuizen gebeurt dit door de specialisten ouderengeneeskunde, die deze melden bij de GGD. De GGD geeft de cijfers door aan het RIVM. Ook in instellingen voor gehandicaptenzorg registreert de arts die verantwoordelijk is voor de medische zorg alle Covid-19 besmettingen en geeft deze via de GGD door aan het RIVM.

Om personen die woonachtig zijn in een verpleeghuis of instelling voor gehandicaptenzorg te identificeren, koppelt het RIVM de postcode van de locatie van de melding aan de postcode van de zorgaanbieders. Dit inzicht vormt de basis voor landelijk beleid, bijvoorbeeld als het gaat om gecontroleerd en gefaseerd de bezoeksregeling te versoepelen.

**Reactie op vragen van de ChristenUnie-fractie****Vraag 29 (MinVWS)***Vraag*

Acht de minister het niet zeer wenselijk om, als er geen schaarste meer is aan beschermingsmiddelen, zo snel mogelijk te starten met het preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen binnen een verpleeghuis om daarmee besmetting van bewoners te voorkomen?

NB: vragensteller wijst op dat het herkennen van COVID bij verpleeghuisbewoners moeilijk is en dat besmetting via medewerkers kan plaatsvinden die pas later erachter komen dat ze besmet zijn.

*Antwoord*

Het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en in het bijzonder mondneusmaskers wordt in de verpleeghuiszorg alleen geadviseerd bij de verpleging van mensen met (verdenking van) COVID-19. Het OMT heeft aangegeven dat het in het algemeen uit voorzorg gebruiken van beschermingsmiddelen bij cliënten die geen (verdenking op) COVID-19 hebben niet nodig is. Met het toepassen van de algemene preventieve maatregelen zoals de hygiëneregels, afstand houden en de bezoeksregeling wordt de kans op besmetting van bewoners geminimaliseerd. Ook is het met het verruimde testbeleid mogelijk om zowel medewerkers als patiënten te testen zodra ze klachten hebben. De uitgangspunten voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen vragen om een nadere invulling per sector, rekening houdend met context en doelgroep. Als de specifieke situatie daarom vraagt, kunnen zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd afwijken van deze uitgangspunten. Daarvoor moeten ook voldoende beschermingsmiddelen aanwezig zijn.

**Vraag 30 (MinVWS)***Vraag*

Bewoners bij wie COVID-19 is geconstateerd, of van wie artsen vermoeden dat zij de ziekte hebben, moeten geïsoleerd worden verpleegd. De leden van de ChristenUnie-fractie begrijpen de noodzaak van geïsoleerd verplegen, maar zien ook de onrust die door deze isolatie ontstaat voor met name dementerende bewoners. Genoemde leden vragen of de minister bereid is om te verkennen of binnen de maatregelen komende weken beter maatwerk geboden kan worden

voor deze groep bewoners binnen een verpleeghuis om de kwaliteit van leven te verbeteren.

*Antwoord*

Als een bewoner in een verpleeghuis besmet is met het COVID-19 virus, dan is isolatie van belang om verdere verspreiding binnen de locatie onder bewoners en ook het zorgpersoneel zoveel mogelijk te beperken. Dat is voor iedereen een ingrijpende maatregel en zeker voor dementerende bewoners niet altijd even goed te begrijpen. De zorgaanbieder en ook het zorgpersoneel doen er alles aan om ook voor deze bewoners het zo draaglijk mogelijk te maken. Daarbij wordt zoveel mogelijk gezien welke zorg en ondersteuning voor de betreffende bewoners het meest passend is. De praktijk laat zien dat het zorgpersoneel daarin heel creatief is. Gelet op de impact die een besmetting in een verpleeghuis heeft voor zowel medebewoners als medewerkers kan ik begrijpen dat het behandeladvies van Verenso aangeeft dat besmette bewoners zoveel mogelijk geïsoleerd moeten blijven van niet-besmette bewoners. Alleen op die manier is het gevaar van het virus in de verpleeghuizen in te dammen.

**Vraag 31 (MinVWS)**

*Vraag*

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat de minister twee weken geleden aankondigde dat veel meer en uitgebreider getest zou worden in de verpleeghuizen. Vervolgens is gebleken dat het nieuwe testbeleid in de wijkverpleging en in de verpleeghuizen moeizaam van de grond kwam. Er waren te weinig testen, het duurde te lang voor een aanvraag daadwerkelijk tot een test leidde, en het kostte zorgmedewerkers veel moeite en overredingskracht om zich te kunnen laten testen. Kan de minister aangeven of bovengenoemde knelpunten inmiddels zijn weggenomen en of het testbeleid in de wijkverpleging en in de verpleeghuizen daarmee beter verloopt?

*Antwoord*

Ik heb ingezet op het wegnemen van belemmeringen in het testen van zorgwerkers en ik heb de afgelopen periode alle mogelijke partijen aangespoord hieraan een bijdrage te leveren. Ik heb in twee brieven aan de betrokken zorgkoepels aangegeven dat het testen van zorgmedewerkers geen belemmeringen mag kennen en dat signalen gemeld kunnen worden bij GGD GHOR Nederland en ook vanuit GGD GHOR een uitvraag is gedaan naar signalen en verbeterpunten.

Ook kunnen signalen gemeld worden bij de IGJ en op basis van de resultaten en terugkoppeling vanuit IGJ en GGD GHOR, ga ik ervan uit dat het aantal problemen steeds kleiner wordt. Een poll onder leden van Actiz liet zien dat 95% van de leden tevreden is over de wijze waarop vanuit de GGD en de interne organisatie het testen verloopt. Ik constateer dat de knelpunten daarmee in grote mate zijn weggenomen.

**Reactie op vragen van de PvdA-fractie**

**Vraag 32 (MinVWS)**

*Vraag*

Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat de hygiënemaatregelen in een woongroep voor mensen met dementie ook worden nageleefd?

*Antwoord*

Als reactie op de vraag van de PvdA naar wat ik ga doen om ervoor te zorgen dat de hygiënemaatregelen ook in een woongroep voor mensen met dementie ook worden nageleefd, wijs ik erop dat het naleven van deze maatregelen de verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieders en de zorgverleners. Om de zorgaanbieders te ondersteunen gaan we het volgende doen:

1. Bijeenbrengen van de kennis die de zorgaanbieders nodig hebben om het virus buiten de deur te houden. Deze kennis wordt opgebouwd uit onderzoek op crisisdagboeken van verpleeghuizen, algemene kennis over hygiëne en infectiepreventie, internationale voorbeelden, voorbeelden uit 'Waardigheid en Trots op locatie', de richtlijnen van o.a. het RIVM en Verenso. Deze kennis bij elkaar vormt een leidraad/checklist voor de verpleeghuizen.
2. We verspreiden de kennis en bieden ondersteuning. Als een zorgaanbieder hulp nodig heeft, bieden we 'hands on' ondersteuning via de GGD-en en 'Waardigheid en Trots op locatie'.
3. We monitoren de ontwikkeling van het virus via (1) de RIVM-gegevens, (2) de GGD-en en (3) gebruik van de kennis en ondersteuningsaanbod. Dit wordt o.a. zichtbaar via informatievoorziening op de site van de RIVM, de monitor van de GGD-en en rapportages over het gebruik van de kennis en de ondersteuning en de resultaten daarvan.'

**Reactie op vragen van de 50PLUS-fractie**

**Vraag 33 (MinVWS)**

*Vraag*

Genoemde leden vragen hoe hoog het reproductiegetal binnen de verpleeghuizen is.

*Antwoord*

Er is geen reproductiegeval voor de verpleeghuizen beschikbaar. Ook is het volgens het RIVM de vraag of dit een zinvolle maat is om naar de verspreiding van het virus in verpleeghuizen te kijken. Dit, omdat verpleeghuizen geen volledig afgesloten populaties zijn (zorgpersoneel komt en gaat) en introductie van een besmetting van buitenaf mogelijk is. Het is daarom van belang om een beeld te krijgen van de mate van introductie en mate van verdere verspreiding in het huis. In mijn stand van zakenbrief van 22 april jl. (TK-25295-277) heb ik u geïnformeerd dat hiertoe een transmissieonderzoek wordt uitgevoerd.

**Vraag 34 (MinVWS)**

*Vraag*

Het OMT stelt dat het uit voorzorg gebruiken van persoonlijke beschermingsmiddelen bij bewoners zonder (verdenking op) COVID-19 niet nodig is. Waarom is dit niet nodig? Deze leden vragen of de schaarste aan beschermingsmiddelen invloed gehad heeft op het advies. Deze leden vragen

daarbij ook of er iets aan het advies verandert op het moment dat er voldoende beschermingsmiddelen zijn.

*Antwoord*

Het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en in het bijzonder mondneusmaskers wordt in de verpleeghuiszorg alleen geadviseerd bij de verpleging van mensen met (verdenking van) COVID-19. Met het toepassen van de algemene preventieve maatregelen zoals de hygiëneregels, afstand houden en de bezoeksregeling wordt de kans op besmetting van bewoners geminimaliseerd. Ook is het met het verruimde testbeleid mogelijk om zowel medewerkers als cliënten te testen zodra ze klachten hebben.

Het RIVM heeft samen met veldpartijen uitgangspunten opgesteld voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen bij zorg buiten het ziekenhuis. Deze uitgangspunten zijn niet gebaseerd op schaarste, maar gaan uit van besmettingsrisico's en zijn gebaseerd op veiligheid voor medewerkers en cliënten/patiënten bij (verdenking van) een besmetting met COVID-19. Tegelijkertijd is gepast gebruik heel belangrijk. Dit houdt onder andere in dat algemeen preventief gebruik niet nodig is en ook niet verstandig, omdat het de schaarste vergroot en ten koste kan gaan van anderen in de zorg. De uitgangspunten vragen om een nadere invulling per sector, rekening houdend met context en doelgroep. Als de specifieke situatie daarom vraagt, kunnen zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd afwijken van deze uitgangspunten.

**Vraag 35 (MinVWS)**

*Vraag*

De leden van 50Plus vragen hoe de medewerkers binnen de langdurige zorg worden geholpen om dit vol te houden? Hoe zijn de vorderingen op het gebied van de helpdesk?

*Antwoord*

De mentale gezondheid en veerkracht van medewerkers in de langdurige zorg is van groot belang om de huidige crisis het hoofd te kunnen bieden. Gelukkig kunnen zorgverleners voor mentale ondersteuning vaak terecht binnen hun eigen organisatie of vinden zij steun in hun persoonlijke omgeving. Helaas is dit niet altijd het geval en lukt het niet in iedere langdurige zorginstelling om dit op korte termijn goed te organiseren. Daarom ondersteunt VWS aanvullend twee initiatieven waar zorgverleners zich kunnen melden: [www.sterkinjewerk.nl/extra-coaching](http://www.sterkinjewerk.nl/extra-coaching) van werkgeversvereniging Regioplus en vakbond CNV en het contactpunt 'Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals' van ARQ IVP. Voor meer informatie over deze initiatieven verwijs ik u naar Kamerbrieven die vorige maand verstuurd zijn<sup>12,13</sup>.

Om zoveel mogelijk medewerkers in de langdurige zorg te bereiken worden de twee genoemde initiatieven via de regionale werkgeversorganisaties bij instellingen onder de aandacht van de zorgverleners gebracht. Ook CNV en branchevereniging ActiZ delen dit met de eigen achterban.

Daarnaast gaat er in de regio Midden-Brabant, op initiatief van de regio zelf, bij een zestal verpleeghuizen een pilot van start om zorgpersoneel in teamverband te

<sup>12</sup> Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25 295, nr. 249

<sup>13</sup> Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25 295, nr. 219

ondersteunen bij de moeilijke omstandigheden waarin zij hun werk op dit moment moeten doen.

Daarnaast is een telefonische supporthelpdesk ouderengeneeskunde opgestart in samenwerking tussen Verenso, ActiZ en ANW Nederland. De Supporthelpdesk biedt 24/7 telefonische ondersteuning gericht op het afspreken van behandelbeleid, supervisie en mentale support van de -eigen of dienstdoend-specialist ouderengeneeskunde. De Supporthelpdesk ouderengeneeskunde is een tijdelijk initiatief dat ontstaan is in Brabant om de kwaliteit en de continuïteit van zorg te waarborgen. Gezien de toename van het aantal met COVID-19 besmette verpleeghuizen is er een landelijke opzet gemaakt voor deze helpdesk. Sinds 28 april is de Supporthelpdesk beschikbaar voor alle zorginstellingen in het hele land.

Om op de langere termijn ervoor te zorgen dat zorgverleners het volhouden, is het bovendien cruciaal dat werkgevers in de langdurige zorg inzetten op het voorkomen van uitval en het behoud van hun personeel. VWS ondersteunt ze daarbij op verschillende manieren.

**c) Gehandicaptenzorg**

**Reactie op vragen van de VVD-fractie**

**Vraag 36, 42 en 54 (MinVWS)**

*Vraag*

Neemt de minister de rol van mensen met een beperking en sectoren zoals de gehandicaptenzorg mee in de vorming van deze anderhalvemetersamenleving?

*Antwoord*

De leden van de VVD-fractie vragen, net als de leden van de fracties van D66 en de ChristenUnie, terecht aandacht voor de positie van mensen met een beperking in de anderhalvemetersamenleving. Zoals ik u heb aangegeven in mijn brief van 6 mei jl. werk ik op dit onderwerp samen met de cliëntenorganisaties aan een plan voor mensen met een beperking of chronische ziekte. De knelpunten die deze doelgroep kan tegenkomen in de anderhalvemetersamenleving, zoals de behoefte aan nabijheid maar ook de wens om volop te kunnen meedoen, zullen hierin ook worden meegenomen. Doel is om, in lijn met het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, onevenredige schade, uitsluiting en achterstand van mensen met een beperking of chronische ziekte vanwege COVID-19 te kunnen voorkomen en op te heffen.

**Reactie op vragen van de PVV-fractie**

**Vraag 37 (MinVWS)**

*Vraag*

Hoe heeft het kunnen gebeuren dat in 11% van de gehandicapteninstellingen corona heerst? Wil de minister ervoor zorgen dat bij de verdeling van beschermingsmiddelen de gehandicaptensector op de juiste wijze wordt meegenomen? Kan de minister ervoor zorgen dat mensen in instellingen en thuis toegang krijgen tot voldoende bescherming? Dit geldt ook voor mensen die hun zorg via een pgb regelen.

*Antwoord:*

De relatie tussen de besmetting in instellingen voor gehandicaptenzorg en de verdeling van beschermingsmiddelen is beslist niet zo direct als wordt gesuggereerd. De besmetting hangt van veel factoren af. Ook de gehandicaptensector kan beschermingsmiddelen aanvragen bij het LCH als dat via reguliere kanalen niet lukt en krijgt dan middelen geleverd. Voor mantelzorgers, vrijwilligers is dit ook geregeld in de palliatieve zorg, en PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners niet in dienst van of in opdracht werkend voor een zorginstelling of -aanbieder is ook geregeld dat ze in aanmerking komen voor persoonlijke beschermingsmiddelen.

**Vraag 38 (MinVWS)***Vraag*

Wil de minister zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten nadrukkelijk aansporen om de reguliere zorg zo snel mogelijk op te starten? Welke rol ziet de minister hierin voor zichzelf?

*Antwoord*

Ik heb de NZa gevraagd om de regie te nemen op het opschalen van de reguliere zorg. De NZa kijkt samen met de veldpartijen, waaronder de zorgverzekeraar, hoe de opschaling georganiseerd wordt, wat er goed gaat en wat er beter kan. Hierbij richten ze zich niet alleen op de ziekenhuiszorg maar ook op andere sectoren.

Het ROAZ coördineert regionaal de opschaling van de zorg en betreft hierbij de regionale zorgorganisaties en de zorgverzekeraars. De basishouding is: urgentie gaat vóór productie en samenwerking gaat vóór competitie. Ik verwacht dat de ingezette opschaling van de reguliere zorg doorzet en zal bij het ROAZ en de NZa blijven informeren over de voortgang en de eventuele regionale verschillen.

Om zorgcontinuïteit binnen gemeenten te waarborgen, heb ik richtlijnen opgesteld over mantelzorg, hulpmiddelenzorg, hulp bij het huishouden en dagbesteding en opvang, waarin uiteen wordt gezet wat is afgesproken ten aanzien van de zorgcontinuïteit en de veiligheid van medewerkers (de richtlijnen vind je hier: <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/04/16/zorg-voor-kwetsbare-mensen-die-thuis-wonen-nader-uitgewerkt>).

**Vraag 39 (MinVWS)***Vraag*

Kunnen mensen met een beperking bij klachten ook getest worden?

*Antwoord*

In antwoord op de vraag van de leden van de PVV-fractie naar het testbeleid voor mensen met een beperking kan ik aangeven dat het verruimen van het testbeleid naar alle burgers met klachten, zoals we dat in juni 2020 gaan doen, uiteraard ook geldt voor mensen met een beperking. Bewoners van intramurale voorzieningen in de gehandicaptenzorg kunnen nu reeds worden getest bij klachten.

**Reactie op vragen van de CDA-fractie****Vraag 40 (MinVWS)***Vraag*

Is men bereid om meer dagbesteding aan te bieden aan kinderen met een zware beperking? Kunnen goede voorbeelden van zorgaanbieders en gemeenten niet uitgewisseld worden? Is de minister bereid om gemeenten aan te spreken die daarin achterblijven? Hoe kijkt de minister aan tegen voorzichtige experimenten

met ouderen om op deze wijze ook mantelzorgers te ontzorgen?

*Antwoord*

Afgelopen week is op de website van het NJI de handreiking voor het werken met kinderen en jongeren in de dagopvang, dagbesteding en dagbehandeling gepubliceerd. Uitgangspunt is dat voor kinderen en jongeren die geen verkoudheidsklachten hebben dagopvang, dagbesteding en dagbehandeling kan doorgaan, met inachtneming van de richtlijnen van het RIVM. Dat geldt ook voor kinderen met een zware beperking. De afweging op welke wijze dagbesteding kan worden ingevuld, is maatwerk. Het zijn primair de zorgaanbieders die met het gezin samen dit maatwerk vormgeven. De koepels van zorgaanbieders ondersteunen hun leden en delen voorbeelden over hoe dagbesteding nu ingevuld kan worden. Daarnaast worden op rijksoverheid.nl voorbeelden gedeeld over hoe zorg, waaronder dagbesteding, gecontinueerd wordt. Ik bespreek meerdere malen per week met cliëntenorganisaties, de VNG en de koepels van zorgaanbieders welke knelpunten er nog zijn en de mogelijkheden om tot passende oplossingen te komen. Ook het blijven aanbieden van dagbesteding komt daarbij aan de orde. Bovendien ben ik positief over de initiatieven die ontwikkeld worden als alternatief voor het wegvallen van dagbesteding, waarbij tevens contact onderhouden wordt met mantelzorgers om te horen hoe het thuis gaat. Via kennisinstellingen, zoals Movisie, NJI en Vilans, worden goede voorbeelden gedeeld over hoe dagbesteding voorzichtig weer kan worden opgestart. Bijvoorbeeld bij King Arthur Groep in Zeist. Zij ontvangen vier ouderen per dagdeel om de groep mantelzorgers te ontlasten waar het risico op overbelasting het grootste is.

**Reactie op vragen van de D66-fractie**

**Vraag 41 (MinVWS)**

*Vraag*

Is de minister bereid om parallel aan het verzoek bij de ouderenzorg te werken aan eenduidige richtlijnen voor het preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en dit mee te nemen in de verdeling van de middelen?

*Antwoord*

De inzichten zoals nu bekend, geven geen aanleiding tot het gebruik van algemene preventieve inzet van beschermingsmiddelen.

**Vraag 42 (MinVWS)**

*Vraag*

Welke aanvullende maatregelen is de minister van plan om te nemen om de noodzakelijke zorg voor deze kwetsbare groep zo veel als mogelijk doorgang te laten vinden? Is de minister voornemens om een plan van aanpak voor de langere termijn op te stellen voor mensen die vanwege een beperking niet in een anderhalvemetersamenleving tot hun recht komen?

*Antwoord*

De leden van de VVD-fractie vragen, net als de leden van de fractie van D66, terecht aandacht voor de positie van mensen met een beperking in de anderhalvemetersamenleving. Zoals ik u heb aangegeven in mijn brief van 6 mei

jl. werk ik samen met de cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking of chronische ziekte aan een (meer integrale) actieagenda voor deze doelgroep voor de korte en langere termijn. De knelpunten die deze doelgroep kan tegenkomen in de anderhalvemetersamenleving, zoals de behoefte aan nabijheid maar ook de wens om volop te kunnen meedoen, zullen hier ook in worden meegenomen.

Naast de vraag van de leden van de D66-fractie over de anderhalve metersamenleving voor mensen met een beperking, die ik tezamen met dezelfde vraag van de VVD-fractie heb beantwoord, vragen deze leden voorts naar aanvullende maatregelen om de noodzakelijke zorg voor deze kwetsbare groep zo veel als mogelijk doorgang te laten vinden. Ook de leden van de fractie van 50PLUS hebben hierover zorgen uitgesproken. Er zijn al verschillende stappen gezet om ervoor te zorgen dat noodzakelijke zorg en ondersteuning zoveel mogelijk en op een verantwoorde manier doorgang vindt. Zo zijn er door VWS-richtlijnen opgesteld over de continuering van huishoudelijke hulp en hulpmiddelen zorg. De richtlijnen over dagbesteding en respijtzorg gaan vooralsnog alleen over ouderen, omdat Ieder(in) samen met VGN aan een eigen variant voor de gehandicaptensector wil werken. Bij de paramedische zorg zijn de afgelopen weken door de sectoren nieuwe richtlijnen opgesteld die ertoe moeten bijdragen dat noodzakelijke zorg weer wordt opgestart.

#### **Vraag 43 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Is de minister bereid om naasten mee te nemen in de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen en testcapaciteit zodat sneller de mogelijkheid ontstaat een bezoek aan de instelling in de gehandicaptenzorg te brengen of de verzorging verantwoord thuis te kunnen doen?

##### *Antwoord*

Met ingang van 18 mei is het mogelijk geworden voor mantelzorgers die intensieve mantelzorg verlenen, bij het vertonen van klachten passend bij COVID-19, zich kunnen laten testen via de huisarts of GGD. Het testen en verstrekken van persoonlijke beschermingsmiddelen gebeurt voor niemand preventief. Dit geldt dus ook voor bezoekers aan zorginstellingen. Zorginstellingen in de gehandicaptenzorg hanteren het nee, tenzij principe waarin zij zelf kunnen beoordelen op welke veilige manier zij bezoek voor cliënten kunnen toestaan.

#### **Vraag 44 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Kan de minister tevens borgen dat gehandicapten niet hun plaats in een instelling verliezen wanneer hun naasten vanwege de coronacrisis tijdelijk de zorg thuis overnemen?

##### *Antwoord*

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus en er een bezoekregeling is. Echter iemand woont niet voor niets met een Wlz-indicatie in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen en het is de vraag of door de naasten thuis ook de juiste zorg kan

worden geboden. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.

Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, echter gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Omdat de zorgaanbieder wordt gecompenseerd voor leegstand en de cliënt niet na 14 dagen wordt uitgeschreven, blijft de kamer gereserveerd voor de cliënt. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

#### **Reactie op vragen van de GroenLinks-fractie**

##### **Vraag 45 (MinVWS)**

###### *Vraag*

Deelt de minister de vrees dat er enkele brandhaarden ontstaan in gehandicapteninstellingen en wat is de minister voornemens te doen om deze uitbraak zo spoedig mogelijk in te dammen?

###### *Antwoord*

In principe gelden voor de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg geen andere maatregelen dan voor andere sectoren in de zorg. Ook hier worden de RIVM-richtlijnen gevolgd rond testen, het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en eventueel cohortverpleging. Daarnaast is er een bezoekenregeling die het bezoek beperkt. Het aantal nieuwe locaties met besmetting neemt ondertussen fors af en hetzelfde geldt voor het aantal nieuwe besmettingen.

##### **Vraag 46 (MinVWS)**

###### *Vraag*

Kan de minister toezeggen dat mensen die een naaste vanwege de coronacrisis tijdelijk naar huis hebben gehaald het recht op terugkeer naar de woning en/of instelling behouden?

###### *Antwoord*

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus en er een bezoekenregeling is. Echter iemand woont niet voor niets met een Wlz-indicatie in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen en het is de vraag of door de naasten thuis ook de juiste zorg kan worden geboden. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.

Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona

virus, echter gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Omdat de zorgaanbieder wordt gecompenseerd voor leegstand en de cliënt niet na 14 dagen wordt uitgeschreven, blijft de kamer gereserveerd voor de cliënt. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

#### **Vraag 47 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Heeft de minister kennisgenomen van dit plan in Australië? Genoemde leden vragen of de minister bereid is dit plan in overweging te nemen en op korte termijn de Kamer te informeren of een dergelijke 'covid-commissie handicap' ook kan bijdragen aan de Nederlandse aanpak?

##### *Antwoord*

Ik ben het met de leden van de GroenLinks-fractie eens dat een actieplan voor mensen met een beperking of een chronische aandoening, zoals dat bijvoorbeeld ook in Australië is gemaakt, kan bijdragen aan het voorkomen en opheffen van extra achterstand, isolement, gezondheidsrisico en afstand tot de samenleving. Om die reden werk ik samen met de cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking of chronische ziekte aan een (meer integrale) actieagenda voor deze doelgroep voor de korte en langere termijn. In de volgende brief aan de Kamer voor het debat over corona zal ik deze actieagenda nader toelichten.

#### **Vraag 48 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Kan het RIVM advies uitbrengen onder welke voorwaarden fysiotherapie weer op reguliere basis doorgang kan vinden? Kan de minister ervoor zorgen dat een overleg wordt gestart met de beroepsvereniging voor paramedische zorg (Paramedisch Platform Nederland) en met cliëntenorganisaties met als doel deze zorg zo snel mogelijk te hervatten en richtlijnen op te stellen?

##### *Antwoord*

In de afgelopen weken zijn de paramedische beroepsgroepen terughoudend geweest met het verlenen van zorg waarbij geen 1,5 meter afstand met de patiënt gewaarborgd kon worden. Op deze manier werd het risico op verspreiding van het virus geminimaliseerd. Paramedische beroepsgroepen hebben hiervoor eigen richtlijnen opgesteld. Waar mogelijk werd zorg op afstand geboden of werd de zorg uitgesteld, indien nodig kon noodzakelijke zorg fysiek worden geboden. Dit was in lijn met het beleid van de Rijksoverheid voor (para)medische contactberoepen. Er is in de afgelopen periode wekelijks overleg geweest tussen de paramedische beroepsverenigingen<sup>14</sup> en het ministerie VWS over de gevolgen van de uitbraak van het virus op de paramedische zorgverlening en de financiële situatie van de paramedische zorgaanbieders. Op het moment dat er sprake was van het gefaseerd opstarten van de reguliere zorg, hebben de beroepsgroepen en VWS advies gevraagd aan het RIVM over de manier waarop ook de paramedische zorg op een veilige manier kan opschalen. De beroepsverenigingen hebben op

<sup>14</sup> Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Paramedisch Platform Nederland (PPN) en Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

basis van dit advies gezamenlijk en in afstemming met patiënten-/cliëntenorganisaties een nieuwe richtlijn opgesteld. Deze is op 1 mei jl. gepubliceerd en op 7 mei jl. geactualiseerd naar aanleiding van de aangekondigde veranderingen in het beleid die per 11 mei jl. zijn ingegaan. De basis van deze richtlijn is een triage aan de poort, waardoor in principe alleen patiënten zonder (huisgenoten met) corona-gerelateerde klachten worden gezien. Voor patiënten met een corona-verdenking waarbij de zorg niet op afstand kan plaatsvinden of kan worden uitgesteld, kan de zorg ook worden geboden maar moeten aanvullende beschermende maatregelen worden genomen.

#### **Reactie op vragen van de D66-fractie**

##### **Vraag 49 (MinVWS)**

###### *Vraag*

De leden vragen de minister of hij in zijn wekelijkse stand van zakenbrief over COVID-19, cijfers kan geven van de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen, het aantal testen onder zorgverleners en besmettingen in de gehandicaptenzorg.

###### *Antwoord*

Ik zal de wekelijkse cijfers van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen met betrekking tot het aantal uitgeleverde en bestelde persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar stellen op de website van de Rijksoverheid. Ten aanzien van cijfers over de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen wil ik graag opmerken dat deze sterk afhankelijk is van reguliere leveringen aan zorgbieders, de ontwikkelingen in het aantal COVID-19-besmettingen en het gepast gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen conform de RIVM richtlijn. Het is mogelijk om het totaal aantal uitgevoerde testen en het aandeel positieve testen in algemene zin in de updatebrief over COVID-19 op te nemen, maar dat kan niet op niveau van doelgroep.

#### **Reactie op vragen van de SP-fractie**

##### **Vraag 50 (MinVWS)**

###### *Vraag*

Kan de minister aangeven of hij en/of het OMT in genoemde initiatieven ook een mogelijke versoepeling van de bezoekersregeling in de volgende fase onderzoekt? Kan de minister voorts aangeven wanneer de Kamer hierover geïnformeerd wordt?

###### *Antwoord*

Anders dan in de ouderenzorg is er in de bezoekersregeling van de gehandicaptenzorg reeds bij aanvang meer maatwerk mogelijk. In de gehandicaptenzorg is het uitgangspunt dat de zorgaanbieder op basis van een risicoafweging eigen beleid formuleert voor de locaties. Daarbij gold primair "Nee, tenzij..." beleid, waarbij er geen bezoek mogelijk was, tenzij het contact met de familie/vrijwilliger van essentieel belang is voor de cliënt. Inmiddels is de bezoekerregeling geactualiseerd en wordt de nadruk niet meer gelegd op het "nee",

maar op de ruimte die het "tenzij" biedt. Die invulling gaat uit van maatwerk. De volgende stap zal zijn om bezoek verder te verruimen op basis van een "Ja, mits" regeling. In mijn stand-van-zaken brief ga ik hierop nader in.

#### **Reactie op vragen van de PvdA-fractie**

##### **Vraag 51 (MinVWS)**

###### *Vraag*

Kan de minister erop toezien dat het perspectief van degenen die thuis zorg ontvangen niet wordt vergeten? Worden de specifieke behoeften en beperkingen van mensen met een handicap meegenomen in de scenario's voor een eventuele exit strategie? Genoemde leden vragen daarbij of de minister kan toezeggen dat in de gehandicaptenzorg, net als in de verpleeghuiszorg, maatwerk kan worden geleverd bij het mogelijk toelaten van bezoekers.

###### *Antwoord*

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze in de huidige aanpak aandacht wordt gegeven aan de zorg voor mensen met een handicap die buiten een instelling zorg ontvangen. Het perspectief van mensen met een beperking of chronische ziekte die thuis wonen wordt zeker niet vergeten. Sinds de uitbraak vindt periodiek overleg plaats met de vertegenwoordigende organisaties voor mensen met een beperking of chronische ziekte (Ieder(in), Per Saldo, LSR, LFB en KansPlus en MIND) plaats waarin de ervaren problematiek wordt besproken, verhelderd en van oplossingsrichtingen wordt voorzien. Zoals ik u heb aangegeven in mijn brief van 6 mei jl. werk ik bovendien samen met de cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking of chronische ziekte aan een (meer integrale) actieagenda voor deze doelgroep voor de korte en langere termijn.

##### **Vraag 52 (MinVWS)**

###### *Vraag*

Welke prioriteit wordt gegeven aan mensen met een chronische beperking bij het hervatten van de reguliere zorg? Kan de minister toezeggen dat mensen met een handicap niet achter in de rij belanden bij bijvoorbeeld fysiotherapie, logopedie of ergotherapie?

###### *Antwoord*

- Het is aan de zorgverlener om te bepalen wie er eerst behandeld moet worden en wie er nog wat langer kan wachten, aan de hand van een beoordeling van de medische noodzaak.
- Ik vertrouw hierbij op het beoordelingsvermogen van de zorgprofessional, en dat daarbij rekening wordt gehouden met de context van de patiënt.
- Daarnaast heb ik heb de NZa gevraagd om de regie te nemen op het opschalen van de reguliere zorg. De NZa kijkt samen met de veldpartijen hoe de opschaling georganiseerd wordt, wat er goed gaat en wat er beter kan.
- Als mensen met een chronische beperking knelpunten ervaren dan zoekt de NZa met partijen naar een passende oplossing.

**Vraag 53 (MinVWS)***Vraag*

Kan tevens de toezegging worden gedaan dat inwoners van een instelling die vanwege corona tijdelijk naar huis zijn gehaald en verzorgd door familie, hun recht op terugkeer behouden zodat ze hun plek in een woning of instelling niet kwijtraken?

*Antwoord*

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus en er een bezoeksregeling is. Echter iemand woont niet voor niets met een Wlz-indicatie in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen en het is de vraag of door de naasten thuis ook de juiste zorg kan worden geboden. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.

Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, echter gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Omdat de zorgaanbieder wordt gecompenseerd voor leegstand en de cliënt niet na 14 dagen wordt uitgeschreven, blijft de kamer gereserveerd voor de cliënt. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

**Reactie op vragen van de ChristenUnie-fractie****Vraag 54***Vraag*

Is de minister het met de leden van de ChristenUnie-fractie eens dat de transitiestrategie inclusief moet zijn om te zorgen dat een afschaling ook voor mensen met een beperking verantwoord en veilig kan plaatsvinden? Is de minister bereid om in overleg met gehandicaptenorganisaties hiervoor een integrale aanpak te ontwikkelen en daarbij te kijken naar het plan dat in Australië is opgesteld en dat gericht is op het voorkomen en opheffen van extra achterstand, isolement, gezondheidsrisico en afstand tot de samenleving voor mensen met een beperking?

*Antwoord*

Zoals ik u heb aangegeven in mijn brief van 6 mei jl. werk ik samen met de cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking of chronische ziekte aan een (meer integrale) actieagenda voor deze doelgroep voor de korte en langere termijn. De knelpunten die deze doelgroep kan tegenkomen in de anderhalvemetersamenleving, zoals de behoefte aan nabijheid maar ook de wens om volop te kunnen meedoen, zullen hier ook in worden meegenomen. Doel is

om, in lijn met het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, onevenredige schade, uitsluiting en achterstand van mensen met een beperking of chronische ziekte vanwege COVID-19 te kunnen voorkomen en op te heffen.

#### **Reactie op vragen van de 50Plus-fractie**

##### **Vraag 55 (MinVWS)**

###### *Vraag*

De leden van de fractie van 50PLUS maken zich zorgen over mensen met een beperking. In meer dan 60% van de gevallen is de reguliere therapie gestopt. Kan de minister dit probleem onderzoeken?

###### *Antwoord*

Naast de vraag van de leden van de D66-fractie over de anderhalve metersamenleving voor mensen met een beperking, die ik tezamen met dezelfde vraag van de VVD-fractie heb beantwoord, vragen deze leden voorts naar aanvullende maatregelen om de noodzakelijke zorg voor deze kwetsbare groep zo veel als mogelijk doorgang te laten vinden. Ook de leden van de fractie van 50PLUS hebben hierover zorgen uitgesproken. Er zijn al verschillende stappen gezet om ervoor te zorgen dat noodzakelijke zorg en ondersteuning zoveel mogelijk en op een verantwoorde manier doorgang vindt. Zo zijn er door VWS-richtlijnen opgesteld over de continuering van huishoudelijke hulp en hulpmiddelen zorg. De richtlijnen over dagbesteding en respijtzorg gaan vooralsnog alleen over ouderen, omdat Ieder(in) samen met VGN aan een eigen variant voor de gehandicaptensector wil werken. Bij de paramedische zorg zijn de afgelopen weken door de sectoren nieuwe richtlijnen opgesteld die ertoe moeten bijdragen dat noodzakelijke zorg weer wordt opgestart.

##### **Vraag 56 (MinVWS)**

###### *Vraag*

Tevens hebben deze leden het signaal ontvangen dat iemand met een beperking die tijdens het coronavirus naar huis wordt gehaald zijn plek in een woning en/of instelling kan verliezen. Kan de minister verzekeren dat deze persoon nooit vanwege deze reden de plek in de woning en/of instelling mag verliezen?

###### *Antwoord*

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus en er een bezoekregeling is. Echter iemand woont niet voor niets met een Wlz-indicatie in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen en het is de vraag of door de naasten thuis ook de juiste zorg kan worden geboden. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.

Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona

virus, echter gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

#### **d) Geestelijke gezondheidszorg**

##### **Reactie op vragen van de VVD-fractie**

##### **Vraag 57 (staatssecretaris)**

###### *Vraag*

De leden van de VVD-fractie hebben er al jaren een punt van gemaakt dat de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) een heel groot knelpunt zijn. Er zijn recent wat eerste stappen genomen om daar een aanpak op uit te rollen. Nu de verwachting is dat de toestroom van patiënten in de ggz nog groter zal worden door de coronacrisis, vrezen genoemde leden dat de wachtlijstproblematiek alleen nog maar groter wordt. Wordt dit gegeven (de reeds bestaande wachtlijstproblematiek en de nieuwe extra te verwachten toestroom) meegenomen in de uitwerking van de scenario's? Deze leden vragen tevens of inzichtelijk gemaakt kan worden in de uitwerking van deze scenario's hoe groot de extra instroom is per regio en welke maatregelen hiervoor getroffen worden.

###### *Antwoord*

Het kabinet heeft de NZa gevraagd het proces te coördineren rond het weer opstarten en doorstarten van de reguliere zorg. Ook voor de volwassenen-ggz is de NZa hiermee bezig, in afstemming met verschillende partijen uit het veld. Onderdeel van de aanpak van de NZa is het cijfermatig in beeld brengen van de precieze aard, omvang en ontwikkeling van de zorgvraag. Op 20 mei jl. heeft de NZa de eerste monitor over de opstart van de zorg in de ggz gepubliceerd. Daaruit blijkt dat het aantal verwijzingen van huisartsen naar ggz-aanbieders sinds half maart met naar schatting 49.000 is gedaald en sinds begin april weer toeneemt. Daarnaast bevat de monitor cijfers over de ontwikkeling van de wachttijden tot en met april. Deze wachttijd cijfers zeggen echter nog niet veel over het effect van de corona-crisis op de wachttijden, vanwege het retrospectieve karakter (de cijfers kijken twee maanden terug). De NZa gaat deze informatie wekelijks actualiseren, zodat partijen op basis hiervan maatregelen kunnen nemen, zowel op landelijk als regionaal niveau. De cijfers over verwijzing en wachttijden vormen in eerste instantie geen input voor de scenario's die in het kader van de uitvoering van motie Segers cs. worden uitgewerkt. Deze scenario's zullen vooral ingaan over de wijze waarop we de ggz kunnen inzetten voor het (preventief) bevorderen van het mentale welzijn van bepaalde doelgroepen (zoals algemene Nederlandse bevolking en zorgverleners) naar aanleiding van de coronacrisis, en niet direct over de toegang tot deze daadwerkelijke behandeling. Uiteindelijk bestaat er natuurlijk wel een samenhang tussen de scenario's en de toegang tot behandeling.

##### **Vraag 58 (MinVWS) en (staatssecretaris)**

###### *Vraag*

Regelmatig is door verschillende partijen gevraagd naar de doorzettingsmacht om de problemen in de ggz van meer regie te voorzien. Kan de minister aangeven bij de uitwerking van de scenario's welke doorzettingsmacht (onder andere vanuit het ministerie) de staatssecretaris hierin heeft, en op welke manier deze aangewend wordt?

*Antwoord*

Het vraagstuk rond doorzettingsmacht in de ggz zoals dat regelmatig in de Kamer aan de orde is geweest, ziet op doorzettingsmacht bij complexe casuïstiek in de ggz. Voor de stand van zaken op dit punt verwijs ik u naar het Verslag Schriftelijk overleg inzake het Noodplan ggz dat de staatssecretaris van VWS u op 1 mei jl. heeft toegestuurd (kenmerk 1669703-203837-CZ). In aanvulling hierop en hiervoor ook al benoemd, coördineert de NZa het proces van de doorstart van reguliere ggz-behandelingen na de corona-crisis. Zoals eerder aangegeven, is een eerste stap het cijfermatig in beeld brengen van de precieze aard, omvang en ontwikkelingen in de zorgvraag. Op basis daarvan zullen partijen, indien nodig met ondersteuning van de NZa, vervolgstappen bepalen. Het kabinet zal de vorderingen nauwlettend volgen en waar deze onvoldoende zijn, partijen daarop aanspreken.

**Vraag 59 (staatssecretaris)**

*Vraag*

Het zou prettig zijn om een overzicht te ontvangen van de zaken die opgepakt zijn om de coronacrisis in de ggz het hoofd te kunnen bieden. In de onderhavige brief worden enkele zaken opgesomd, die door organisaties in het veld zijn aangeboden. Een volledig overzicht zouden de leden van de VVD-fractie zeer wenselijk vinden. Kan dit overzicht naar de Kamer worden gestuurd?

*Antwoord:*

Op 1 mei jl. heeft de staatssecretaris u zijn beantwoording toegestuurd van de vragen naar aanleiding van zijn brief van 20 maart 2020 over de crisisstructuur geestelijke gezondheidszorg (kenmerk 1669703-203837-CZ). In de beantwoording is de staatssecretaris uitgebreid ingegaan op de verschillende maatregelen die door veldpartijen en overheid zijn genomen in relatie tot de coronacrisis en de ggz. De staatssecretaris heeft toegezegd om uw Kamer via de periodieke brief over de stand van zaken COVID-19 op de hoogte gehouden van de relevante problemen en maatregelen voor de ggz. Waar dit, gegeven de aard van de problematiek, gepast is, zal uw Kamer tussentijds separaat worden geïnformeerd. Ik sluit mij aan bij deze inzet.

**Reactie op vragen van de GroenLinks-fractie**

**Vraag 60 (staatssecretaris)**

*Vraag*

De leden van de GroenLinks-fractie hebben sinds de uitbraak van de corona-crisis op allerlei manieren hun zorgen geuit over de continuering van de zorg in de ggz en in de jeugdzorg. Genoemde leden ontvangen signalen dat de motie Klaver

c.s.,<sup>15</sup> waarin wordt opgeroepen om er zorg voor te dragen dat GGZ-instellingen niet in acute liquiditeitsproblemen belanden, niet volledig wordt uitgevoerd. Deze leden zijn blij dat er afspraken zijn gemaakt betreffende een continuïteitsbijdrage, maar ontvangen desondanks signalen dat verschillende GGZ-instellingen zich alsnog in zwaar weer begeven. Kan worden gegarandeerd dat geen enkele GGZ-instelling omvalt vanwege de coronacrisis? De leden van de GroenLinks-fractie maken zich hier zorgen over, omdat de geestelijke gezondheidszorg al voorafgaand aan de corona-uitbraak in een crisis verkeerde.

*Antwoord*

Binnen de verschillende domeinen zijn maatregelen getroffen om zorgaanbieders te compenseren voor lagere inkomsten als gevolg van de coronacrisis, zodat zij niet vanwege de coronacrisis in financiële problemen komen. Hiermee wordt de toegankelijkheid van zorg voor korte en langere termijn geborgd. Hierdoor staan zorginkopende partijen er voor garant dat een instelling niet omvalt ten gevolge van de coronacrisis.

Echter, ten gevolge van andere bedrijfsmatige problematiek – onafhankelijk van de coronacrisis – kan er wel een continuïteitsprobleem ontstaan. Zorginkopende partijen, toezichhouders en het ministerie van VWS staan in zo'n geval paraat om in te grijpen, waar dat nodig is voor de borging van voldoende kwalitatief zorgaanbod.

**Vraag 61 (staatssecretaris)**

*Vraag*

Genoemde leden vragen bovendien, gelet op de lange wachtlijsten in de ggz en tegelijkertijd de regionale verschillen hieromtrent, of het aanstellen van een Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding ook van toegevoegde waarde kan zijn in de ggz. Deze leden ontvangen hier graag een inhoudelijke reflectie op.

*Antwoord*

Het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding heeft als doel om in deze crisis de werklast van patiëntenzorg zo goed mogelijk over ziekenhuizen te verdelen. Het LCPS coördineert daarin bovenregionale patiëntverplaatsingen, soms naar de andere kant van het land of zelfs naar Duitsland. Dit gaat om redelijk overzichtelijke aantallen. Verplaatsingen binnen de regio organiseren ziekenhuizen zelf. Het LCPS kan deze werkwijze hanteren, omdat de capaciteit is uitgebreid, hetzij door ic-capaciteit te verhogen, hetzij door andere zorg drastisch af te schalen. Dit vindt plaats voor een beperkte periode en specifiek voor COVID-19 patiënten. Dergelijke ingrijpende verschuivingen op basis van ingrijpende prioritering staan wij in de ggz niet voor, de ggz moet voor iedereen zo toegankelijk mogelijk blijven. Voorts is de zorg vanuit de ggz dikwijls minder afgebakend in doorlooptijd en is binding aan een bepaalde regio vaak relevant. Daarmee is een dergelijke werkwijze geen oplossing voor de aanpak van de wachttijden in de ggz. Daarnaast is het landelijk coördineren van de spreiding van alle patiënten in de ggz lastig uitvoerbaar vanwege de omvang van het aantal patiënten in de ggz (ongeveer 1 miljoen volwassenen per jaar), het brede scala aan aandoeningen en het grote aantal aanbieders. De patiënt kan zelf op de website van een zorgaanbieder de actuele wachttijd nagaan, via [www.kiezenindeggz.nl](http://www.kiezenindeggz.nl) zien waar de kortste wachttijden zijn en ook kan de

<sup>15</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 185

zorgverzekeraar via de afdeling zorgbemiddeling helpen bij het vinden van een passende en tijdige plek. Dit zal veelal in de regio zijn en in sommige gevallen buiten de regio.

Voor de meer complexe patiëntenzorg geldt dat het aanbod beperkter is. In sommige gevallen zal de patiënt maar bij één of twee aanbieders terecht kunnen. Om de toegankelijkheid en beschikbaarheid van hoogcomplex ggz te verbeteren, hebben aanbieders en verzekeraars in maart een plan gepresenteerd, dat de staatssecretaris u op 13 maart jl. heeft toegestuurd (Kamerstuk 25424, nr. 528), dat onder andere bestaat uit een landelijk sluitend netwerk van regiotafels waar complexe casuïstiek geagendeerd kan worden. Zij gaan op zoek naar een passend aanbod van zorg en ondersteuning, waarbij ze net zo lang opschalen totdat dit aanbod gevonden is, indien nodig aan de andere kant van het land. In die zin vervullen deze regiotafels dus samen een coördinerende rol voor hoogcomplex ggz.

Aanbieders van ggz spannen zich er in deze periode voor in om zoveel als mogelijk continuïteit te bieden. Veldpartijen proberen gezamenlijk te bevorderen dat cliënten tijdig de weg weten te vinden naar de ggz, waar dit nodig is, ook gelet op de signalen van terugval van het aantal verwijzingen.

#### **Reactie op vragen van de SP-fractie**

##### **Vraag 62 (staatssecretaris)**

###### *Vraag*

De leden van de SP-fractie vinden het van groot belang dat er aandacht is voor mentaal welzijn bij een brede doelgroep. Het lid Marijnissen (SP) heeft de motie van het lid Segers (ChristenUnie) dan ook medeondertekend.<sup>16</sup> Deze leden vinden het positief dat er vele initiatieven worden genomen, maar zij vragen wel wanneer er precies initiatieven kunnen worden verwacht gericht op de extra kwetsbare groep mensen die zorg dienen te ontvangen binnen de ggz, en die nu geconfronteerd worden met (gedeeltelijke) uitstel van zorg. Deze leden willen daarbij niets afdoen aan het feit dat de hulpverleners binnen de ggz hun uiterste best doen binnen de situatie waarmee zij te maken hebben. Wanneer zal, zo vragen de leden van de SP-fractie, er meer duidelijkheid zijn inzake het handelingsperspectief bij het bevorderen van de mentale gezondheid in de periode direct na de crisis, bijvoorbeeld door in kaart te brengen welk type mentale klachten op langere termijn tijdige nazorg vereisen. Juist die groep die nu zorg nodig heeft, krijgt wellicht te maken met een verergering van klachten. Hoe wordt hiermee omgegaan?

###### *Antwoord*

De zorgaanbieders in de ggz doen er alles aan om ook in de huidige periode goede zorg te verlenen. Ter ondersteuning van de professionals in het veld hebben de ggz-veldpartijen een richtlijn 'ggz en corona' opgesteld. Sinds 19 mei is een nieuwe versie van de richtlijn beschikbaar, waarbij aangesloten wordt op de meest recente bijstelling van landelijke coronamaatregelen. Om huisartsen en ggz-aanbieders in de huidige periode te faciliteren bij het vormgeven van hun

<sup>16</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 230

samenwerking en elkaar inzicht te geven in elkaars werkwijze hebben LHV, InEen, GGZ Nederland en Platform MEERGGZ bovendien een factsheet opgesteld dat partijen kan helpen. Met de staatssecretaris wil ik mensen blijvend oproepen om echt contact op te nemen met de huisarts als ze hulp nodig hebben met betrekking tot hun mentale gezondheid.

De staatssecretaris van VWS heeft in afstemming met ZonMw onderzoek uitgezet naar psychisch welzijn in relatie tot de coronacrisis. Het gaat daarbij onder meer om het ophalen van inzichten en geleerde lessen die bijdragen aan een verbeterde aanpak van het zorgdragen voor een goede mentale gezondheid tijdens de huidige periode. Aanvullend gaat het ook om een borging van verbeterde werkwijzen en processen in het zorgsysteem voor de toekomst. Verder verwacht de staatssecretaris van VWS uw Kamer medio juni uitgebreid te informeren over de lopende uitvoering van de motie Segers c.s. aangaande preventieve maatregelen voor mentaal welzijn.

Voorts voert het RIVM samen met GGD GHOR een groot [vragenlijstonderzoek](#) uit onder de algemene bevolking. In dit onderzoek worden vragen gesteld over onder andere preventieve gedragsmaatregelen, fysiek, sociaal en mentaal welbevinden. Dit onderzoek wordt gedurende de pandemie met een interval van een beperkt aantal weken herhaald. Deze informatie levert inzichten op die op hun beurt weer gebruikt worden bij het Informatie en Verwijs Centrum (als centraal loket waar de informatie te vinden is over mentale gezondheid).

#### **Reactie op vragen van de ChristenUnie-fractie**

##### **Vraag 63 (staatssecretaris)**

###### *Vraag*

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister concreet aan te geven hoe de motie Segers c.s. aangaande preventieve maatregelen voor mentaal welzijn wordt uitgevoerd en wanneer de Kamer hierover uitgebreider geïnformeerd wordt.<sup>17</sup>

###### *Antwoord*

Bij het debat over de ontwikkelingen rond het coronavirus van 8 april jl. heeft uw Kamer de motie Segers c.s. aangaande preventieve maatregelen voor mentaal welzijn aangenomen. De motie verzoekt de regering, samen met relevante veldpartijen op korte termijn preventieve maatregelen te nemen om de negatieve gevolgen voor het mentaal welzijn te beperken, en daarnaast verschillende scenario's uit te werken voor opvang van een toenemende vraag naar ggz en

<sup>17</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 230

geestelijke verzorging, waarbij aandacht is voor specifieke doelgroepen zoals zorgpersoneel, patiënten en huidige ggz-cliënten. In mijn brief van 15 april jl. (kenmerk 1675769-204341-PG) heb ik uw Kamer geïnformeerd over hoe de staatssecretaris van VWS werkt aan de uitvoering van deze motie. Zoals hierboven vermeld verwacht de staatssecretaris van VWS uw Kamer medio juni uitgebreid te informeren over de uitvoering van de motie Segers c.s. Vooruitlopend daarop kan ik u mededelen dat de staatssecretaris van VWS inmiddels via de relevante veldpartijen informatie heeft verzameld om diverse scenario's uit te werken om meer inzicht te krijgen in de gevolgen van de coronacrisis op het mentale welzijn, en ons handelingsperspectief om dit welzijn positief te beïnvloeden. Dan gaat het zowel om de invloed van mensen die zich reeds in een kwetsbare positie bevinden als om de samenleving als geheel.

#### **e) Maatschappelijke opvang**

##### **Reactie op vragen van de GroenLinks-fractie**

##### **Vraag 64 (staatssecretaris)**

###### *Vraag*

Is de capaciteit van de PBM nu wel op orde in de MO? Waar blijkt dat uit?

Wat is het aandeel van dak- en thuislozen die nu uit het oog zijn verloren van opvanginstellingen?

Welke lessen worden getrokken uit de effecten van de coronacrisis op dak- en thuislozen en op welke wijze bevorderen deze lessen het denken over het toekomstig beleid?

###### *Antwoord*

Er zijn voldoende PBM beschikbaar voor handelingen in de MO waarbij noodzakelijk contact bij verzorging of verpleging binnen de 1,5 meter plaatsvindt. VWS heeft meerdere keren per week contact met brancheorganisatie Valente om dit te monitoren.

Er zijn geen cijfers bekend van het aandeel dak- en thuislozen dat uit beeld is verdwenen als gevolg van de corona crisis. Er zijn echter geen signalen uit het veld dat het gaat om aanzienlijke aantallen, mede doordat opvanginstellingen er snel in zijn geslaagd de opvang zo om te bouwen dat de 1,5 meter aangehouden kan worden. Veelal is ook gekozen voor aanvullende opvanglocaties, zoals sporthallen en hotels. VWS is samen met alle betrokken partijen uit het veld in gesprek over hoe de mensen die nu extra in beeld zijn door de crisis, ook in beeld kunnen blijven.

Deze crisis leert ons eens te meer dat de opvang van dak- en thuisloze mensen in grote groepen, zoals in slaapzalen, ongewenst is. Het heeft de voorkeur mensen vanuit een eigen woonplek te begeleiden in plaats van vanuit de opvang. Alleen als er echt geen andere mogelijkheid is, verblijven mensen in de maatschappelijke opvang, maar idealiter nooit langer dan drie maanden. Deze les zit stevig verankerd in de brede aanpak van dakloosheid waarover uw kamer binnenkort verder wordt geïnformeerd. Daarnaast heeft de Nederlandse Straatdokers groep de opdracht gekregen de ontwikkeling van het coronavirus onder dak- en thuislozen te monitoren en het effect van de corona crisis op deze groep in kaart te brengen. De lessen die hieruit getrokken kunnen worden volgen later dit jaar en worden – waar nodig – ook meegenomen in de brede aanpak van dakloosheid of andere trajecten.

## Reactie op vragen van de SP-fractie

### Vraag 65 (staatssecretaris)

#### Vraag

Hoe gaat het specifiek met deze groep, bijvoorbeeld welke initiatieven lopen er om hen te ondersteunen bij de beschikbaarheid van slaapplekken met voldoende afstand, bij de manier waarop zij de dag veilig kunnen doorbrengen enzovoorts? Ook vragen genoemde leden om een verdere uitwerking van de (zogenaamde) evidente redenen waaronder huisuitzettingen toch plaats kunnen vinden, een stand van zaken met betrekking tot de beschikbaarheid van beschermingsmiddelen in deze sector en een stand van zaken met betrekking tot het testbeleid

#### Antwoord

- Voor de groep dak- en thuislozen is in samenwerking met het RIVM, VNG, IGJ, Valente, Como en Mind op 27 maart een richtlijn vastgesteld die gemeenten en hulporganisaties ondersteunt bij de manier waarop ze de hulp en ondersteuning vormgeven ten tijde van Corona. Hierin staat bijvoorbeeld dat de bedden in de opvang 1,5 meter uit elkaar moeten worden geplaatst en dat er ook overdag voldoende inlooptmogelijkheden geregeld moeten worden. Het lukt gemeenten en zorginstellingen over het algemeen goed om dit lokaal te regelen.
- Evidente redenen voor huisuitzettingen zijn criminele activiteiten of extreme overlast. Er dient altijd een rechterlijke uitspraak te zijn voordat overgegaan kan worden tot huisuitzetting. Ik acht het niet nodig om deze redenen verder uit te werken, aangezien dit zaken zijn die per individuele casus door de rechter beoordeeld dienen te worden. Voor procedures tot huisuitzetting die voor 12 maart jl. reeds liepen zal de verhuurder de individuele situatie beoordelen.
- De sector heeft volgens onze informatie voldoende beschikking over PBM wanneer er sprake is van noodzakelijk contact bij verzorging of verpleging binnen de 1,5 meter bij (de verdenking op) COVID-19.
- Voor het testbeleid voor medewerkers in de maatschappelijke opvang geldt de richtlijn voor het testbeleid voor zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis.

### Vraag 66 (staatssecretaris SZW)

#### Vraag

De leden van de SP-fractie zijn zeer teleurgesteld dat de motie-Van Kent is verworpen waarin de regering werd verzocht de kostendelersnorm gedurende de coronacrisis voor alle groepen uitkeringsgerechtigden op te schorten. Deze leden ontvangen hierover graag een duidelijke toelichting en vragen nogmaals om dit standpunt te herzien.

#### Antwoord

Mensen die samen in een huis wonen kunnen woonkosten delen. De bijstand als vangnetvoorziening houdt hier rekening mee. Het kabinet is van mening dat het niet nodig is de kostendelersnorm gedurende de coronacrisis voor alle groepen uitkeringsgerechtigden op te schorten. Het behoort nu al tot de bevoegdheid en de verantwoordelijkheid van de gemeente om in specifieke situaties een uitzondering te maken en de kostendelersnorm niet van

toepassing te verklaren. Gemeenten hebben ruimte voor maatwerk. Personen van 21 jaar en ouder, die tijdelijk inwonen bij een bijstandsgerechtigde, hoeven niet mee te tellen voor de kostendelersnorm. Hierbij gaat het uitdrukkelijk om mensen in een crisissituatie, daklozen of mensen die dakloos dreigen te raken. De gemeente dient vast te stellen dat het gaat om tijdelijk verblijf.

**f) Kwetsbare mensen thuis**

**Reactie op vragen van de VVD-fractie**

**Vraag: 67a (MinVWS)**

*Vraag*

De leden van de VVD-fractie merken dat zorgmedewerkers en hun cliënten en/of dierbaren de informatie vaak te onduidelijk vinden, of de informatie moeilijk kunnen vinden. Het gaat dus niet om de capaciteit, of het beleid, maar wel om de duidelijkheid en toegankelijkheid van de informatie. Herkent de minister deze signalen en zo ja, welke stappen gaat hij zetten om alle stukken met informatie nog duidelijker en toegankelijker te maken?

*Antwoord*

Communicatie over de gevolgen van het coronavirus in de zorgsector is een gezamenlijke inspanning van de Rijksoverheid, RIVM en partijen in de sector zoals Actiz, Vilans, het Nederlands Jeugdinstituut en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en de beroepsgroepen. Toegankelijkheid en begrijpelijkheid zijn voor alle partijen belangrijke uitgangspunten in de (publieks)communicatie. De Rijksoverheid biedt via [www.rijksoverheid.nl/corona](http://www.rijksoverheid.nl/corona) informatie voor het brede publiek. Ook wordt daar op verschillende manieren algemene informatie over het coronavirus in eenvoudige taal aangeboden.<sup>18</sup> Waaronder de website [corona.steffie.nl](http://corona.steffie.nl).

Communicatie voor verschillende doelgroepen is bijeengebracht op een specifieke websites van de kenniscentra:

- Op de website [waardigheidentrots.nl](http://waardigheidentrots.nl) wordt een overzicht bijgehouden van informatie over het coronavirus in verpleeghuizen.<sup>19</sup>
- Op de website [zorgvoorbeter.nl](http://zorgvoorbeter.nl) is een coronadossier gemaakt voor verpleging, verzorging, zorg thuis en eerste lijnverpleging, verzorging en zorg thuis.<sup>20</sup>
- Het Kennisplein Gehandicaptensector maakte samen met de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland een wegwijzer met daarin de meest gestelde vragen en betrouwbare bronnen.<sup>21</sup>
- Het Nederlands Jeugdinstituut zet vragen en antwoorden over de gevolgen van het Coronavirus op een rij voor ouders, kinderen en jongeren, professionals en gemeenten.<sup>22</sup>

<sup>18</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/uitgelicht-corona/uitgelicht-corona-eenvoudig>

<sup>19</sup> [https://www.waardigheidentrots.nl/corona/?utm\\_source=homepage&utm\\_medium=sidebar&utm\\_campaign=coronavirus#](https://www.waardigheidentrots.nl/corona/?utm_source=homepage&utm_medium=sidebar&utm_campaign=coronavirus#)

<sup>20</sup> [https://www.zorgvoorbeter.nl/hygiene/corona?\\_ga=2.87895899.2126669465.1588759388-1908900225.1588759388](https://www.zorgvoorbeter.nl/hygiene/corona?_ga=2.87895899.2126669465.1588759388-1908900225.1588759388)

<sup>21</sup> <https://www.vgn.nl/nieuws/nieuwe-wegwijzer-corona-voor-begeleiders>

<sup>22</sup> <https://www.nji.nl/coronavirus>

- Movisie publiceert een coronadossier op haar website waarin informatie over het coronavirus en de gevolgen die het heeft binnen de verschillende thema's van het sociaal domein wordt verzameld. Deze informatie is gesorteerd op doelgroep (sociaal professionals, gemeenten en betrokken burgers) en op thema (dagbesteding, eenzaamheid, huiselijk en seksueel geweld, informele zorg en ouderen).

Tussen al deze partijen die deze websites up-to-date houden vindt voortdurend afstemming plaats om informatie begrijpelijk en op elkaar afgestemd te houden.

#### **Vraagnr: 67b (MinVWS)**

##### *Vraag*

Verschillende informatiebronnen kunnen elkaar ook tegenspreken. Er zijn situaties bekend dat mantelzorgers met mondkapjes bij een cliënt over de vloer komen terwijl de zorgverlener de zorg aan die cliënt zonder persoonlijke beschermingsmiddelen moet verlenen omdat de RIVM-richtlijn gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in die situatie niet voorschrijft. Herkent de minister dit soort signalen en zo ja, welke stappen gaat hij zetten om ervoor te zorgen dat er een eenduidig beleid voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen wordt gehanteerd?

##### *Antwoord*

Ik sluit niet uit dat dit soort situaties zich voordoen. Zowel mantelzorgers als zorgverleners hoeven in principe geen mondkapje te dragen, tenzij zij zorg verlenen aan kwetsbare mensen met (symptomen van) COVID-19 en waarbij de afstand van 1,5 meter niet kan worden aangehouden vanwege de noodzakelijke verpleging en verzorging. Voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen is ook een factsheet opgesteld: 'Wanneer is welk persoonlijk beschermingsmiddel nodig in de zorg?' die te vinden is op de website van de Rijksoverheid.<sup>23</sup> Ook in de richtlijn Mantelzorg<sup>24</sup> wordt beschreven wanneer mantelzorgers persoonlijke beschermingsmiddelen moeten gebruiken. Daarnaast zijn er ook instructiefilmpjes beschikbaar over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen: <https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/video-persoonlijke-beschermingsmiddelen-hygiene>

#### **Vraag 68 (MinVWS)**

##### *Vraag*

De leden van de VVD-fractie lezen in de meest recente brief van 22 april<sup>25</sup> dat daarin daarnaast wordt gesteld dat de GGD is gevraagd om de organisatie van het testen van zorgmedewerkers buiten ziekenhuizen op zich te nemen. Als er geen arts beschikbaar is voor de triage, dan zijn GGD's bereid om de triage te doen. Dit zal vooral het geval kunnen zijn voor kleinere zorginstellingen, stelt de minister. Wat wordt verstaan onder 'kleinere zorginstellingen'?

##### *Antwoord*

Voor kleinere zorginstellingen kan de toegankelijkheid van de bedrijfsarts of arbodienst een probleem vormen. Om ongewenste vertraging in die situaties te

<sup>23</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2020/04/11/factsheet-verdeling-pbm>

<sup>24</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/04/16/richtlijn-mantelzorgondersteuning>

<sup>25</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 277

voorkomen, heeft de GGD aangegeven bereid te zijn als vangnet te fungeren. Overigens vervalt de betrokkenheid van een arts bij de triage vanaf het testen van iedereen met klachten in juni.

#### **Vraag 69 (MinVWS)**

##### *Vraag*

De leden van de VVD-fractie merken dat hierover nog veel onduidelijkheid bestaat en deze leden willen voorkomen dat er geen eenduidige definitie wordt gehanteerd, of dat elke GGD een eigen definitie hanteert en dat de praktijk niet aan zal sluiten bij de wensen van de minister. Is de minister het daarmee eens? Zo ja, wat voor stappen gaat hij ondernemen om dit scenario te voorkomen?

##### *Antwoord*

De GGD heeft hierover in het begin enkele klachten ontvangen en deze opgelost. Het meldpunt van de GGD staat open voor klachten via de koepels van de zorginstellingen. Klachten worden opgepakt en indien nodig worden procedures aangepast. Daarnaast blijkt uit een poll onder de leden van Actiz dat 95% van de respondenten geen problemen meer ervaart met de toegankelijkheid van testen. Ook bij de IGJ zijn in de week van 25 april tot 1 mei geen klachten over het testbeleid van de GGD bij zorgverleners binnengekomen.

#### **Vraag 70 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Wat gaat de minister eraan doen om de beschermingsmiddelen zo snel mogelijk ook bij alle pgb-gefinancierde zorg terecht te laten komen?

##### *Antwoord*

Hiervoor is de richtlijn 'Beschermingsmiddelen voor mantelzorgers, PGB gefinancierde zorgverleners, en vrijwilligers in palliatieve zorg' opgesteld. Daarmee kunnen pgb-gefinancierde zorgverleners aanspraak maken op persoonlijke beschermingsmiddelen indien zij zorg verlenen aan kwetsbare mensen met (symptomen van) COVID-19 en waarbij de afstand van 1,5 meter niet kan worden aangehouden vanwege de noodzakelijke verpleging en verzorging. Door middel van een elektronisch recept van de huisarts of de infectie-arts van de GGD, kunnen zorgverleners (tussen test en uitslag) een "korte termijn pakket PBM" gratis ophalen bij de apotheek. Als de cliënt positief test wordt dit omgezet in een "langer termijn pakket PBM". Deze richtlijn is op 18 mei gepubliceerd.

#### **Reactie op vragen van de PVV-fractie**

#### **Vraag 71 (MinVWS)**

##### *Vraag*

De leden van de PVV-fractie ervaren hier een ernstige informatieachterstand en vragen de minister de Kamer te informeren over de zorg thuis en de huishoudelijke hulp.

De leden van de PVV-fractie lezen in de voorliggende brief dat het tweede ankerpunt voor de te nemen maatregelen het beschermen van kwetsbare groepen

betreft. Als er niets bekend is over de situatie in de zorg en huishoudelijke hulp thuis en negen op de tien ouderen en gehandicapten woont thuis, waar worden de te handhaven maatregelen dan op gebaseerd? Hoe worden conclusies getrokken? Hoe wordt bekend of maatregelen werken, zo vragen deze leden.

*Antwoord*

Het ministerie van VWS stuurt met regelmaat een stand van zakenbrief over de situatie rondom de COVID-19 aanpak. Hierin worden ook de actualiteiten over de zorg thuis en de huishoudelijke hulp betrokken. In de recente Kamerbrieven van 22 april jl. en 6 mei jl. (Kamerstukken 2019/2020, 25 295, nr. 277 en nr. 315) ben ik uitvoerig ingegaan op de actuele situatie van kwetsbare mensen thuis en de beleidsinzet ten aanzien van de benodigde zorg en ondersteuning. De nieuwe richtlijnen voor gebruik Persoonlijke Beschermingsmiddelen en testen in de zorg en ondersteuning thuis moeten ondersteunend zijn in het continueren van de zorg en ondersteuning voor kwetsbare mensen thuis. Ook spreek ik wekelijks met cliëntenorganisaties, veel gemeenten en koepels van aanbieders die huishoudelijke zorg leveren. Als er zorgelijke signalen zijn in bepaalde gemeenten wordt die gemeente aangesproken.

**Vraag 72 en 73 (MinVWS)**

*Vraag*

De leden van de PVV-fractie vragen hoe groot de uitval is in de wijkverpleging en hoe groot is deze in de huishoudelijke hulp.

*Antwoord*

Op basis van cijfers van het verzuimnetwerk Vernet zien we dat het ziekteverzuim in de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) in maart 9,2% bedroeg. Dat is 1,8 %punt hoger dan in dezelfde periode in 2019. Deze stijging is voor ongeveer 1/3 te wijten aan een stijging van het langdurig verzuim. Vernet heeft geen zicht op de reden van verzuim, maar het ligt voor de hand dat de rest van de stijging op één of andere manier gerelateerd is aan de coronacrisis. Daarbij gaan we ervan uit dat in deze periode de 'reguliere' verzuimoorzaken niet wezenlijk zijn veranderd ten opzichte van dezelfde periode vorig jaar. Op basis van het saldo van ziek- en betermeldingen in de weken 14-17 zien we dat het ziekteverzuim naar verwachting weer is gedaald in april. Het aantal ziekmeldingen bedroeg bijna 8,7% en het aantal beter meldingen ruim 9,5%. Het ziekteverzuimpercentage over april komt eind mei beschikbaar. Er is geen uitsplitsing beschikbaar tussen intramurale zorg en de thuiszorg.

We ondersteunen organisaties op verschillende manieren. Ter ondersteuning van de grote psychische belasting bieden we via *Sterk in je werk – Coaching* van werkgeversvereniging RegioPlus en vakbond CNV een luisterend oor. Dit bestaande initiatief is verbreed van loopbaanbegeleiding naar coaching. Professionele coaches bieden op vrijwillige basis een luisterend oor en laagdrempelige mentale ondersteuning. Ze verwijzen zo nodig door naar gespecialiseerde hulp.

Voor complexe psychische hulpvragen verwijzen de coaches door naar het contactpunt 'Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals' van ARQ IVP. Ook investeren we via SectorplanPlus vanaf het vierde tijdvak expliciet ook in het behoud van personeel en hebben we vanwege de coronacrisis een extra

inschrijfmoment georganiseerd zodat organisaties die nog geen aanvraag hadden gedaan, dat alsnog konden doen.

Tot slot blijft een belangrijke manier om verzuim door overbelasting te voorkomen: zorgen voor extra personeel. Met Extra Handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas zorgen we voor zoveel mogelijk extra personeel.

#### **Vraag 74 (MinVWS)**

##### *Vraag*

De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel calamiteiten in de zorg thuis sinds het uitbreken van het coronavirus gemeld zijn bij de IGJ. In de stand van zakenbrief van 22 april jl. lezen genoemde leden dat er meldingen bij de IGJ zijn gedaan. Om wat voor meldingen gaat het?

##### *Antwoord*

Er zijn sinds 1 maart 2020 een kleine 40 meldingen gedaan bij de IGJ met betrekking tot de zorg thuis. Slechts één van deze meldingen betrof een verplichte melding van een calamiteit. Deze calamiteitenmelding heeft geen betrekking op corona. De overige meldingen m.b.t. zorg thuis hebben betrekking op zeer uiteenlopende onderwerpen en zijn afkomstig van zorgaanbieders, burgers, zorgverleners en andere partijen.

#### **Vraag 75 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Ook horen deze leden dat wijkverpleging en huishoudelijke hulp vanuit de instellingen zijn afgeschaald. Hoe groot is de omvang hiervan? Waarom krijgen mensen niet de zorg die ze wel nodig hebben? De wijkverpleging en de wijkziekenverzorging worden bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet. Hier geldt een recht op zorg. Waarom krijgt een deel van de mensen niet de zorg die ze nodig hebben en waar ze wel recht op hebben? Hoe wordt de situatie van cliënten gemonitord? Deze leden vragen voorts of thuiszorg tijdig weer wordt opgeschaald wanneer zich problemen voordoen. Hoe zorgt de minister dat afgeschaalde thuiszorg zo snel en zo volledig mogelijk weer veilig opgestart wordt?

##### *Antwoord*

In de wijkverpleging wordt kritisch bekeken welke zorg doorgaat en welke zorg in overleg met de cliënt wordt verminderd. Deze herorganisatie is onder andere nodig om cliënten die uit het ziekenhuis komen op te kunnen vangen. Voorop staat dat noodzakelijke zorg doorgaat. Niet noodzakelijke, uitstelbare zorg wordt niet altijd meer geleverd. Hoe vaak en welke zorg doorgaat, is maatwerk per cliënt. De wijkverpleegkundige legt de afweging vast in het zorgdossier en past zo nodig de indicatie aan. Op die manier wordt voldaan aan de wettelijke plicht tot dossiervoering en kan navolgbaar worden weergegeven dat de (afgeschaalde) zorginzet nog steeds passend is bij de gezondheidssituatie van de cliënt. Mocht de gezondheidssituatie van de cliënt verslechteren, dan dient de zorg weer opgeschaald te worden. Het oordeel daarover is aan de wijkverpleegkundige. ActiZ, Zorgthuis.nl en V&VN ondersteunen hun leden hierin.

Ik heb de NZa de opdracht gegeven om het opstarten van reguliere zorg te coördineren. De NZa onderzoekt hoe de wijkverpleging veilig kan opstarten zonder

urgente COVID-zorg in de weg te zitten. De NZa inventariseert de behoefte aan wijkverpleging en risico's rondom beschikbare capaciteit van de wijkverpleging. De NZa bepaalt in overleg met partijen welke inzichten nodig en helpend zijn. Hierbij wordt ook rekening gehouden met patiënten die vanuit het ziekenhuis naar huis gaan. Voor het coördineren van deze aansluiting zet de NZa waar mogelijk het ROAZ in de lead. Als dat niet mogelijk is, wordt naar andere alternatieve samenwerkingsverbanden gezocht.

**Vraag 76 (MinVWS)**

*Vraag*

De leden van de PVV-fractie constateren dat mantelzorgers kwetsbare mensen mede uit angst op besmetting niet meer bezoeken. Hoe gaat de minister er concreet voor zorgen dat mantelzorgers op korte termijn daadwerkelijk toegang hebben tot beschermingsmiddelen zodat zij veilig hun cruciale rol weer kunnen oppakken?

*Antwoord*

Voor de continuïteit van de zorg is het van cruciaal belang dat ook mantelzorgers, wanneer dit nodig is, toegang hebben tot beschermingsmiddelen. Op dit moment worden er richtlijnen ontwikkeld zodat mantelzorgers, die zorgen voor kwetsbare groepen, ook in aanmerking komen voor persoonlijk beschermingsmateriaal. Deze richtlijn is op 18 mei gepubliceerd. Deze richtlijnen zullen gelden voor mantelzorgers, vrijwilligers in de palliatieve zorg, en PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners niet in dienst van of in opdracht werkend voor een zorginstelling of -aanbieder.

Indien een cliënt of naaste aan wie zorg wordt verleend klachten heeft die lijken op Covid-19 of positief test op Covid-19, kan de zorgverlener, vanaf 18 mei, gratis een PBM pakket krijgen. Tot de testuitslag bekend is, kan de zorgverlener, met een elektronisch recept, op naam van de cliënt, van de huisarts of de infectie-arts van de GGD, een "korte termijn pakket" PBM ophalen bij de apotheek. Indien de testuitslag van cliënt positief is stelt de huisarts of de infectie-arts van de GGD een elektronisch recept op, op naam van de cliënt, waardoor de zorgverlener bij de apotheek een "langer termijn pakket" PBM kan halen, of thuis kan laten bezorgen. Deze pakketten worden door het ministerie van VWS gefinancierd.

**Vraag 77 (MinVWS)**

*Vraag*

De leden van de PVV-fractie vragen of het klopt dat de daling van het aantal IC-patiënten op de intensive care (deels) komt omdat ouderen minder vaak worden doorverwezen naar het ziekenhuis en dus vaker thuis worden behandeld (en overlijden).

*Antwoord*

Vanaf begin april was er sprake van een afnemende groei van het aantal IC-patiënten. De voornaamste verklaring daarvoor is dat vanaf toen het effect van de intelligente lockdown-maatregelen zichtbaar werd. Door de maatregelen die het Kabinet heeft getroffen, is het reproductiegetal gedaald en zijn er minder Nederlanders besmet geraakt met het Coronavirus. Hierdoor hoefden er steeds minder patiënten opgenomen te worden in het ziekenhuis en op de IC.

Daarnaast hebben de zorgverleners sinds het uitbreken van het virus steeds meer kennis en ervaring opgedaan over de ziekte COVID-19, de effectiviteit en intensiteit van de (IC-) behandeling en de kwaliteit van leven van de patiënt na die behandeling. De verbeterde kennis van de ziekte COVID-19 leidt ertoe dat artsen steeds beter worden in het inschatten voor welke patiënten opname in het ziekenhuis en/of op de IC zinvol is en voor wie een ziekenhuisopname onverstandig kan zijn.

Hierover hebben de artsen het gesprek met de patiënt en diens naasten. Dit gesprek wordt met iedereen aangegaan; leeftijd is hierbij geen criterium. Ter ondersteuning van deze triage en het gesprek dat huisartsen hierover hebben met de patiënt en diens naasten is een leidraad voor (oudere) patiënten met COVID-19 is opgesteld. Voor het deel van de patiënten voor wie opname in het ziekenhuis niet zinvol is, wordt een passende en menswaardige vorm van zorg buiten het ziekenhuis verleend.

#### **Vraag 78 (MinVWS)**

##### *Vraag*

De leden van de PVV-fractie vragen of het klopt dat de daling van het aantal IC-patiënten op de intensive care (deels) komt omdat ouderen minder vaak worden doorverwezen naar het ziekenhuis en dus vaker thuis worden behandeld (en overlijden). Op welke manier gaat de minister bijhouden hoeveel ouderen thuis sterven aan de gevolgen van het coronavirus?

##### *Antwoord*

Voor een beeld van het aantal patiënten dat thuis overlijdt aan de gevolgen van COVID-19 is het consortium huisartsgeneeskunde (de 8 universitaire vakgroepen huisartsgeneeskunde) in de week van 13 april een registratie gestart. Huisartsen kunnen vanaf die week via zorgdomein (met terugwerkende kracht) patiënten melden die zijn overleden door COVID-19, of die thuis intensieve zorg hebben gekregen. De cijfers zijn te vinden op de site van consortium en worden gedeeld met het RIVM. Het RIVM en het consortium kijken samen hoe deze cijfers het beste kunnen meelopen in het geheel aan cijfers.

#### **Vraag 79 (MinVWS)**

##### *Vraag*

De leden van de PVV-fractie vragen wanneer de Kamer op de hoogte gesteld wordt van de stand van zaken voor wat betreft de zorg thuis.

##### *Antwoord*

De Kamer is op de hoogte gebracht van de (verruiming van de) diverse maatregelen wat betreft de zorg thuis door middel van de zogenaamde routekaart (bijlage bij de Kamerbrief van 19 mei). Deze routekaart geeft aan op welke data de komende periode iets wijzigt voor de zorg thuis, dat wil zeggen de huishoudelijke hulp, wijkverpleging, dagbesteding (incl vervoer naar dagbesteding) en mantelzorg. Deze routekaart is in nauwe samenwerking met cliëntenverenigingen, zorgaanbieder en koepels opgesteld.

##### *Vraag*

De impact van de coronacrisis op mantelzorgers met een thuiswonende naaste met dementie is zwaar onderbelicht. De Kamer kan niet ongeïnformeerd blijven. Hoe zorgt de minister ervoor dat alle aanbieders van dagbesteding op korte termijn een alternatief bieden voor weggevalen dagbesteding conform de landelijke richtlijn dagbesteding en –opvang Zvw, Wlz, en Wmo2015? Op welke wijze wordt naleving van de richtlijnen voor dagbesteding, mantelzorgondersteuning en huishoudelijke hulp gemonitord?

*Antwoord*

Mensen met dementie zitten in veel gevallen in deze crisis bijna 24/7 thuis. Hoe langer dit duurt, des te zwaarder het wordt voor de mantelzorger. In samenwerking met onder andere Alzheimer Nederland en MantelzorgNL zijn de huidige richtlijnen voor dagbesteding- en opvang opgesteld.

In de richtlijnen staat expliciet dagbesteding en –opvang in fysieke vorm niet geheel hoeft worden stopgezet om aan de adviezen van het RIVM te blijven voldoen. De aanbieder zal telkens een afweging moeten maken tussen het individuele belang van de cliënt en de omgeving van de cliënt, veiligheid van de professional, en de besmettingsrisico's. Met enige creativiteit kan er echter veel. Indien de normale dagbesteding en –opvang geen doorgang kan vinden moet een aanbieder een alternatief aanbieden. Daar worden ze immers voor betaald. Naast de middelen die doorlopen voor zorg continuïteit heeft de Rijksoverheid zich bovendien garant gesteld voor het vergoeden van extra kosten die mogelijk optreden als het bieden van continuïteit van ondersteuning en zorg alleen mogelijk is op een manier die tot extra kosten leidt. Cliënten of hun naasten kunnen aanbieders dus hierop aanspreken en indien zij verstoken blijven van zorg en ondersteuning hun gemeente hierop aanspreken. Indien VWS signalen doorkrijgt met namen en rugnummers waar een aanbieder in gebreke blijft wordt de gemeente hierop aangesproken.

**Vraag 80 (MinVWS)**

*Vraag*

Hoe gaat de minister op korte termijn zorgen dat vooral kleine aanbieders en zorgverleners die voor een pgb-budgethouder werkzaam zijn beschermende materialen verkrijgen?

*Antwoord*

Hiervoor is de richtlijn 'Beschermingsmiddelen voor mantelzorgers, PGB gefinancierde zorgverleners, en vrijwilligers in palliatieve zorg' opgesteld. Daarmee kunnen pgb-gefinancierde zorgverleners persoonlijke beschermingsmiddelen krijgen indien zij zorg verlenen aan kwetsbare mensen met (symptomen van) COVID-19 en waarbij de afstand van 1,5 meter niet kan worden aangehouden vanwege de noodzakelijke verpleging en verzorging. In de richtlijn is beschreven dat deze zorgverleners met een elektronisch recept van de huisarts of de infectie-arts van de GGD (tussen test en uitslag) een "korte termijn pakket PBM" gratis kunnen ophalen bij de apotheek. Als de cliënt positief test wordt dit omgezet in een "langer termijn pakket PBM". De richtlijn is op 18 mei gepubliceerd.

**Vraag 81 (MinVWS)***Vraag*

De leden van de PVV-fractie geven aan dat de heer [19/21 8/2 19/24], de oprichter van één van de grootste thuiszorgorganisaties, namelijk Buurtzorg Nederland, de mondkapjesschaarste niet snapt. Heeft de minister inmiddels contact gehad met de heer De Blok over zijn aanpak en kanalen? Zo nee, waarom niet?

*Antwoord*

Ja (meerdere malen).

**Vraag 82 (MinVWS)***Vraag*

De leden van de PVV-fractie lezen in de voorliggende brief dat het tweede ankerpunt voor de te nemen maatregelen het beschermen van kwetsbare groepen betreft. Als er niets bekend is over de situatie in de zorg en huishoudelijke hulp thuis en negen op de tien ouderen en gehandicapten woont thuis, waar worden de te handhaven maatregelen dan op gebaseerd? Hoe worden conclusies getrokken? Hoe wordt bekend of maatregelen werken, zo vragen deze leden.

*Antwoord*

Het ministerie van VWS stuurt met regelmaat een stand van zakenbrief over de situatie rondom de COVID-19 aanpak. Hierin worden ook de actualiteiten over de zorg thuis en de huishoudelijke hulp betrokken. In de recente Kamerbrieven van 22 april jl. en 6 mei jl. (Kamerstukken 2019/2020, 25 295, nr. 277 en nr. 315) ben ik uitvoerig ingegaan op de actuele situatie van kwetsbare mensen thuis en de beleidsinzet ten aanzien van de benodigde zorg en ondersteuning. De nieuwe richtlijnen<sup>26</sup> voor gebruik Persoonlijke Beschermingsmiddelen en testen in de zorg en ondersteuning thuis moeten ondersteunend zijn in het continueren van de zorg en ondersteuning voor kwetsbare mensen thuis. Ook spreek ik wekelijks met cliëntenorganisaties, veel gemeenten en koepels van aanbieders die huishoudelijke zorg leveren. Als er zorgelijke signalen zijn in bepaalde gemeenten wordt die gemeente aangesproken.

**Reactie op vragen van de CDA-fractie****Vraag 83 (MinVWS)***Vraag*

De leden van de CDA fractie vragen of gemeenten met zorgaanbieders afspraken maken aan welke voorwaarden moet worden voldaan om in aanmerking te komen

<sup>26</sup> Zie <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/professionals/buiten-ziekenhuis>

voor extra middelen. De leden vragen tevens hoe de verhouding is van deze coronacrisis tot de zorgplicht van zorgaanbieders.

*Antwoord*

Ik vind het van groot belang dat zorgaanbieders en professionals in het sociaal domein in deze uitzonderlijke tijden hun werk kunnen voortzetten. Allereerst op de reguliere wijze waar mogelijk, maar desnoods met creativiteit en op alternatieve wijze waar nodig. Het Rijk heeft daarom, in afstemming met de VNG, een zeer dringend beroep op gemeenten gedaan om hun aanbieders financieel zekerheid en ruimte te bieden. Aanbieders hebben dat nodig om in deze fase van de crisis continuïteit van zorg en ondersteuning te kunnen garanderen en professionals in te zetten daar waar ze het nu het meest nodig is. Ook blijft zo voldoende capaciteit beschikbaar voor toekomstige jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning. Afgesproken is dat de meerkosten die direct voortkomen uit het volgen van de RIVM maatregelen zullen worden vergoed.

Hierover worden reeds afspraken gemaakt tussen gemeenten en aanbieders. Op korte termijn zal een nadere uitwerking via de VNG worden verspreid welke meer handvatten zal bieden voor gemeenten en aanbieders.

In de wijkverpleging wordt kritisch bekeken welke zorg doorgaat en welke zorg in overleg met de cliënt wordt verminderd. Deze herorganisatie is onder andere nodig om cliënten die uit het ziekenhuis komen op te kunnen vangen. Voorop staat dat noodzakelijke zorg doorgaat. Niet noodzakelijke, uitstelbare zorg wordt niet altijd meer geleverd. Hoe vaak en welke zorg doorgaat, is maatwerk per cliënt. De wijkverpleegkundige legt de afweging vast in het zorgdossier en past zo nodig de indicatie aan. Op die manier wordt voldaan aan de wettelijke plicht tot dossiervoering en kan navolgbaar worden weergegeven dat de (afgeschaalde) zorginzet nog steeds passend is bij de gezondheidssituatie van de cliënt. Mocht de gezondheidssituatie van de cliënt verslechteren, dan dient de zorg weer opgeschaald te worden. Het oordeel daarover is aan de wijkverpleegkundige. ActiZ, Zorgthuisnl en V&VN ondersteunen hun leden hierin.

Ik heb de NZa de opdracht gegeven om het opstarten van reguliere zorg te coördineren. De NZa onderzoekt hoe de wijkverpleging veilig kan opstarten zonder urgente COVID-zorg in de weg te zitten. De NZa inventariseert de behoefte aan wijkverpleging en risico's rondom beschikbare capaciteit van de wijkverpleging. De NZa bepaalt in overleg met partijen welke inzichten nodig en helpend zijn. Hierbij wordt ook rekening gehouden met patiënten die vanuit het ziekenhuis naar huis gaan. Voor het coördineren van deze aansluiting zet de NZa waar mogelijk het ROAZ in de lead. Als dat niet mogelijk is, wordt naar andere alternatieve samenwerkingsverbanden gezocht.

**Vraag 84 (MinVWS)**

*Vraag*

De leden van de CDA-fractie zijn bezorgd over de mantelzorgers. Zij hebben geen andere keuze dan voor hun dierbare(n) te zorgen. Zijn zij voldoende in beeld en kunnen zij aan voldoende materiaal komen?

*Antwoord*

Ik heb doorlopend contact met cliëntenorganisaties, Mantelzorg.nl, de VNG en de koepels van zorgaanbieders. Samen werken we aan passende zorg en ondersteuning, rekening houdend met de (soms gewijzigde) omstandigheden en de richtlijnen van de RIVM. Op dit moment wordt een richtlijn ontwikkeld zodat mantelzorgers, die zorgen voor kwetsbare groepen, ook in aanmerking komen voor persoonlijk beschermingsmateriaal. Tot de testuitslag bekend is, kan de zorgverlener, met een elektronisch recept, op naam van de cliënt, van de huisarts of de infectie-arts van de GGD, een "korte termijn pakket" PBM (handschoenen en chirurgisch mondneusmaskers type IIR, bril, schorten, flacon desinfectans) gratis ophalen bij de apotheek. Indien de testuitslag van de cliënt positief is dan stelt de huisarts of de infectie-arts van de GGD een elektronisch recept op, op naam van de cliënt, waardoor de zorgverlener bij de apotheek een "langer termijn pakket" PBM kan halen, of thuis kan laten bezorgen.

Deze richtlijn is op 18 mei gepubliceerd. De richtlijn geldt voor mantelzorgers, vrijwilligers in de palliatieve zorg, en PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners niet in dienst van of in opdracht werkend voor een zorginstelling of -aanbieder.

#### **Vraag 85 (MinVWS)**

##### *Vraag*

De leden van de CDA-fractie constateren dat huisartsen ouderen die mogelijk aan corona zijn overleden zouden gaan melden. Zij vragen of dit inmiddels loopt. Zo ja, wat is de huidige stand van zaken? Zo nee, waarom nog niet? Kan bij deze melding onderscheid worden gemaakt tussen een vermoeden van een 'een zeker weten' dat sprake is van COVID-19? Hoe zijn de cijfers nog vergelijkbaar wanneer deze meldingen worden meegenomen?

##### *Antwoord*

Het Consortium huisartsgeneeskunde (de 8 universitaire vakgroepen huisartsgeneeskunde) is in de week van 13 april een meting gestart. Huisartsen kunnen vanaf die week via zorgdomein (met terugwerkende kracht) patiënten melden die zijn overleden door COVID-19, of die thuis intensieve zorg hebben gekregen. In deze cijfers wordt onderscheid gemaakt tussen klinisch geteste patiënten en patiënten waar een vermoeden is van COVID-19. Het consortium huisartsgeneeskunde deelt de cijfers met het RIVM. Samen kijken zij hoe de cijfers kunnen worden geduid en kunnen worden meegenomen bij de overige cijfers.

#### **Vraag 86 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Is bij budgethouders bekend dat zij beschermingsmiddelen kunnen bestellen (een pakket) bij de GGD 's? Hoe zit het met de kosten hiervan? Moeten budgethouders dit zelf betalen of wordt hier een andere regeling voor getroffen? Kunnen indicaties die aflopen op papier kunnen worden verlengd?

##### *Antwoord*

Dit is inmiddels in de richtlijn 'Beschermingsmiddelen voor mantelzorgers, PGB gefinancierde zorgverleners, en vrijwilligers in palliatieve zorg' geregeld

De richtlijn sinds op 18 mei van kracht. Wanneer een cliënt klachten heeft wordt diegene getest door de huisarts of GGD. De huisarts of de infectie arts van de GGD geeft een 'recept' voor een 'korte termijnpakket PBM'. Dit korte termijnpakket is ter overbrugging van de testperiode en kan gratis worden opgehaald bij de apotheek. Wanneer de uitslag positief is, meldt de huisarts of GGD arts dat via het systeem aan de apotheek waarna een 'lange termijnpakket' wordt verstrekt. Vooralsnog worden deze beschermingsmiddelen kosteloos verstrekt. Budgethouders die ook voor de coronamaatregelen reeds gebruik maakten van persoonlijke beschermingsmiddelen betrekken hun middelen zoveel mogelijk via de bekende routes. Dit kan zijn de wijkverpleging of bijvoorbeeld via de Centra voor thuisbeideing (voor mensen die thuis beademd worden)

**Reactie op vragen van de D66-fractie**

**Vraag 87 (MinVWS, MinMZS)**

*Vraag*

Kan de minister aangeven of naast de oproep om reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang te laten vinden ook verdere actie ondernomen wordt om deze vorm van zorgmijding te voorkomen? Welk aandeel van de overledenen aan het coronavirus betrof de thuissituatie? Kan de minister aangeven of hij wil zorgdragen dat de richtlijnen en de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen voldoende ruimte bieden om alle noodzakelijke zorg in de thuissituatie te kunnen aanbieden?

*Antwoord*

Het is belangrijk dat mensen weten dat ze noodzakelijke zorg thuis kunnen krijgen en welke maatregelen wij nemen om dat veilig te laten kunnen gebeuren. Hierbij wil ik benadrukken dat cliënten in veel gevallen veilig gebruik kunnen blijven maken van ondersteuning en zorg die zij nodig hebben en daar wil ik ook voor zorgdragen. Samen met alle betrokken koepelorganisaties van het sociaal domein zijn richtlijnen uitgewerkt waarin wordt beschreven onder welke omstandigheden de zorg en ondersteuning veilig plaats kan blijven vinden. In de wijkverpleging is het uitgangspunt dat de wijkverpleegkundige in alle gevallen met de cliënt bespreekt welke zorg door kan gaan en op welke manier. Hierbij zal de wijkverpleegkundige afstemmen met de cliënt welke zorg noodzakelijk is. Op deze manier wordt zorgmijding voorkomen. Hoe vaak en welke zorg doorgaat, is maatwerk per cliënt. Actiz, Zorgthuisnl en V&VN ondersteunen hun leden hierin.

Wat betreft het aantal overledenen aan COVID-19 in de thuissituatie is dat (nog) niet duidelijk. Sinds de week van 13 april kunnen huisartsen via zorgdomein melding doen van mensen die thuis zijn overleden door COVID-19 of die thuis intensieve zorg hebben gekregen. Het consortium huisartsgeneeskunde, dat deze registratie is gestart, kijkt samen met het RIVM hoe deze cijfers het best kunnen worden geduid en kunnen worden meegenomen bij het totaal aan cijfers over COVID-besmettingen en overledenen.

Ook zijn goede afspraken gemaakt over het ter beschikking stellen van beschermingsmiddelen waar dit nodig is en het testen van mantelzorgers en professionals indien zij symptomen van COVID-19 hebben. De vervaardigde richtlijnen zijn op [rijksoverheid.nl](https://rijksoverheid.nl) gepubliceerd en worden via alle betrokken koepelorganisaties verspreid onder hun achterban. Specifiek voor verpleging en verzorging thuis werkt V&VN in overleg met het RIVM een nadere invulling uit voor verschillende situaties waarin verplegend en verzorgend personeel zich kan bevinden.

**Vraag 88 (MinVWS)***Vraag*

Daarnaast zijn veel mantelzorgers overbelast en wordt dit verergerd door het uitvallen van dagbesteding. Op welke wijze zijn gemeenten en aanbieders actief om ervoor te zorgen dat dagbesteding zo veel mogelijk op een verantwoorde manier doorgang kan vinden?

*Antwoord*

In samenwerking met MantelzorgNL en andere relevante partijen zijn de huidige richtlijnen voor dagbesteding- en opvang opgesteld. In de richtlijnen staat expliciet dagbesteding en -opvang in fysieke vorm niet geheel hoeft worden stopgezet om aan de adviezen van het RIVM te blijven voldoen. De aanbieder zal telkens een afweging moeten maken tussen het individuele belang van de cliënt en de omgeving van de cliënt, veiligheid van de professional, en de besmettingsrisico's. Met enige creativiteit kan er echter veel. Indien de normale dagbesteding en -opvang geen doorgang kan vinden moet een aanbieder een alternatief aanbieden. Daar worden ze immers voor betaald. Naast de middelen die doorlopen voor zorg continuïteit heeft de Rijksoverheid zich bovendien garant gesteld voor het vergoeden van extra kosten die mogelijk optreden als het bieden van continuïteit van ondersteuning en zorg alleen mogelijk is op een manier die tot extra kosten leidt. Cliënten of hun naasten kunnen aanbieders dus hierop aanspreken en indien zij verstoken blijven van zorg en ondersteuning hun gemeente hierop aanspreken. Indien VWS signalen doorkrijgt met namen en rugnummers waar een aanbieder in gebreke blijft wordt de gemeente hierop aangesproken.

**Vraag 89 (MinVWS)***Vraag*

De leden van de D66-fractie zouden voorts willen weten of de situatie op dit moment kan voorkomen dat thuiszorgaanbieders doorbetaald worden door de gemeente terwijl zij geen zorg meer leveren aan hun cliënten en tegelijkertijd wel het personeel wordt ingezet voor andere zorgvormen. Daarmee zouden zij dubbele inkomsten hebben. Kan de minister ingaan op deze mogelijkheid en aangeven hoe de landelijke en lokale overheden daarmee omgaan?

*Antwoord*

Het Rijk heeft met de VNG afspraken gemaakt over het bieden van financiële zekerheid en ruimte aan zorgorganisaties en professionals. Door vraagtval of verminderde inzetbaarheid van personeel (door verhoogd ziekteverzuim) kan de omvang van zorg en ondersteuning tijdelijk afwijken van de normale situatie. Om acute liquiditeitsproblemen te voorkomen en de gevolgen van de coronacrisis voor de financiële positie in 2020 van deze zorgaanbieders te neutraliseren zijn gemeenten opgeroepen de financiering van de omzet van deze aanbieders onverminderd te laten plaatsvinden, zoals die contractueel overeengekomen was dan wel een zo goed mogelijke inschatting daarvan. Dubbele compensatie wordt voorkomen omdat moet worden afgerekend in geval de gerealiseerde kosten aanzienlijk afwijken van de gefinancierde omzet. Er wordt hierbij gecorrigeerd voor de beperking van de doorlopende kosten die zorgaanbieders zelf hebben

bewerkstelligd en er wordt rekening gehouden met wat onder de gebruikelijke omzet kan worden gerealiseerd.

#### **Reactie op vragen van de GroenLinks-fractie**

##### **Vraag 90 (MinVWS)**

###### *Vraag*

De leden van de GroenLinks-fractie maken zich zorgen over de continuering van de thuiszorg. Deze leden merken op dat ze signalen ontvangen dat de zorg aan huis op plekken stopt. Het voornoemde signaal blijkt ook uit onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland. Daaruit blijkt dat 85% van de cliënten of naasten in de thuiszorg nadelige gevolgen ervaart van afgezegde zorg of ondersteuning. De Patiëntenfederatie stelt voor dat een regionale structuur voor niet acute zorg, zoals het Regionaal Overleg Niet Acute Zorg (RONAZ) in Brabant, mogelijk een rol kan spelen. Ziet de minister dat óók en zo ja, kan hij dit voorstel overnemen? Zo nee, hoe borgt de minister dat afgeschaalde thuiszorg zo snel en volledig mogelijk weer wordt opgestart?

###### *Antwoord*

Algemeen uitgangspunt is dat de zorg en ondersteuning thuis zo goed als mogelijk wordt gecontinueerd. Regulier waar dit kan en aangepast waar nodig en mogelijk. Ik heb aanbieders in het sociaal domein opgeroepen zich in te spannen zoveel mogelijk voor die continuïteit te zorgen. Ik ontvang ook het signaal dat cliënten er nu zelf voor kiezen tijdelijk geen ondersteuning te willen ontvangen. Uiteraard moet zo'n afweging worden gerespecteerd, maar het is wel belangrijk dat een cliënt een dergelijke afweging maakt op basis van volledige informatie. Samen met alle betrokken koepelorganisaties van het sociaal domein zijn inmiddels richtlijnen uitgewerkt waarin wordt beschreven onder welke omstandigheden de zorg en ondersteuning veilig plaats kan blijven vinden. Ook zijn goede afspraken gemaakt over het ter beschikking stellen van beschermingsmiddelen waar dit nodig is en het testen van professionals indien zij symptomen van COVID-19 hebben. De vervaardigde richtlijnen zijn op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl) gepubliceerd en worden via alle betrokken koepelorganisaties verspreid onder hun achterban.

In de wijkverpleging wordt kritisch bekeken welke zorg doorgaat en welke zorg in overleg met de cliënt wordt verminderd. Deze herorganisatie is onder andere nodig om cliënten die uit het ziekenhuis komen op te kunnen vangen. Voorop staat dat noodzakelijke zorg doorgaat. Niet noodzakelijke, uitstelbare zorg wordt niet altijd meer geleverd. Hoe vaak en welke zorg doorgaat, is maatwerk per cliënt. De wijkverpleegkundige legt de afweging vast in het zorgdossier en past zo nodig de indicatie aan. Op die manier wordt voldaan aan de wettelijke plicht tot dossiervoering en kan navolgbaar worden weergegeven dat de (afgeschaalde) zorginzet nog steeds passend is bij de gezondheidssituatie van de cliënt. Mocht de gezondheidssituatie van de cliënt verslechteren, dan dient de zorg weer opgeschaald te worden. Het oordeel daarover is aan de wijkverpleegkundige. ActiZ, Zorgthuis.nl en V&VN ondersteunen hun leden hierin.

Ik heb kennisgenomen van het onderzoek van Patiëntenfederatie Nederland en de voorstellen die men doet ten aanzien van het inrichten van een regionale structuur voor niet acute zorg. Ik onderschrijf dat het inrichten van een regionale overlegstructuur bij kan dragen aan een goede vervolgaanpak. Ik zie dat in veel GGD-regio's de samenwerking gezocht wordt. De RONAZ is hier een voorbeeld van.

Het opschalen van de wijkverpleging wordt meegenomen in het traject van de NZa. Ik heb de NZa de opdracht gegeven om het opstarten van reguliere zorg te coördineren. De NZa onderzoekt hoe de wijkverpleging veilig kan opstarten zonder urgente COVID-zorg in de weg te zitten. De NZa inventariseert de behoefte aan wijkverpleging en risico's rondom beschikbare capaciteit van de wijkverpleging. De NZa bepaalt in overleg met partijen welke inzichten nodig en helpend zijn. Hierbij wordt ook rekening gehouden met patiënten die vanuit het ziekenhuis naar huis gaan. Voor het coördineren van deze aansluiting zet de NZa waar mogelijk het ROAZ in de lead. Als dat niet mogelijk is, wordt naar andere alternatieve samenwerkingsverbanden gezocht. Dit kan ook een RONAZ zijn.

#### **Vraag 91 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Is de minister het met de leden van de GroenLinks-fractie eens dat het bieden van persoonlijke beschermingsmaterialen mogelijk een rol kan spelen om mantelzorgers weer hun taken te kunnen laten oppakken? Kan de minister deze vraag aan het OMT voorleggen en is de minister het met genoemde leden eens dat mantelzorgers zo snel mogelijk toegang moeten kunnen krijgen tot beschermingsmiddelen? Zo ja, binnen welke termijn is er beschermingsmateriaal beschikbaar voor mantelzorgers?

##### *Antwoord*

Mantelzorgers spelen een belangrijke rol in het zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen van kwetsbare mensen, naast de andere informele en professionele zorgverleners. Er is een richtlijn ontwikkeld waarin wordt beschreven dat mantelzorgers, die intensieve zorg verlenen aan kwetsbare mensen met (symptomen van) COVID-19 én waarbij de afstand van 1,5 meter niet kan worden aangehouden vanwege de noodzakelijke verpleging en verzorging, ook in aanmerking komen voor persoonlijk beschermingsmateriaal. Deze richtlijn is op 18 mei gepubliceerd. Deze richtlijn geldt voor mantelzorgers, vrijwilligers in de palliatieve zorg, en PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners niet in dienst van of in opdracht werkend voor een zorginstelling of -aanbieder.

#### **Reactie op vragen van de SP-fractie**

#### **Vraag 92 (MinVWS)**

##### *Vraag*

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de mensen die in een kwetsbare positie thuisblijven. Zij krijgen meldingen binnen dat mensen de thuiszorg stopzetten omdat ze bang zijn besmet te raken. Kan de minister aangeven of hij deze meldingen ook binnenkrijgt en hoe groot dit probleem is?

Zijn er mogelijkheden via richtlijnen of via een oproep onder zorgaanbieders om dit probleem aan te pakken?

*Antwoord*

Ook ik ontvang meldingen van mensen die er zelf voor kiezen de thuiszorg tijdelijk stop te zetten omdat zij bang zijn besmet te raken. Dat was met name in de eerste weken van de corona crisis. Nadat meer bekend werd over dit virus en het feit dat mensen met afstand van 1,5 niet besmet konden raken is de hulp vaak ook weer gecontinueerd. Over het exacte aantal cliënten dat hiertoe heeft besloten heb ik geen data. Een afweging door een cliënt dient uiteraard gerespecteerd te worden, maar voorkomen moet worden dat een cliënt een dergelijke afweging maakt zonder voldoende geïnformeerd te zijn over de mogelijkheden om zorg te continueren. Wat betreft wijkverpleegkundige zorg thuis bespreekt de wijkverpleegkundige altijd met de cliënt welke zorg op welke manier door kan gaan. Hierbij zal de wijkverpleegkundige met de cliënt afstemmen welke zorg noodzakelijk is. Samen met alle betrokken koepelorganisaties in het sociaal domein zijn inmiddels richtlijnen uitgewerkt waarin wordt beschreven onder welke omstandigheden de zorg en ondersteuning veilig plaats kan blijven vinden. Ook zijn goede afspraken gemaakt over het ter beschikking stellen van beschermingsmiddelen waar dit nodig is en het testen van professionals indien zij symptomen van COVID-19 hebben. De vervaardigde richtlijnen zijn op [rijksoverheid.nl](https://rijksoverheid.nl) gepubliceerd en worden via alle betrokken koepelorganisaties verspreid onder hun achterban.

**Vraag 93 (MinVWS, MinMZS)**

*Vraag*

De leden van de SP-fractie vragen zich af welke maatregelen de minister gaat treffen om ervoor te zorgen dat zorgverleners die nu keihard werken niet geconfronteerd worden met slechte arbeidsvoorwaarden van de zorgaanbieders zelf? Welke maatregelen kunnen de Inspectie SZW en de vakbonden hierin nemen?

*Antwoord*

Werknemers in de zorg doen cruciaal werk. Hun onmisbare inzet blijkt eens te meer tijdens de huidige corona crisis. Het is dan ook belangrijk dat zij hun werk kunnen doen onder goede omstandigheden. Een van de belangrijkste aspecten van goed werkgeverschap is luisteren naar de wensen en behoeften van werknemers en gezamenlijk afspraken maken, bijvoorbeeld over compensatie van overwerk en het opnemen van verlof.

Voldoende aandacht voor de belasting van werknemers is ook van belang. Standaard gelden daar natuurlijk al bepalingen uit de Arbeidstijdenwet en cao's. Indien werkgevers zich niet houden aan de bestaande wet- en regelgeving, dan adviseer ik werknemers om hier het gesprek over aan te gaan. Mocht dat niet leiden tot een passende oplossing, dan kan een melding bij de inspectie worden gedaan. Maar ook bij het opschalen van de reguliere zorg is het bijvoorbeeld noodzakelijk dat zorgverleners voldoende rusttijd krijgen om te herstellen van hun harde werk. Ik heb de Chief Nursing Officer (CNO) gevraagd om mij te adviseren over de transitie naar reguliere zorg met daarbij in het bijzonder aandacht voor de draagkracht van verpleegkundigen.

Vakbonden vervullen een belangrijke rol in voor het goed informeren van en opkomen voor de belangen van werknemers. Om elkaar wederzijds te kunnen voeden met wat er speelt en nodig is tijdens de crisis hebben wij regelmatig overleg met de vakbonden

#### **Vraag 94 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Voorts krijgen de leden van de SP-fractie veel vragen binnen over welke aanvullende maatregelen lokale coalities en wethouders kunnen nemen om kwetsbare mensen in de thuissituatie nog beter te kunnen ondersteunen. Kan de minister suggesties geven welke aanvullende maatregelen wethouders en gemeenteraden op dit punt kunnen nemen?

##### *Antwoord*

Om de reguliere dienstverlening op gang te houden kunnen gemeenten afspraken maken met lokale zorgaanbieders, het sociaal werk, de toegangsmedewerkers, de wijkteams en cliëntondersteuners etc. over de continuïteit in de ondersteuning aan de kwetsbare inwoners en hun mantelzorgers. Hierbij kan in kaart worden gebracht welke alternatieven er voorhanden en mogelijk zijn. Ook kunnen wethouders en gemeenteraden goede voorbeelden van andere gemeenten (onder meer te vinden op [Rijksoverheid.nl](https://rijksoverheid.nl)) delen met hun raad.

#### **Reactie op vragen van de ChristenUnie-fractie**

#### **Vraag 95 (MinVWS, MinMZZ)**

##### *Vraag*

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de minister bereid is om over de situatie van werknemers met een kwetsbaar gezinslid thuis in overleg te treden met werkgevers en daarbij ook de mogelijkheid te onderzoeken om voor werknemers met een kwetsbaar gezinslid een tijdelijk 'corona-beschermverlof' op basis van een doktersadvies of een GGD-advies in te stellen?

##### *Antwoord*

De coronacrisis vergt veel van een ieder die met zorgtaken thuis te maken heeft en deze zijn soms moeilijk te combineren met de verplichtingen die het werk met zich meebrengt. Dat geldt in het algemeen bij langdurige of intensieve zorgsituaties en komt nu ook tot uiting ten tijde van de coronacrisis. Het huidige verlofstelsel voorziet in verschillende mogelijkheden voor verlof, maar dit verlof is in duur beperkt.

Ook mijn collega van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft aandacht voor de gevolgen van de coronacrisis voor de combinatie van arbeid en zorg. Daarover is ook gesproken met sociale partners, mede naar aanleiding van de sluiting van scholen en kinderopvang. Een aanpassing van het verlofstelsel vergt echter een wetswijziging en het is niet mogelijk om deze op korte termijn te realiseren ten behoeve van de zorgtaken die samenhangen met de coronacrisis. Wel is het op grond van de Wet flexibel werken op verzoek van de werknemer mogelijk om de arbeidsduur tijdelijk aan te passen, op andere uren te werken of thuis te werken. In de praktijk blijken veel werkgevers en werknemers tot een werkbare modus te

komen door gebruik te maken van diverse vormen van flexibiliteit. Overigens geldt dat veel werkgevers reeds een tegemoetkoming ontvangen in het kader van de subsidieregeling NOW. Deze werkgevers ontvangen een tegemoetkoming in de loonkosten ingeval zij te maken hebben met omzetverlies, dat onder andere kan zijn veroorzaakt doordat werknemers in verband met de coronacrisis minder productief zijn dan gebruikelijk.

#### **Vraag 96 (MinVWS) & (MinOCW)**

##### *Vraag*

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen welke zorg en ondersteuning er beschikbaar is voor gezinnen waarbij beide ouders ziek zijn en er geen of weinig sociaal netwerk is om de kinderen op te vangen of te begeleiden bij thuisonderwijs.

De situatie waarnaar deze leden vragen vraagt om een maatwerk oplossing. Uitgangspunt is dat deze onder regie van gemeenten wordt gevonden in samenwerking met opvang en onderwijs en waar nodig ook met zorgpartijen.

#### **Vraag 97 (MinMZZ)**

##### *Vraag*

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben vernomen dat mantelzorgers ook worden meegenomen in het verdeelmodel voor de schaarse middelen en in het testbeleid. Wanneer gaan de mantelzorgers dit daadwerkelijk merken? Waar kunnen zij terecht om beschermingsmiddelen te krijgen en om getest te worden, en welke voorwaarden gelden hierbij, zo vragen genoemde leden.

##### *Antwoord*

Mantelzorgers, vrijwilligers in de palliatieve zorg en PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners worden meegenomen in het testbeleid en de verdeling van schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen. De richtlijn voor het testbeleid is gepubliceerd en staat op RO.nl. Vanaf 18 mei is ook de richtlijn persoonlijke beschermingsmiddelen voor deze groepen gereed. Vanaf die dag kunnen ze PBM krijgen indien ze met COVID-19 besmette cliënten verzorgen dan wel de cliënt getest is op COVID-19. In de richtlijn staat precies beschreven waar ze terecht kunnen en welke voorwaarden gelden.

#### **Vraag 98 (MinVWS)**

##### *Vraag*

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de minister specifieke ondersteuningsmaatregelen kan treffen voor mantelzorgers die hun naaste niet naar het verpleeghuis durven te laten gaan gezien de verspreiding van het coronavirus in verpleeghuizen en de bezoekersstop. Wat gaat de minister doen om onzekerheid bij mantelzorgers over de opname in het verpleeghuis weg te nemen?

##### *Antwoord*

Ik ben aan het inventariseren welke problemen er ontstaan in de thuissituatie nu sommige familieleden liever niet willen dat cliënten worden opgenomen vanwege de angst voor besmetting of de bezoeksregeling. Cliënten kunnen wel worden opgenomen. Als de situatie thuis onhoudbaar wordt, kan er een indicatie worden

aangevraagd bij het CIZ. Ik vind het belangrijk dat de zorginstelling bereikbaar is voor vragen en samen met de familie kan kijken wat een goede oplossing is. Daarnaast inventariseer ik met partijen welke acties kunnen worden ingezet om de instroom weer op gang te brengen om crisissituaties thuis en overbelasting van mantelzorgers te voorkomen. Overigens is de eerste indruk van zorgkantoren dat vooral cliënten die nu al adequate Wlz-zorg buiten het verpleeghuis ontvangen nu geen gebruik willen maken van het aanbod om te verhuizen naar het verpleeghuis.

#### **Reactie op vragen van de 50Plus-fractie**

##### **Vraag 99 (MinVWS, MinMZS)**

###### *Vraag*

De zorgen van de leden van de 50PLUS-fractie gaan uit naar de thuiszorg. In de thuiszorg is de grootste ziektestijging onder de medewerkers te zien. De ziekmeldingen stegen in maart jl. met 54% ten opzichte van 2019. Veel medewerkers in de thuiszorg zijn bang. De vele ziekmeldingen zorgen er mede voor dat thuiswonende ouderen minder hulp krijgen.

###### *Antwoord*

Op basis van cijfers van het verzuimnetwerk Vernet zien we dat het ziekteverzuim in de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) in maart 9,2% bedroeg. Dat is 1,8%-punt hoger dan in dezelfde periode in 2019. Deze stijging is voor ongeveer 1/3 te wijten aan een stijging van het langdurig verzuim. Vernet heeft geen zicht op de reden van verzuim, maar het ligt voor de hand dat de rest van de stijging op een of andere manier gerelateerd is aan de coronacrisis. Daarbij gaan we ervan uit dat in deze periode de 'reguliere' verzuimoorzaken niet wezenlijk zijn veranderd ten opzichte van dezelfde periode vorig jaar. Op basis van het saldo van ziek- en betermeldingen in de weken 14-17 zien we dat het ziekteverzuim naar verwachting weer is gedaald in april. Het aantal ziekmeldingen bedroeg bijna 8,7% en het aantal betermeldingen ruim 9,5%. Het ziekteverzuimpercentage over april komt eind mei beschikbaar. Er is geen uitsplitsing beschikbaar tussen intramurale zorg en de thuiszorg.

We ondersteunen organisaties op verschillende manieren. Ter ondersteuning van de grote psychische belasting bieden we via *Sterk in je werk - Coaching* van werkgeversvereniging Regioplus en vakbond CNV een luisterend oor. Dit bestaande initiatief is verbreed van loopbaanbegeleiding naar coaching. Professionele coaches bieden op vrijwillige basis een luisterend oor en laagdrempelige mentale ondersteuning. Ze verwijzen zo nodig door naar gespecialiseerde hulp.

Voor complexe psychische hulpvragen verwijzen de coaches door naar het contactpunt 'Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals' van ARQ IVP. Ook investeren we via SectorplanPlus vanaf het vierde tijdvak expliciet ook in het behoud van personeel en hebben we vanwege de coronacrisis een extra inschrijfmoment georganiseerd zodat organisaties die nog geen aanvraag hadden gedaan, dat alsnog konden doen.

Tot slot blijft een belangrijke manier om verzuim door overbelasting te voorkomen: zorgen voor extra personeel. Met Extra Handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas zorgen we voor zoveel mogelijk extra personeel.

#### **Vraag 100 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Tevens gaan de zorgen van deze leden uit naar de mantelzorgers. Er is de toezegging gedaan dat de mantelzorgers worden meegenomen in het verdeelmodel voor de beschermende middelen. Mantelzorgers worden nu meer belast dan voor het coronavirus het geval was. Vooral mantelzorgers van mensen met dementie. Hoe kan meer ondersteuning op afstand worden geboden?

##### *Antwoord*

Er is een Zorgladder Mantelzorg samengesteld met verschillende koepelorganisaties, waarbij inzichtelijk wordt gemaakt wat mantelzorgers kunnen doen als zij de zorg voor hun naasten niet meer aan kunnen. De Zorgladder Mantelzorg bestaat uit 5 treden. Per trede geeft de zorgladder aan voor welke hulp je in aanmerking kunt komen, en wie of wat je kunt aanspreken voor hulp. Het ministerie van VWS heeft een nieuwe richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen gereed sinds 18 mei voor mantelzorgers, vrijwilligers in de palliatieve zorg, en PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners niet in dienst van of in opdracht werkend voor een zorginstelling of -aanbieder. Tevens bieden verschillende belangenorganisaties, zoals Alzheimer Nederland, alternatieven en tips over op welke wijze dagbesteding- en opvang zoveel mogelijk kan worden voortgezet. Ik roep aanbieders op creatief te zijn en te zoeken naar alternatieve vormen om mensen zo goed mogelijk te blijven ondersteunen in de thuissituatie.

#### **Reactie op vragen van de Van Kooten-Arissen-fractie**

Het lid Van Kooten-Arissen wenst onderstaand een aantal punten naar voren te brengen met betrekking tot mantelzorgers en ouders met zorgintensieve kinderen.

#### **Antwoord 101 (MinVWS en MinOCW)**

##### *Vraag*

Het lid Van Kooten-Arissen wil allereerst haar zorgen uitspreken over het feit dat veel ouders nu zelf 24/7 uur voor hun zorgintensieve kind – en hun andere kinderen - moeten zorgen. Erkent de minister de zware omstandigheden voor ouders van zorgintensieve kinderen in tijden van corona?

##### *Antwoord*

De coronamaatregelen zijn voor ouders van zorgintensieve kinderen inderdaad een zware belasting. Veel ouders hebben zelf de 24/7 uur zorg voor hun kinderen op hun schouders genomen. Dat is een groot compliment waard. Kort na het kabinetsbesluit om scholen en kinderopvang te sluiten, is door de Minister van BVOM in samenwerking met de gemeenten, scholen en kinderopvang ruimte geboden om opvang en begeleiding in te richten voor kwetsbare jeugdigen (naast de noodopvang voor kinderen van ouders met cruciale beroepen). Ook voor zorgintensieve kinderen die extra kwetsbaar waren omdat de druk in de

thuisituatie te hoog werd, was en is er op basis van maatwerkafspraken opvang mogelijk. Zo hebben veel zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg de kinderdienstencentra (KDC) juist voor deze kwetsbare kinderen wel opengesteld. Volgens de VGN gaat 30% van de kinderen weer regelmatig naar een KDC. Voor kinderen die niet het KDC bezoeken wordt waar mogelijk, in overleg met ouders, ondersteuning op afstand georganiseerd of ambulante begeleiding thuis geboden. De verpleegkundige kinderdagverblijven en de verpleegkundige kindertehuizen ontvangen inmiddels ook weer meer en meer kinderen. Er is dus ondersteuning en begeleiding beschikbaar voor zorgintensieve gezinnen maar soms in mindere mate dan gebruikelijk en dus begrijpt het kabinet dat veel ouders ervaren dat zij er alleen voor staan. Tegelijkertijd ontvangen we vanuit de medische kindzorg ook signalen dat ouders er zelf voor kiezen om hun kind thuis te houden, preventief, ondanks dat dat volgens kinderartsen niet nodig en soms zelfs niet wenselijk is en het zorgaanbod dus wel beschikbaar is. Gelukkig zijn vanaf 11 mei 2020 de scholen voor het speciaal (basis) onderwijs en de kinderopvang weer volledig open en per 1 juni het voortgezet speciaal onderwijs en komt ook de zorg op locaties van zorginstellingen weer meer op gang, waaronder ook dagopvang en aangepaste logeeropvang in de gehandicaptensector.

In mijn brief van 19 mei heb ik uw Kamer geïnformeerd over de route die het kabinet doorloopt bij de versoepeling van maatregelen bij de zorg voor kwetsbare mensen, waaronder de zorg voor kinderen. Het kabinet heeft hiermee uitvoering gegeven aan de motie Asscher om te komen tot een route kaart voor verschillende zorgsectoren

#### **Vraag 102 (MinVWS en MinOCW)**

##### *Vraag*

*Zorgen om de anderhalvemetersamenleving in relatie tot zorgintensieve kinderen*  
Het lid Van Kooten-Arissen stelt dat de anderhalvemetersamenleving niet haalbaar is bij de zorg voor zorgintensieve kinderen. Hoe worden luiers verschoond, wordt eten gegeven, medicijnen toegediend of een rolstoel geduwd? Dat kan niet op anderhalve meter afstand. Hoe zit het met het leerlingenvervoer als de scholen eventueel weer opengaan? Hoe wordt dat gedaan op anderhalve meter afstand? Kan de minister bij deze vragen aangeven welke oplossingen hij aandraagt? Erkent de minister dat veel van deze kinderen behoren tot een risicogroep door alle onderliggende medische en vaak chronische diagnostiek? Dit is een groep waar de samenleving voorzichtig mee wil omgaan en alle risico's voor hen probeert uit te sluiten of zo goed mogelijk probeert te ondervangen. Is de minister dat met het lid Van Kooten-Arissen eens?

##### *Antwoord*

Wat betreft de vraag of zorgintensieve kinderen behoren tot een risicogroep wordt verwezen naar het advies van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK). De NVK heeft op 1 mei 2020 een update van hun advies gepubliceerd over kinderen met een chronische ziekte. <https://www.nvk.nl/over-nvk/vereniging/dossiers-en-standpunten/covid-19/document-covid-19?dossierid=26542080>. In dat advies is opgenomen dat de besmetting van kinderen met Corona over het algemeen mild verloopt. Specifiek voor kwetsbare kinderen, zoals kinderen met (zeer) ernstige meervoudige problematiek, kinderen met syndromen, kinderen met spierziekten, kinderen met neurologische ziekten of met andere chronische ziekten meldt de NVK het volgende: 'Bij een 'kwetsbaar' kind lijkt een infectie met het coronavirus niet ernstiger te verlopen dan bij

*gezonde kinderen. Indien een 'kwetsbaar' kind niet ernstig ziek wordt door andere virussen zal dit zeer waarschijnlijk ook niet zo zijn door het coronavirus. Dit betekent dat voor de meeste patiënten geen extra voorzorgsmaatregelen nodig zijn, anders dan de gebruikelijke adviezen die eerder met de arts zijn afgesproken en de adviezen die het RIVM geeft. In zeldzame situaties kan het mogelijk toch wenselijk zijn dat er een aangepast advies geldt. In die gevallen zal de behandelend kinderarts maatwerk leveren ten aanzien van het wel of niet naar school kunnen gaan. In alle andere gevallen kunnen kinderen naar school.'*

Dit betekent dat er in principe voor kwetsbare kinderen in zijn algemeenheid niet een andere lijn hoeft te worden gevolgd. De afweging blijft vanzelfsprekend maatwerk in overleg met ouders. Het kabinet begrijpt - met het lid Van Kooten-Arissen - heel goed dat met name deze ouders voorzichtig met hun kinderen willen omgaan. Tegelijkertijd is er ook een groep kinderen en jongeren voor wie een vorm van dagbesteding nodig is om te kunnen leren en ontwikkelen. Het brengt structuur, regelmaat en afleiding in hun dagelijks bestaan en ontlast de ouders en andere verzorgers of gezinsleden. Om dagbesteding, -opvang en dagbehandeling verantwoord te laten verlopen hebben VWS en Nji met de meest betrokken organisaties een handreiking opgesteld. Uitgangspunt is dat voor kinderen en jongeren die geen verkoudheidsklachten hebben zoals neusverkoudheid, loopneus, hoesten, keelpijn, koorts en/of benauwdheid de dagopvang, dagbesteding en dagbehandeling kan doorgaan.<sup>27</sup> Door de VGN is een handreiking gemaakt over de kinderdienstencentra, opvang en logeren. Het hierna genoemde protocol voor het veilig opstarten van het leerlingenvervoer en vervoer kinderopvang biedt ook handvatten voor het vervoer in de gehandicaptenzorg voor kinderen in de basisschoolleeftijd.

Parallel aan het afspreken en uitvoeren van bovenstaande acties wordt samen met de cliëntenorganisaties gewerkt aan een (meer integrale) actieagenda voor de korte en langere termijn voor mensen met een beperking of chronische ziekte, alsook voor hun naasten, mantelzorgers, zorgverleners en ondersteuners. In de eerstvolgende brief aan de Kamer over de aanpak van de gevolgen van covid-19 wordt deze actieagenda nader toegelicht.

Kinderen in het speciaal onderwijs hoeven onderling geen 1,5 meter afstand te bewaren. Kinderen moeten zo veel mogelijk 1,5 meter afstand bewaren ten opzichte van volwassenen (leraren en andere personeelsleden). Daarbij heeft het RIVM in haar advies expliciet rekening gehouden met het feit dat afstand houden voor bepaalde categorieën leerlingen in de praktijk lastig zal zijn, bijvoorbeeld wanneer een leerling zorg nodig heeft. Soms zullen er zich situaties voordoen waarin er meerdere volwassenen binnen de 1,5 meter nodig zijn bij de verzorging van een leerling. Dat mag en is ook verantwoord omdat volgens het RIVM alleen medewerkers en leerlingen die niet ziek zijn en niet tot de risicogroep behoren fysiek op school aanwezig mogen zijn.

Met protocol 'veilig leerlingenvervoer en veilig kinderopvangvervoer' van de KNV, FNV en CNV kan het leerlingenvervoer met ingang van 11 mei op een normale manier van start gaan. Zie: <https://www.knv.nl/wp-content/uploads/2020/04/Sectorprotocol-leerlingen-enkinderopvangvervoer-v2404020.pdf>. Het gaat dan om het leerlingenvervoer naar het speciaal (basis) onderwijs, het vervoer van leerlingen die vanwege hun handicap niet zelfstandig naar het basisonderwijs kunnen reizen en om het afstandsvervoer. De start van

<sup>27</sup> <https://www.nji.nl/nl/coronavirus/Professionals/Handreiking-dagopvang-dagbesteding-en-dagbehandeling>

het leerlingenvervoer is in principe gelijk aan de wijze zoals dat vóór de corona crisis werd uitgevoerd, waarbij uitgegaan wordt van reguliere en volledige openstelling van deze scholen. Vervoerders dragen er zorg voor dat de algemene hygiëne maatregelen en de andere richtlijnen uit het protocol van de knv worden nageleefd. Ouders volgen de adviezen van RIVM en/of koepels van scholen voor wat betreft de vraag welke kinderen naar school kunnen. Het is niet nodig dat kinderen in het leerlingenvervoer onderling minimaal anderhalve meter in acht nemen, tenzij ze klachten ontwikkelen tijdens schooluren, kinderen met klachten blijven thuis. Dit stelt het RIVM op basis van de protocollen voor het onderwijs.

#### **Vraag 103 (MinVWS en MinOCW)**

##### *Vraag*

Voor de groep zorgintensieve kinderen waar het hier om gaat, is zelf rijden voor veel ouders niet haalbaar, omdat opvang, school of dagbesteding ver weg van huis zijn. Wat als ouders hun kwetsbare kind niet naar school durven sturen als de scholen weer opengaan? Ouders vrezen voor de leerplichtambtenaar. Behoren deze ouders op zijn minst tot het maatwerk waar de premier het over had in het plenaire debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus op 22 april jl.?

Kan de minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media (BVOM) de zorgen van deze ouders wegnemen en toezeggen dat de leerplichtambtenaar in deze bijzondere tijden niet bij hen op de stoep zal staan?

##### *Antwoord*

Als hoofdregel geldt dat met de openstelling van de basisscholen ook de leerplicht weer geldt. Voor leerlingen met bijzondere gezondheidsrisico's kan in overleg met de huisarts of GGD een uitzondering worden gemaakt. Wanneer een school constateert dat een leerling niet op school komt, is het belangrijk dat het gesprek vanuit de school wordt aangegaan met de ouders om te onderzoeken wat de reden hiervoor is. De school kan samen met de leerplichtambtenaar het gesprek aangaan met de ouders en leerling. De functie van de leerplichtambtenaar is daarbij gericht op gedeelde maatschappelijke zorg, waarbij het contact met de ouders en/of leerling centraal staat. Besluiten ouders toch om hun kinderen thuis te houden, dan worden leerplichtambtenaren opgeroepen gehoor te geven aan de eerder aangenomen motie om in die situatie geen proces-verbaal op te leggen. Voorop staat dat kinderen weer naar school gaan en daar ook onderwijs volgen. Als het gaat om kinderen in een kwetsbare positie is het des te belangrijker dat deze kinderen in het vizier blijven en deze kinderen weer naar school gaan of in ieder geval thuis het programma volgen. Ook hier kan de leerplichtambtenaar behulpzaam bij zijn.

#### **Vraag 104 (MinVWS en MinOCW)**

##### *Vraag*

Op welke manier heeft de minister voor BVOM extra maatregelen getroffen op speciaal onderwijs scholen die de veiligheid van zowel de kinderen als de zorgverleners en docenten garandeert? Welke extra hulp wordt de scholen voor speciaal onderwijs geboden, ten opzichte van het reguliere onderwijs, om het onderwijs veilig te laten verlopen voor deze extra kwetsbare kinderen?

##### *Antwoord*

Voor het antwoord op deze vraag wordt verwezen naar <https://po.lesopafstand.nl/app/uploads/Protocol-opstart-speciaal-basisonderwijs-en-speciaal-onderwijs-versie-6-mei.pdf>. Dit protocol is opgesteld door PO-Raad, AOb, CNV Onderwijs, FVoV, en AVS, in afstemming met LECSO/SBO Werkverband, Vivis en Siméa, Ouders & Onderwijs en het Lerarencollectief. Het dient als handreiking voor de sector bij het opstarten van de scholen. In dit protocol wordt ingegaan op een aantal praktische aspecten rondom veiligheid en hygiëne waar rekening mee gehouden kan worden als de scholen weer opengaan. Dit protocol kan worden aangepast naar aanleiding van ervaring uit de praktijk, en is daarmee een levend document. Tussen leerlingen hoeft geen 1,5 meter afstand bewaard te worden. Tussen personeelsleden onderling moet 1,5 meter afstand bewaard worden, tenzij nabij contact voor de werkzaamheden noodzakelijk is. De beschikbare ruimte in het schoolgebouw dient optimaal ingezet te worden, zodat zo veel mogelijk afstand tussen leerlingen, en tussen leerlingen en leraren gecreëerd wordt.

#### **Vraag 105 (MinVWS en MinOCW)**

##### *Vraag*

Het lid Van Kooten-Arissen stelt dat bij veel kinderen er verergering van de fysieke klachten of bijkomende gezondheidsschade én ook psychische klachten zijn in verband met het stopzetten van therapieën. Is het volgens de minister mogelijk therapie op afstand te doen, en is de minister bereid dergelijke therapie te organiseren? Waarom wel of waarom niet? Tevens vraagt genoemd lid op welke wijze dit zal gebeuren.

##### *Antwoord*

Het kabinet heeft inmiddels bepaald dat de meeste contactberoepen weer aan de slag kunnen per 11 mei 2020. Daaronder vallen (para)medische contactberoepen voor zover niet op basis van een medische indicatie<sup>28</sup>; contactberoepen gericht op persoonlijke verzorging, zoals kappers, schoonheidsspecialisten en pedicuren; en contactberoepen gericht op alternatieve behandelwijzen<sup>29</sup>. Voor de contactberoepengelden twee belangrijke voorwaarden. Ten eerste: het werk wordt zoveel mogelijk op anderhalve meter afstand georganiseerd. Ten tweede: er wordt gewerkt op afspraak, waarbij klanten aan de voorkant vragen worden gesteld om in te schatten of iemand een risico oplevert.

#### **Vraag 106 (MinVWS en MinOCW)**

<sup>28</sup> Voor behandeling op basis van een individuele medische indicatie waren deze (para)medische beroepen al uitgezonderd van het uitoefeningsverbod indien de benodigde hygiënemaatregelen getroffen konden worden. Het betreft beroepen die uit hoofde van de Zvw/Wiz en/of zorg die wordt verleend door zorgprofessionals die vallen onder de reikwijdte van de Wet BIG, art. 3 en 34, ter bescherming van de patiënt en waarborging van de kwaliteit van zorg. Onder artikel 3 vallen de apothekers, (keurings)artsen, gezondheidspsychologen, orthopedagoog-generalisten, physician-assistants, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Onder artikel 34 vallen de apotheker-assistenten, diëtisten, ergotherapeuten, huidtherapeuten, klinisch fysici, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten, optometristen, orthoptisten, podotherapeuten, radiologisch laboranten, radiotherapeutisch laboranten, tandprothetic en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg.

<sup>29</sup> Hieronder vallen onder mocr: acupuncturisten, voetzoolreflextherapeuten en complementair therapeuten. Hier is geen sprake van medische zorg.

*Vraag*

Het lid Van Kooten-Arissen constateert dat ouders getest willen worden op corona en tevens dat hun kwetsbare kinderen getest worden. Kan de minister aangeven of daar mogelijkheden toe zijn of dat daar, en op welke termijn, mogelijkheden toe komen?

*Antwoord*

In de brief van 6 mei 2020 over covid-19 is aangegeven dat voor de continuïteit van de zorg het belangrijk is dat ook zorgverleners die thuis zorg en ondersteuning leveren getest kunnen worden bij klachten, zoals mantelzorgers en vrijwilligers in de palliatieve zorg thuis en PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners. Deze groepen kunnen zich, op basis van een nieuwe richtlijn, laten testen per 18 mei. In juni kunnen volwassenen met klachten zich laten testen. Kinderen met klachten kunnen getest worden als dat voor hun behandeling relevant is. Als er bij kinderen op school of kinderopvang van 0 t/m 12 jaar een ongewoon aantal kinderen in een groep klachten heeft (3 of meer kinderen), kunnen deze kinderen in overleg met de ouders ook getest worden.

**Vraag 107 (MinVWS en MinOCW)***Vraag*

Ouders zijn bang dat hun zorgintensieve kind, dat vaak tot een risicogroep behoort of anderszins kwetsbaar is, in geval van een coronabesmetting ernstig ziek wordt. Begrijpt de minister dat en wat is zijn antwoord op de zorgen van deze ouders? Ook dienen er thuis en op de dagbesteding voldoende beschermende middelen voorhanden te zijn. Kan de minister aangeven of hij alles in het werk stelt om dit mogelijk te maken?

*Antwoord*

Hiervoor is al ingegaan op de vraag of zorgintensieve kinderen behoren tot een risicogroep. Dit laat onverlet dat het kabinet begrijpt dat ouders zich in deze tijd veel zorgen maken over hun zorgintensieve kind. Het RIVM heeft in samenspraak met veldpartijen uitgangspunten opgesteld voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen bij zorg buiten het ziekenhuis. Dit betreft dus alle vormen van zorg buiten het ziekenhuis. De uitgangspunten zijn geformuleerd op basis van veiligheid voor medewerkers en cliënten/patiënten (besmettingsrisico's) in geval van (verdenking op) Covid-19. Wij doen er alles aan om voldoende beschermende middelen te krijgen. Voor de laatste ontwikkelingen wordt verwezen naar de eerder genoemde brief van 6 mei 2020.

**Vraag 108 (MinVWS en MinMZZ)***Vraag*

Kan de minister aangeven of er studies zijn gedaan naar de effectiviteit van dergelijke mondkapjes en of hij bereid is om naar de mogelijkheden van stoffen mondkapjes voor mantelzorgers te kijken?

*Antwoord*

Zoals in de genoemde brief van 6 mei 2020 aangegeven geeft het OMT aan dat er geen eenduidig bewijs is van het effect van niet-medische adembescherming. Het

gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte kan overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en het niet mogelijk is om triage toe te passen. Mede op basis van de inzichten vanuit het OMT en het RIVM heeft het kabinet besloten dat in het openbaar vervoer het dragen van een mondkapje per 1 juni 2020 verplicht wordt. Het gaat hier nadrukkelijk niet om medische mondmaskers, die blijven voor de zorg.

Niet medische-mondkapjes worden niet van overheidswege verstrekt. Op deze website is meer informatie te vinden over het maken en het gebruik van niet-medische mondkapjes: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2020/05/09/covid-19-niet-medisch-mondkapje>

#### **Vraag 109 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Kan de minister een oplossing aandragen waardoor ook de ouders van zorgintensieve kinderen de mogelijkheid krijgen voldoende en gekwalificeerde beschermingsmiddelen te bestellen, eventueel met een speciale mantelzorgcode?

##### *Antwoord*

Het RIVM heeft samen met veldpartijen uitgangspunten opgesteld voor het gebruik van PBM bij zorg buiten het ziekenhuis. Deze uitgangspunten gaan uit van besmettingsrisico's en zijn gebaseerd op veiligheid voor medewerkers en cliënten/patiënten bij (verdenking van) een besmetting met COVID-19. Kinderen en jongeren lijken geen verhoogd risico op een ernstig verloop van COVID-19 te hebben. Dit geldt ook voor kinderen met een (ernstige) beperking. Er wordt voor geen enkele doelgroep in de zorg mogelijk gemaakt preventief beschermingsmiddelen te gebruiken. Daar waar maatwerk noodzakelijk is, zal in overleg met de betrokken behandelaars persoonlijke beschermingsmiddelen geregeld worden.

#### **Vraag 110 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Het lid Van Kooten-Arissen stelt dat voor sommige ouders en hun zorgintensieve kinderen er noodopvang is. Dat wordt als prettig ervaren, alleen geeft men aan dat er te weinig opvang is. De vaste structuur wordt erg gemist evenals vertrouwde personen. Het is zelfs zo dat ouders in vitale beroepen soms de opvang voor hun zorgintensieve kind af moeten dwingen. Hoe is deze opvang momenteel geregeld? Dit lid vraagt tevens hoe kan worden voorkomen dat vitale krachten in conflict raken over de opvang voor hun kinderen waar ze vanuit overheidsbeleid recht op hebben. Welke oplossingen ziet de minister?

##### *Antwoord*

De Minister van OCW en de Minister van BVOM zijn in hun brief van 3 april 2020 over onderwijs op afstand tijdens de corona crisis uitgebreid ingegaan op de stand van zaken van de noodopvang voor kinderen van ouders met een cruciaal beroep. Gemeenten coördineren de noodopvang, in overleg met kinderopvangorganisaties en scholen. Zij moeten zorgen voor voldoende aanbod voor kinderen in de leeftijd van 0 tot circa 12 jaar (globaal tot het einde van hun basisschoolloopbaan,

inclusief leerlingen van het speciaal (basis)onderwijs). Ouders met een cruciaal beroep mogen niet voor een gesloten deur staan als zij opvang nodig hebben voor hun kind. Het is belangrijk dat gemeenten, scholen en kinderopvangorganisaties afspreken waar de noodopvang is en daar duidelijk over communiceren.

**Vraag 111 (MinVWS)**

*Vraag*

Is de minister het met het lid Van Kooten-Arissen eens dat ouders van zorgintensieve kinderen en mantelzorgers in het algemeen in de coronacrisis financiële ondersteuning behoeven? Is de minister bereid een betaald zorgverlof in overweging te nemen, en waarom wel of niet?

*Antwoord*

De coronacrisis vergt veel van een ieder die met zorgtaken te maken heeft en deze moeilijk kan combineren met de verplichtingen die het werk met zich meebrengt. Dat geldt in het algemeen bij langdurige of intensieve zorgsituaties en komt nu ook tot uiting bij de coronacrisis. Het huidige verlofstelsel voorziet in mogelijkheden voor verlof, maar is in duur beperkt. Overigens is het op grond van de Wet flexibel werken op verzoek van de werknemer in veel gevallen mogelijk om de arbeidsduur tijdelijk aan te passen, op andere uren te werken of thuis te werken.

**Vraag 112 (MinVWS)**

*Vraag*

Gelukkig mogen sommige van deze ouders zichzelf uitbetalen uit het pgb en knopen zij zo de touwtjes aan elkaar. Deze mensen draaien echter het dubbele aantal zorguren dan dat ze zichzelf mogen betalen. Kan de minister aangeven hoe een gat is ontstaan tussen het aantal gewerkte en uitbetaalde zorguren, en wat daaraan wordt gedaan?

Ook zijn er alleenstaande ouders die onbetaald verlof moeten opnemen voor de zorg van hun kinderen. Hoe kan volgens de minister de rest van het jaar voorzien worden in de zorg voor de kinderen, als alle vrije dagen al opgemaakt zijn tegen de tijd dat het half mei is?

*Antwoord*

Als ouders een pgb ontvangen om zichzelf uit te betalen voor zorg aan hun kind, kan het voorkomen dat zij door het wegvallen van zorg zoals dagbesteding meer zorguren moeten maken dan voorheen. In het algemeen geldt dat de coronacrisis van alle Nederlanders vraagt om extra naar elkaar om te kijken en ondersteuning te geven aan naasten, burens en omgeving. Dit geldt ook voor deze ouders. In bepaalde situaties kan het gerechtvaardigd zijn om een uitzondering hierop te maken. Ouders kunnen dan toestemming vragen aan de gemeente om extra informele zorg te mogen inzetten. Gemeenten mogen maatwerk leveren en kunnen daarom toestemming geven voor de extra gevraagde informele zorg. Voor wat betreft de vraag over alleenstaande ouders die extra verlof moeten opnemen wordt verwezen naar de beantwoording hiervoor. Als aanvulling geldt dat voor arts- of ziekenhuisbezoek of de begeleiding daarbij van een kind calamiteitenverlof kan worden opgenomen voor zover dit bezoek redelijkerwijs niet buiten werktijd kan worden gepland.

**Vraag 113 (MinMZZ)**

*Vraag*

Begrijpt de minister dat op deze manier door het coronavirus de druk op de zorg op de lange termijn zal toenemen, en dat er daarom zo snel mogelijk moet worden ingegrepen? Hoe zorgt de minister ervoor dat de levertijden voor essentiële medicatie weer verkort worden?

*Antwoord*

De geneesmiddelenmarkt is door (de gevolgen van) COVID-19 erg onvoorspelbaar geworden, onder andere door lockdowns en productieonderbrekingen in India en China. Het risico op geneesmiddelentekorten kan daardoor in de komende maanden toenemen. Daarnaast is ook de wereldwijde vraag naar COVID-19 gerelateerde middelen, waaronder ic-medicatie, sterk toegenomen. Goed inzicht in de voorraden en de (verwachte) vraag zijn cruciaal om op tijd dreigende tekorten te signaleren en preventieve actie te kunnen nemen. Sinds enkele weken monitort het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) de voorraden en vraag van de corona-gerelateerde IC-medicatie.

Daarnaast hebben de partijen in de gehele geneesmiddelenketen<sup>[1]</sup> ingestemd om ook voor de algemene geneesmiddelenvoorziening een monitor in te richten. Hiermee worden ook niet-corona gerelateerde geneesmiddelen gemonitord. Dit gebeurt tijdelijk, namelijk zolang de coronacrisis aanvullende risico's met zich meebrengt, en is op vrijwillige basis. Partijen kunnen zo zelf preventief maatregelen nemen om tekorten zoveel mogelijk te voorkomen.

Daarnaast monitoren het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in het Meldpunt Geneesmiddelentekorten en defecten de beschikbaarheid van alle overige geneesmiddelen. Zij doen dit op basis van meldingen van handelsvergunninghouders, maar ook op basis van signalen vanuit het veld. Er komt een verplichte ijzeren voorraad voor geneesmiddelen van 5 maanden om kortdurende leveringsproblemen beter op te kunnen vangen. In overleg met partijen worden vanaf juni concrete afspraken gemaakt om de opbouw van de ijzeren voorraad verder te operationaliseren.

<sup>30</sup>

**Vraag 114 (MinVWS)***Vraag*

Verder is het lid Van Kooten-Arissen van mening dat het zorgwekkend is dat aanvragen voor hulpmiddelen stilliggen en verschillende gemeenten aangeven hier momenteel niet de capaciteit voor te kunnen missen om dit in te lopen. Ouders krijgen hierdoor fysieke klachten omdat til-voorzieningen nu niet geleverd worden. Wanneer verwacht de minister dat dit soort voorzieningen weer geleverd worden? Wat doet de minister om deze onwenselijke situatie op te lossen?

*Antwoord*

Ook tijdens de coronacrisis is continuïteit van zorg en ondersteuning uitgangspunt; dat geldt derhalve ook voor de hulpmiddelenzorg. Gemeenten zijn op voet van de Wmo 2015 gehouden hun ingezetenen voor wie dat aan de orde is, tijdig passende hulpmiddelen te bieden. Het Rijk, gemeenten en aanbieders van hulpmiddelen hebben een richtlijn opgesteld over hulpmiddelenverstrekking in het

[1] De leveranciers van geneesmiddelen (de VIG, BOGIN en GLN), de groothandels (BG Pharma, VES), de Stichting Farmaceutische Kerngetallen, de stichting Dutch Hospital Data (DHD), Farmanco en Farminform.

kader van de Wmo2015 in tijden van corona. Met de richtlijn wordt de zorgcontinuïteit voor thuiswonende cliënten geregeld – waaronder de hulpmiddelenzorg voor kinderen die een hulpmiddel verschaft krijgen vanuit de Wmo 2015 – alsook de hygiënevoorschriften voor medewerkers van hulpmiddelenleveranciers. Het is belangrijk te benadrukken dat cliënten, maar ook hun zorgverleners niet terughoudend moeten zijn bij het aanvragen van noodzakelijke nieuwe hulpmiddelen of reparaties. Cliënten kunnen hun gemeente wijzen op de richtlijn en hun wettelijke rechten met betrekking tot een Wmo-aanvraag. De continuïteit van de zorg wordt nauwgezet gevolgd en is tevens bespreekpunt in het periodiek (crisis) overleg met de koepels van aanbieders en patiënten en cliënten. Signalen dat mensen door corona hun hulpmiddelen niet (gerepareerd) krijgen, zijn hier nog niet binnengekomen.

#### **Vraag 115 (MinVWS en MinOCW)**

##### *Vraag*

Is de minister het met het lid Van Kooten-Arissen eens dat het in het algemeen belang veel verstandiger zou zijn als gezonde mensen met kwetsbare gezinsleden thuis zouden kunnen blijven zodat de kwetsbare gezinsleden niet ziek worden en hele gezinnen omvallen? Kan georganiseerd worden dat voor kinderen met kwetsbare gezinsleden een minder risicovol alternatief komt dan het reguliere onderwijs? Kan de minister een politiek signaal geven dat hij ervan uitgaat dat werkgevers hun werknemers toestaan thuis te blijven als er een fragiele thuissituatie is in hun gezin?

##### *Antwoord*

Over de risico's voor kwetsbare kinderen en hun gezinnen is in de beantwoording hiervoor al uitgebreid ingegaan. Ouders die zich zorgen maken over kwetsbare gezinsleden omdat zij moeten werken of dat hun kinderen weer naar school gaan, wordt geadviseerd zo nodig in overleg te treden met hun werkgever en met de school om tot tijdelijke maatwerkoplossingen te komen.

#### **Vraag 116 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Genoemd lid is van mening dat op deze manier veel extra ellende en veel extra kosten voorkomen kunnen worden, door de meest kwetsbare gezinnen echt te beschermen en niet nodeloos bloot te stellen aan het virus. Een 'beschermverlof' voor gezinnen, die van ziekenhuis of huisarts te horen krijgen dat ze thuis moeten blijven in verband met het coronavirus, biedt uitkomst. Misbruik is eenvoudig te voorkomen door middel van een verklaring van ziekenhuis, GGD en/of huisarts. Is de minister daartoe bereid of wil hij de mogelijkheden voor een dergelijk verlof nader onderzoeken?

##### *Antwoord*

Een aanpassing van het verlofstelsel wordt niet overwogen en zou gezien de tijd die nodig is om de daarvoor benodigde wetgevingsprocedure te doorlopen ook

geen uitkomst bieden voor de huidige situatie. Overigens geldt dat veel werkgevers reeds een tegemoetkoming in de loonkosten ontvangen in het kader van de subsidieregeling NOW. Deze werkgevers worden gecompenseerd ingeval zij te maken hebben met omzetverlies, dat werknemers in verband met de coronacrisis minder productief zijn dan gebruikelijk.

#### **Vraag 117 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Het lid Van Kooten-Arissen vraagt of de minister het met haar eens is dat, omdat om goede oplossingen te bedenken voor deze groep veel maatwerk nodig is, en tijdelijke en kortetermijnoplossingen vaak niet werken, er met ingang van nu vooruit gedacht moet worden, met de nadruk op kinderen en gezinnen. Wat hebben ouders en gezinnen het komende jaar nodig, en welke indicaties en zorgpakketten horen daarbij?

Wil de minister toezeggen om mantelzorg-netwerken waartoe de ouders van zorgintensieve kinderen behoren snel te betrekken bij het werken aan oplossingen en maatwerk voor ouders van zorgintensieve kinderen?

##### *Antwoord*

Er is vanuit VWS intensief overleg met een groot aantal cliënten- en ouderorganisaties over de gevolgen van het coronavirus. Ik zeg graag toe ook mantelzorgorganisaties te betrekken waar het gaat om gevolgen voor ouders van zorgintensieve kinderen.

#### **g) Jeugdzorg**

##### **Reactie op vragen van de GroenLinks-fractie**

#### **Vraag 118 (MinVWS)**

##### *Vraag*

De leden van de GroenLinks-fractie hebben zorgen over mogelijke liquiditeitsproblemen onder jeugdzorginstellingen, want ook hier ontvangen deze leden signalen over. Kan de minister ook hier een toezegging doen dat geen enkele jeugdzorginstelling omvalt vanwege de coronacrisis?

##### *Antwoord*

VNG en het Rijk hebben op 25 maart bestuurlijke afspraken gemaakt over het bieden van financiële zekerheid en ruimte aan zorgorganisaties en professionals. Afgesproken is dat financiering van de omzet wordt doorgezet op het niveau van voor de corona-crisis. Op deze wijze personeel en expertise tijdens de coronacrisis zoveel mogelijk van waarde en zijn deze ook na de crisis beschikbaar. VNG heeft in een handreiking nadere invulling aan de afspraak voor omzetgarantie gegeven zodat gemeenten eenduidig vorm kunnen geven aan het bieden van omzetzekerheid aan hun aanbieders in het Sociaal Domein.<sup>31</sup>

<sup>31</sup> <https://vng.nl/nieuws/afspraken-continuïteit-financiering-sd-uitgewerkt>

#### **Reactie op vragen van de SP-fractie**

##### **Vraag 119 (MinVWS)**

###### *Vraag*

De leden van de SP-fractie constateren dat jeugdzorginstellingen niet in acute nood verkeren, maar wel risico's lopen met betrekking tot financiën en personeel. Kan de minister de Kamer hierover blijvend informeren indien deze problemen groter worden?

###### *Antwoord*

VNG en het Rijk hebben op 25 maart bestuurlijke afspraken gemaakt over het bieden van financiële zekerheid en ruimte aan zorgorganisaties en professionals. Afgesproken is dat financiering van de omzet wordt doorgezet op het niveau van voor de corona-crisis. Op deze wijze personeel en expertise tijdens de coronacrisis zoveel mogelijk van waarde en zijn deze ook na de crisis beschikbaar. VNG heeft in een handreiking nadere invulling aan de afspraak voor omzetgarantie gegeven zodat gemeenten eenduidig vorm kunnen geven aan het bieden van omzetzekerheid aan hun aanbieders in het Sociaal Domein.<sup>32</sup> Bij brief van 21 april 2020 is de Kamer over de gemaakte afspraken met de VNG geïnformeerd. Zodra zich relevante nieuwe ontwikkelingen voordoen wordt de Kamer nader geïnformeerd.

#### **Reactie op vragen van ChristenUnie-fractie**

##### **Vraag 120 (MinVWS)**

###### *Vraag*

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen wat de stand van zaken is rond het proces van verplaatsing van kinderen en jongeren vanuit de Hoenderloo Groep naar andere locaties van Pluryn of andere jeugdhulpinstellingen, en in hoeverre de coronacrisis invloed heeft op dit proces van herplaatsing. Genoemde leden vragen of de minister ervan op de hoogte is dat de aanpak van de coronacrisis bij de Hoenderloo Groep in de ogen van de ouders erg langzaam en onduidelijk is verlopen, er inschattingfouten lijken te zijn gemaakt en dat directbetrokkenen (ouders, medewerkers, cliënten) ontevreden zijn over de communicatie en ondersteuning vanuit Pluryn in deze crisis. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat kinderen en ouders zo snel mogelijk de gewenste rust en duidelijkheid krijgen?

###### *Antwoord*

Pluryn streeft naar sluiting van de Hoenderloo Groep eind augustus 2020, omdat dat goed aansluit op het schooljaar. Pluryn werkt dus toe naar overdracht van zorg van de jongeren voor die datum. Pluryn garandeert dat geen kind tussen wal en schip gaat vallen. Die verantwoordelijkheid houdt niet op in augustus. De IGJ zal in de praktijk beoordelen of dit ook het geval is en grijpt indien nodig in. Voor het overgrote deel van de ongeveer 40 jongeren van wie Pluryn op dit moment verwacht dat de behandeling in augustus 2020 nog niet is afgerond, hebben in maart oriënterende gesprekken plaatsgevonden met jongeren en ouders/voogden over een mogelijke vervolgplek. Op basis hiervan heeft Pluryn op 7 april 2020 aan de ouders/voogden van alle jongeren een aanbod met een, volgens Pluryn,

<sup>32</sup> <https://vng.nl/nieuws/afspraken-continuïteit-financiering-sd-uitgewerkt>

passende vervolgplek gedaan. Deels zijn dit plekken binnen en deels buiten Pluryn. De komende weken zullen hierover (vervolg)gesprekken plaatsvinden. De IGJ heeft op 6 mei in haar voortgangsrapportage over de overdracht van zorg geconcludeerd dat de uitstroom van jeugdigen ondanks het coronavirus volgens planning verloopt.

Voor alle aanbieders van jeugdzorg is het in de eerste fase van de coronacrisis lastig geweest om in korte tijd de juiste maatregelen te nemen. Er was tijd nodig om toepassing van de RIVM-richtlijnen in te regelen, bijvoorbeeld over het afstand houden van medewerkers tot jongeren en bezoeksregelingen. Wij hebben geen signalen ontvangen dat dit bij de Hoenderloo Groep minder voorspoedig is gegaan dan bij andere zorgaanbieders. Pluryn heeft naar eigen zeggen bij aanvang van de coronacrisis een crisisteam opgericht. Dit team komt dagelijks bij elkaar onder voorzitterschap van een van de bestuurders van Pluryn. Het crisisteam volgt alle landelijke richtlijnen van het RIVM, de GGD en de brancheorganisaties en vertaalt dit naar toepassing binnen Pluryn. Per locatie wordt er contact onderhouden met ouders en verwanten. Zo heeft het management van De Hoenderloo Groep aparte mailings over de coronamaatregelen naar de ouders en wettelijk vertegenwoordigers gestuurd met informatie. Ook is alle informatie actueel te vinden op de website en intranetten van Pluryn. Alle maatregelen zijn bedoeld om jongeren, cliënten en medewerkers zo goed mogelijk te beschermen tegen het coronavirus, COVID-19.

#### **Reactie op vragen van de D66-fractie**

##### **Vraag 121 (MinVWS)**

###### *Vraag*

De leden van de D66-fractie ontvangen signalen dat aanbieders van zorgvervoer (doelgroepenvervoer) hard geraakt worden door de gevolgen van het coronavirus. Zij vragen of de minister in contact is met de sector om de continuïteit van het vervoer te waarborgen. Zo nee, is de minister daartoe bereid? Kan daarnaast deze sector meegenomen worden in het onderzoek naar nut en noodzaak van persoonlijke beschermingsmiddelen voor contactberoepen, aangezien bij het zorgvervoer de anderhalve meter afstand vaak praktisch niet te handhaven valt?

###### *Antwoord*

In antwoord op deze vraag verwijs ik u allereerst naar mijn brief van 15 april 2020 met een update over de stand van zaken rondom COVID-19 (met kenmerk:1675769-204341-PG). Het Rijk heeft met VNG, ZN en Zorgkantoren afspraken gemaakt gericht op de continuïteit van vervoersvoorzieningen (en de als gevolg daarvan direct met COVID-19 verband houdende eventuele meerkosten) en de continuïteit van aanbieders, waaronder begrepen het behoud van hun werknemers, in de periode dat er sprake is van een terugval van vraag. Uitgangspunt is het bieden van omzetgarantie voor de periode tot 1 juni.

Om de bescherming van zowel de chauffeurs als de klanten in het zorg- en doelgroepenvervoer, voor zover dat doorgang vindt, te waarborgen is in samenspraak met Koninklijk Nederlands Vervoer (KNV) en op basis van de adviezen van het RIVM een protocol opgesteld voor al het zorg- en taxivervoer voor passagiers waarvan geen sprake is van COVID-achtige klachten. Verder heeft

het RIVM in samenspraak met KNV en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een protocol opgesteld voor noodzakelijk ziekenvervoer van personen met (klachten passend bij) COVID-19.

Beide protocollen zijn breed onder de aandacht gebracht en onder meer gepubliceerd op de website van de rijksoverheid<sup>33</sup>. Onderdeel van de richtlijnen opgenomen in de protocollen is bijvoorbeeld het plaatsen van een fysiek afscheidingsscherm als het niet mogelijk is anderhalve meter afstand aan te houden tussen de chauffeur en de klant. Het dragen van een mondneusmasker door de chauffeur is naar mening van de RIVM niet noodzakelijk als extra beschermingsmaatregel tegen besmetting indien voldaan is aan de maatregelen genoemd in het protocol.

#### **Vraag 122 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Kan de minister onderzoeken hoe deze ontwikkeling gebruikt kan worden om ook na de coronacrisis gebruik te blijven te maken van digitale middelen waar dat zinvol en mogelijk is?

##### *Antwoord*

Ik deel met de leden van de D66-fractie dat de inzet van digitale zorg niet alleen een belangrijke bijdrage kan leveren aan de zorg in de anderhalvemetersamenleving en bij het opstarten van de reguliere zorg, maar ook op langere termijn, na de coronacrisis, belangrijk kan zijn om goede zorg te leveren. Wanneer digitale zorg vanuit de vraag van de cliënt wordt ingezet, kan het bijvoorbeeld de zelfredzaamheid van mensen met een beperking vergroten. Ook kan digitale zorg bijdragen aan arbeidsmarktproblemen. Ik zoek in de langdurige zorg - in gesprek met aanbieders, cliënten, mantelzorgers en zorgkantoren - naar manieren om digitale zorg duurzaam te implementeren. Voor de gehandicaptenzorg voer ik daarvoor de Innovatie-impuls uit, waar het implementeren van technologie centraal staat. Een aantal van de daar gekozen oplossingen kan ook helpen in deze coronacrisis. Daarnaast ben ik in gesprek met regionale initiatieven die met een versnelling van de invoering van digitale zorg bezig zijn. Daarbij kijk ik wat VWS kan doen om de ontwikkelingen te bespoedigen.

Wat betreft de inzet van digitale zorg in de anderhalvemetersamenleving neemt de NZa digitale zorg op dit moment mee in de overleggen die zij heeft over het opstarten van reguliere zorg met de Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ), zorgaanbieders, Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) en Nederlandse Federatie universitair medisch centra (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland. Naast overleggen met het veld heb ik op dit moment verschillende onderzoek- en adviestrajecten in gang gezet om zicht te krijgen op de bijdrage die digitale zorg kan leveren en hoe dat bestendig kan worden:

- Allereerst is er in het subsidieprogramma COVID-19 van ZonMw. Binnen het aandachtsgebied "Zorg en preventie" is er ruimte om een onderzoeksvoorstel

<sup>33</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/kamerstukken/2020/03/27/taxibeleid>

in te dienen over onderzoek naar zorg en preventie op afstand. In de oproep wordt genoemd dat het onderzoek zicht moet richten op door-ontwikkelen en evalueren van e-Health op kwaliteit, effectiviteit, risico's en toepasbaarheid: integratie van telemonitoring (inclusief zelfmonitoring) in preventie, behandeling en begeleiding op afstand (in de diverse vormen van zorg). Deze subsidieoproep staat nu open.

- Daarnaast heb ik het NIVEL gevraagd om een peiling uit te voeren onder chronisch zieke patiënten, burgers en huisartsen over hun ervaringen met zorg op afstand in coronatijd. Dat geeft inzicht in draagvlak en mogelijke inzet van deze middelen. Rond de zomer komt het NIVEL met de eerste resultaten van deze peiling. Het complete onderzoek is in het najaar afgerond.
- Tevens wil ik de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) vragen om te adviseren op de volgende *Vraag* Wat is er nodig om de snelle en zinvolle ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg op afstand die nu (ten tijde van de coronacrisis) worden ingezet, ook in de toekomst op een goede manier te continueren? De raad zal zich daarbij naast contact via beeld focussen op telemonitoring voor chronische patiënten en patiënten die revalideren van een operatie en digitalisering van de huisartsenpraktijk. Voor de zomer komt de RVS met haar advies.

#### **h) Vervoer en digitale middelen**

##### **Reactie op vragen van de SP-fractie**

##### **Vraag 123 (MinVWS)**

###### *Vraag*

De leden van de SP-fractie begrijpen dat de noodregeling Stimuleringsregeling E-health Thuis, die opgezet is om e-health mogelijk te maken, veel aanvragen heeft opgeleverd. Zorgaanbieders zoeken op dit moment immers naar allerlei vormen van zorg die ze nog wel kunnen leveren. Deze leden vragen wanneer de uitslagen van deze noodregeling bekend zijn en per wanneer deze activiteiten derhalve kunnen starten.

###### *Antwoord*

Om de zorg en ondersteuning voor kwetsbare personen zoveel mogelijk te continueren wordt er meer gebruik gemaakt van digitale middelen. Om hierbij te ondersteunen heb ik een noodsubsidieregeling ingericht, de SET Covid-19, om zorg op afstand met behulp van e-health een extra impuls te geven. Inmiddels is aan 460 aanbieders van zorg en ondersteuning subsidie verleend. Deze aanbieders kunnen direct na het ontvangen van de toekenningsbrief starten met de activiteiten, de brieven zijn voor 1 mei verstuurd. De aanvragen die niet in aanmerking komen voor subsidie omdat het plafond van de regeling is bereikt, hebben hier uiterlijk 1 mei bericht over ontvangen. Zij zijn geweest op alternatieve mogelijkheden voor subsidie en advies.

#### **i) Overige onderwerpen**

##### *Opschalen reguliere zorg*

### Reactie op vragen van de VVD-fractie

#### Vraag 124 en 125 (MinVWS)

##### Vraag

Genoemde leden vragen daarom in hoeverre afstemming plaatsvindt tussen ziekenhuiszorg en de vvt-sector (verpleging, verzorging en thuiszorg). Nadat patiënten in het ziekenhuis zijn behandeld, vindt veel revalidatiezorg of nazorg namelijk plaats door middel van wijkverpleging of elders in de vvt-sector. Tegelijkertijd is juist de vvt-sector nu zwaarbelast door de coronacrisis. Deze leden vragen daarom om een goede afstemming tussen beide sectoren om de opschaling van reguliere zorg op een juiste manier te laten verlopen.

##### Antwoord

Ik heb de NZa gevraagd de regie te nemen op de opschaling van de reguliere zorg. Hierbij richten ze zich niet alleen op de ziekenhuiszorg maar ook op alle andere sectoren waaronder de vvt-sector.

De NZa vindt het belangrijk dat de verschillende sectoren goed met elkaar samenwerken voor de patiënt. De programmastructuur die de NZa heeft opgezet, draagt bij aan de verbinding tussen de verschillende sectoren.

Om ook in de praktijk de verbinding en afstemming tussen de verschillende sectoren goed vorm te geven is afgesproken dat het bestaande Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) primair de opstart van ziekenhuiszorg en vervolgzorg in de regio monitort, bespreekt en hier afspraken over maakt. De vvt-sector sluit hierbij aan. Hierdoor wordt de hele keten meegenomen, wat belangrijk is bij de opschaling van de zorg. Binnen deze structuur wordt er gewerkt aan een overzicht van beschikbare gegevens binnen de vvt-sector (instroom, doorstroom, sterfte enz) en aan een sectoroverstijgend plan over de knelpunten die er zijn op het gebied van bijvoorbeeld de beschikbaarheid van personeel in de verschillende domeinen.

### Reactie op vragen van de PvdA-fractie

#### Vraag 126 (MinVWS, MinMZZ)

##### Vraag

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze bij het weer opschalen van (uitgestelde) reguliere zorg als ook bij het vormgeven van nazorg aan coronapatiënten rekening wordt gehouden met de specifieke situatie in thuiszorg, wijkverpleging en verpleeghuizen (tekort aan personeel, wachtlijsten, cliëntenstops et cetera)?

##### Antwoord

De NZa inventariseert per sector de mogelijkheden, kansen en belemmeringen bij het opschalen van de non-COVID-19 zorg. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn dat het zorgpersoneel verantwoord belast moet worden en dat alleen zinnige en gepaste zorg uitgevoerd moet worden. De aanpak van de NZa bestaat uit verschillende onderdelen:

1. Er is een urgentielijst opgesteld die per specialisme aangeeft welke reguliere zorg als eerste opgestart moet worden.

2. Ze geven inzicht in het aantal verwijzingen en het productieniveau in ziekenhuizen.
3. Er wordt een overzicht gemaakt van alle initiatieven, kansen en belemmeringen zorgbreed
4. Er wordt nadrukkelijk gekeken naar alleen opstarten van zinnige zorg en zorg op de juiste plek (wat kan op afstand gebeurt op afstand)
5. Samen met oa de Patientenfederatie wordt gewerkt aan een landelijke informatiecampagne.

Het ROAZ coördineert regionaal de opschaling en nazorg in de verschillende domeinen en betreft hierbij de regionale zorgorganisaties en de zorgverzekeraars. Ik vind het belangrijk dat hierbij de hele keten betrokken wordt en zal dit ook in de gaten houden.

#### **Administratieve druk zorgsector**

##### **Reactie op vragen van de VVD-fractie**

##### **Vraag 127 (MinVWS)**

###### *Vraag*

De leden van de VVD-fractie vragen of de minister bereid is om afspraken te maken met de zorgsector, zodat duidelijkheid en inzicht kan worden verschaft voor alle sectoren over de wirwar aan administratieve methoden die na deze crisis voor flinke problemen kunnen zorgen?

###### *Antwoord*

De afgelopen periode is voor de verschillende domeinen de uitwerking ter hand genomen van regelingen om de extra kosten die zorgaanbieders maken als gevolg van de coronacrisis te compenseren en om de financiële zorgen die zorgaanbieders als gevolg van de crisis ervaren zo veel mogelijk te verhelpen. De nadere uitwerking, onder andere van de wijze waarop gemaakte kosten moeten worden verantwoord, is momenteel gaande. Dat gebeurt in samenspraak met onder andere vertegenwoordigers van in de verschillende domeinen opererende zorgaanbieders. Van belang is hierbij het vinden van de juiste balans: verantwoording in enige vorm en mate is vanzelfsprekend nodig, maar zeker nu ook met oog voor de administratieve lasten die als gevolg hiervan bij zorgaanbieders kunnen optreden. In de gesprekken die nu gaande zijn met alle hierbij betrokken partijen span ik mij in om die balans zo goed mogelijk te vinden. Een specifiek aandachtspunt daarbij is het feit dat aanbieders met een zorgaanbod dat onder meerdere wetten valt met verschillende verantwoordingsregimes te maken krijgen. Dat gold ook vóór de Coronacrisis voor deze groep aanbieders, maar dat neemt niet weg dat ik mij inspan om waar mogelijk eenduidigheid in de verantwoordingsregimes na te streven en andere partijen oproep om dat ook te doen.

#### **Benutting van het budgettair kader Wlz voor 2020**

##### **Reactie op vragen van de CDA-fractie**

**Vraag 128 (MinVWS)***Vraag*

De leden van de CDA-fractie constateren dat de minister heeft besloten om vooruitlopend op de Voorjaarsnota op grond van de Maartbrief van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het bedrag van € 10,25 miljoen vrij te maken voor het Wlz-kader 2020.<sup>34</sup> De NZa is gevraagd om hiervan zo snel mogelijk € 4,025 miljoen in overleg met de zorgkantoren te verdelen over de regio's. De NZa geeft aan dat de verwachte tekorten op het Wlz-kader 2020 zijn toegenomen ten opzichte van het beeld in de Januaribrief. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister dit kan toelichten? Zij informeren ook naar de randvoorwaarden bij deze verdeling. Genoemde leden vragen voorts of zij het goed begrijpen dat deze middelen alleen worden aangewend om de groeiende zorgvraag, de inzet van extra middelen om de wachtlijsten te beheersen en de benodigde manoeuvreerruimte om de zorginkoop soepel te laten verlopen en niet in verband met de coronamaatregelen?

*Antwoord*

De NZa heeft de Maartbrief opgesteld naar aanleiding van mijn verzoek om haar analyse uit de Januaribrief te actualiseren, zodat de voorbereiding van de Voorjaarsnotabesluitvorming op de meest actuele gegevens kon plaatsvinden. In de raming voor de Maartbrief heeft de NZa twee extra maanden aan realisatiegegevens meegenomen, waarin ten opzichte van de Januaribrief de zorgvraag verder is toegenomen. Dit leidt tot een groter verwacht tekort.

Ik heb de NZa gevraagd om zo snel mogelijk € 425 miljoen in overleg met de zorgkantoren te verdelen over de regio's. De randvoorwaarde bij deze verdeling is dat de middelen dienen te worden ingezet voor Wlz-zorg. Met de verhoging van het beschikbaar kader hebben de zorgkantoren eerder dan voorzien zekerheid over de beschikbaarheid van deze middelen gekregen. Deze vroegtijdige duidelijkheid is bij uitstek van belang nu (onder meer) de aanbieders van langdurige zorg gevolgen ondervinden van het coronavirus.

Zoals de leden van de CDA-fractie correct signaleren zijn de extra middelen bedoeld om de groeiende zorgvraag op te vangen, de wachtlijsten te beheersen en te zorgen voor voldoende manoeuvreerruimte om de zorginkoop soepel te laten verlopen. Ook is het Wlz-kader hiermee toereikend om zorgaanbieders in voorkomende gevallen te compenseren indien er sprake is van inkomstenderving op hun Wlz-productie door de coronacrisis. De NZa werkt daarnaast samen met betrokken partijen aan een regeling op grond waarvan extra kosten die samenhangen met de coronacrisis kunnen worden vergoed. Over deze regeling zullen afzonderlijke financiële afspraken, los van het verhoogde reguliere Wlz-kader, worden gemaakt.

***Testen, traceren en rapporteren*****Reactie op vragen van de PvdA-fractie****Vraag 129 + 130 (MinVWS)***Vraag*

<sup>34</sup> Kamerstuk 34 104 nr. 278 Brief Benutting van het budgettaire kader Wlz voor 2020, 20 april 2020

De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister er duidelijkheid over kan geven of alle zorgmedewerkers, patiënten en bewoners die klachten ervaren nu getest worden op de dag dat zij klachten krijgen. Indien dit niet dezelfde dag gebeurt, binnen welke tijdspanne vindt dit dan wel plaats? Hoeveel testen worden momenteel per dag uitgevoerd? De minister geeft in de voorliggende brief in paragraaf 2 aan dat het nog weken zal duren, namelijk tot medio mei, voordat werkelijk alle zorgmedewerkers getest kunnen worden. Klopt het dat dit nog steeds het geval is? Zo ja, wat betekent dit in termen van risico's die kwetsbare mensen lopen in verpleeghuizen, wijkverpleging en andere zorginstellingen? Kan de minister hier een concreet antwoord op geven, ingecalculeerd het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen?

*Antwoord*

Alle zorgmedewerkers kunnen sinds 6 april worden getest. De aanvankelijke richtlijn gaf aan dat mensen pas na 24 uur klachten kunnen worden getest. Dit beleid is op 7 mei aangepast waardoor mensen nu op de dag dat zij klachten krijgen kunnen laten testen. Het aantal testen per dag lag medio april op werkdagen tussen de 6000-7000, en daalt. Belangrijker is dat het aantal positieve uitslagen op het totale aantal testen is gedaald van 29% naar minder dan 10% in de afgelopen weken. Hieruit blijkt dat het testbeleid veel laagdrempeliger is geworden, er worden immers verhoudingsgewijs veel meer mensen getest die niet besmet blijken te zijn. Daarnaast blijkt uit een poll onder de leden van Actiz dat 95% van de respondenten geen problemen meer ervaart met de toegankelijkheid van testen. Ook bij de IGJ zijn in de week van 25 april tot 1 mei klachten over het testbeleid van de GGD bij zorgverleners binnengekomen. Er zijn mij daarnaast geen verdere signalen bekend van problemen rondom testen in verpleeghuizen. Ik constateer dat de knelpunten daarmee in grote mate zijn weggenomen.

**Vraag 131 (MinVWS)**

*Vraag*

Welke stappen heeft de minister genomen om binnen deze zeer beperkte tijd de testcapaciteit zo op te schalen? Was er sprake van een tekort aan materialen dat binnen die enkele dagen was opgelost, of kwam deze opschaling voort uit concrete actie die de minister heeft genomen.

*Antwoord*

Het beleid voor 6 april was gericht op het zo goed mogelijk gebruik maken van de beperkte testcapaciteit en tegelijk proberen deze, binnen de bestaande structuren, en met de bestaande mensen, zo goed mogelijk op te schalen. Er is van begin af aan ingezet op het vergroten van de hoeveelheid gevalideerde COVID-19 laboratoria (van initieel 2 centrale en 13 opschalingslaboratoria naar een 50-tal additionele laboratoria die stapsgewijs gevalideerd zijn of worden). Daarnaast hebben fabrikanten wereldwijd hun productie van materialen voor diagnostiek fors opgeschaald. Met de instelling van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit, de opdracht aan de Taskforce Diagnostiek en de aanstelling van de Speciaal Gezant ben ik steviger gaan sturen op de testcapaciteit en de beschikbare testen. Er bleek ruimte om de testcapaciteit uit te breiden. Daarbij zijn eind maart onorthodoxe keuzes gemaakt, zoals het inzetten van veterinaire labs en het laboratorium van Sanquin.

**Vraag 132 (MinVWS)***Vraag*

Is de minister van mening dat het restrictieve testbeleid, dat bijdroeg aan het achterblijven van de toevoer van testmaterialen, aan de verspreiding van het coronavirus heeft bijgedragen? Zo nee, betekent dit dat de minister immer van mening is geweest dat een veel eerdere uitbreiding van de testmogelijkheden op besmetting met het virus overbodig was?

*Antwoord*

Het is lastig om te achterhalen wat de oorzaak is van de stijging van het aantal besmettingen in verpleeghuizen. Het RIVM geeft aan dat er voor het toenemend aantal meldingen van COVID-19 in de verpleeghuizen meerdere redenen kunnen zijn. De kans op verspreiding in de verpleeghuizen is hoog, mede vanwege de gesloten setting, het langdurig verblijf en het intensieve contact tussen bewoners en zorgpersoneel. Ook kan het te maken hebben met het feit dat bij mensen met dementie hygiëne maatregelen lastiger te handhaven zijn. Zodra het mogelijk was gezien de beschikbare testcapaciteit is het testbeleid uitgebreid om ook alle medewerkers en bewoners in verpleeghuizen met klachten te testen.

**Vraag 133 (MinVWS)***Vraag*

Bedoelt de minister met de passage in paragraaf 2 van de voorliggende brief 'Met de instelling van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit, de opdracht aan de Taskforce Diagnostiek en de aanstelling van de Speciaal Gezant ben ik steviger gaan sturen op de testcapaciteit en de beschikbare testen', dat hij pas vanaf, namelijk eind maart actief ging zorgen voor het vergroten van de testcapaciteit? Zo nee, wat heeft hij daar concreet aan gedaan voor die datum en met welk resultaat, zo vragen genoemde leden.

*Antwoord*

Nederland heeft bij uitbraken van infectieziekten altijd twee referentielaboratoria paraat, RIVM en ErasmusMC. Daarnaast kent Nederland 13 opschalingslaboratoria, die zich in februari hebben laten valideren. In maart lieten steeds meer medisch-microbiologische laboratoria zich valideren om te kunnen testen op het virus, oplopende tot meer dan 50 laboratoria. Er was echter nog een ander aandachtspunt, namelijk de leveringszekerheid van testmaterialen vanwege de wereldwijde vraagexplosie naar de reagentia. In maart is daarom vanuit de beroepsgroep van medisch microbiologen de Taskforce Moleculaire diagnostiek gestart om meer samenwerking te bewerkstelligen in de inkoop en onderlinge verdeling van schaarse testmaterialen. Net als veel andere aspecten van het zorgstelsel is de laboratoriumdiagnostiek in Nederland decentraal georganiseerd. Eind maart heeft het ministerie van VWS daarom ook op dit thema een sterkere regierol gepakt door een Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit in te richten. Ook is de Speciaal Gezant gevraagd om te helpen bij het veiligstellen van de benodigde materialen, eventueel door eigen productie op te starten.

**Vraag 134 (MinVWS)***Vraag*

Kan de minister precies aangeven wat het verschil is tussen het oude en het nieuwe beleid ten aanzien van de noodzakelijk geachte testcapaciteit, het aantal mensen dat volgens hem getest moest worden, uit welke groep deze mensen afkomstig waren en in hoeverre hij het in het oude dan wel nieuwe beleid noodzakelijk achtte dat zorgmedewerkers buiten de ziekenhuizen werden of worden getest?

*Antwoord*

Het beleid voor 6 april was gericht op het zo goed mogelijk gebruik maken van de beperkte testcapaciteit en tegelijk proberen deze, binnen de bestaande structuren, en met de bestaande mensen, zo goed mogelijk op te schalen. Zoals in de twee vorige antwoorden is aangegeven is hierop in maart actie ondernomen. Eind maart was de laboratoriumcapaciteit fors uitgebreid en ontstond meer duidelijkheid over aanbiedingen van diverse leveranciers van materialen. Dat gaf aanleiding tot verruiming van het testbeleid per 6 april. Om leveranciers in den brede aan te sporen bij hun allocatie voor de Nederlandse markt rekening te houden met het ruimere testbeleid heb ik hen hierover eind maart per brief geïnformeerd.

Voor 6 april werd getest bij werknemers en patiënten in het ziekenhuis en bij 1 of 2 patiënten per locatie in het verpleeghuis. Vanaf 6 april kunnen ook medewerkers werkzaam buiten het ziekenhuis met klachten getest worden en bepaalde groepen patiënten met klachten buiten het ziekenhuis. Het aantal te testen personen is nooit leidend geweest voor het testbeleid, maar volgend. We testen om besmettingen vast te stellen als onderdeel van een bredere aanpak, niet als doel op zich. Er is dus ook nooit ingezet op een aantal mensen dat getest moet worden. De genoemde getallen over capaciteit zijn altijd een maximum geweest dat beschikbaar is.

**Vraag 135 (MinVWS)**

*Vraag*

Kan de minister een duidelijk en gedetailleerd overzicht geven van welke verschillen er bestaan in testcapaciteit, testbeleid en het aantal besmette zorgmedewerkers, het aantal besmette verpleeghuisbewoners, en het verschil tussen het aantal bewoners van verpleeghuizen dat is overleden tussen het noorden van het land, waar het testbeleid geldt van prof. dr. A.W. Friedrich, hoogleraar en afdelingshoofd Faculteit Medische Wetenschappen/UMCG, en de rest van Nederland?

*Antwoord:*

Het aantal bewoners van verpleeghuizen dat is overleden ten gevolge van corona is in het noorden van het land lager dan in de rest van Nederland, net als het totale aantal gemelde patiënten, het aantal in het ziekenhuis opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten. Het beleid dat is gevoerd was niet verschillend voor het noorden ten opzichte van de rest van het land. Verschillen die genoemd worden zijn de vakantiespreiding en het carnaval, maar of dit een verklaring vormt voor de gevonden verschillen is op dit moment niet vastgesteld. Ik beschik ook niet over gegevens die een relatie leggen met testcapaciteit en testbeleid. Vanaf 6 april kunnen alle zorgmedewerkers in Nederland met klachten getest worden.

### **Persoonlijke beschermingsmiddelen**

#### **Reactie op vragen van de CDA-fractie**

##### **Vraag 136 (MinVWS en MinMZZ)**

###### *Vraag*

Is de minister het eens is met het advies van het OMT dat gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen afgeraden wordt op afdelingen waar geen COVID-19 is geconstateerd? Is dit advies alleen terug te voeren is op schaarste of dat men ervan overtuigd is dat het naleven van de RIVM-richtlijnen besmetting kan voorkomen. Hoe wordt de oproep beoordeeld van de heer De Blok (Thuiszorg Nederland), dat overal waar zorgverleners kwetsbare ouderen verzorgen en verplegen men ook bij geen vermoeden van COVID-19 persoonlijke beschermingsmiddelen moet gebruiken?

###### *Antwoord*

Het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en in het bijzonder mondneusmaskers wordt in de verpleeghuiszorg alleen geadviseerd bij de verpleging van mensen met (verdenking van) COVID-19. Met het toepassen van de algemene preventieve maatregelen zoals de hygiëneregels, afstand houden en de bezoeksregeling wordt de kans op besmetting van bewoners geminimaliseerd. Ook is het met het verruimde testbeleid mogelijk om zowel medewerkers als patiënten te testen zodra ze klachten hebben.

Het RIVM heeft samen met veldpartijen uitgangspunten opgesteld voor het gebruik van PBM bij zorg buiten het ziekenhuis. Deze uitgangspunten gaan uit van besmettingsrisico's en zijn gebaseerd op veiligheid voor medewerkers en cliënten/patiënten bij (verdenking van) een besmetting met COVID-19. Hoewel de richtlijn dus niet is gebaseerd op schaarste, is bij de uitgangspunten wel aangegeven dat gepast gebruik heel belangrijk is. Dit houdt onder andere in dat algemeen preventief gebruik niet nodig is en ook niet verstandig, omdat het de schaarste vergroot en ten koste kan gaan van anderen in de zorg. De uitgangspunten vragen om een nadere invulling per sector, rekening houdend met context en doelgroep. Als de specifieke situatie daarom vraagt, kunnen zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd afwijken van deze uitgangspunten.

##### **Vraag 137 (MinMZZ)**

###### *Vraag*

De leden van de CDA-fractie lezen in paragraaf 4 van de onderhavige brief tevens dat er sinds kort een nieuw verdeelmodel bestaat, waardoor meer materiaal beschikbaar is voor de verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een beperking. Kan de minister eens aangeven hoe dit uitpakt? Is er al meer duidelijkheid over de vraag of dit nieuwe verdeelmodel aansluit bij de behoeften in de praktijk?

###### *Antwoord*

De verdeling van de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen, waaronder mondkapjes, geschiedde in eerste instantie op basis van de aanname dat corona-

patiënten vooral in de acute zorg terecht zouden komen. Een deel van de middelen was ook toen al beschikbaar voor andere sectoren dan de acute zorg, zoals de langdurige zorg en voor noodsituaties. Naar mate de corona-uitbraak zich verder ontwikkelde bleek dat deze insteek niet meer paste, omdat ook steeds meer instellingen in de langdurige zorg moesten besluiten om COVID-19-patiënten te isoleren of aparte cohortafdelingen moesten inrichten waar deze patiënten behandeld konden worden. Ook medewerkers uit andere sectoren liepen risico's in het geval zij gevraagd werden om zorg te verlenen bij (mogelijke) COVID-19-patiënten. Daarom is sinds 13 april jl. een nieuw verdeelmodel van kracht. Dit verdeelmodel is niet gebaseerd op de verschillende zorgsectoren, maar gaat, net als de richtlijnen, uit van het besmettingsrisico dat zorgverleners lopen bij verschillende handelingen. Uitgangspunt is dat waar dezelfde risico's zijn ook dezelfde bescherming nodig is en beschikbaar moet zijn. Het resultaat van het nieuwe verdeelmodel is dat meestal het grootste deel van de FFP1-maskers en de chirurgische maskers sindsdien naar de langdurige zorg gaat, terwijl het grootste deel van de FFP2-maskers naar de acute zorg gaat. Dit past ook bij de typen handelingen die in beide sectoren worden uitgevoerd. Het verdeelmodel wordt voortdurend bijgewerkt naar nieuwe kennis en inzichten.

#### **Vraag 138 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Is bekend of er meer wordt getest bij personeel in verpleeghuizen en instellingen voor mensen met beperkingen? Is dit in een percentage is aan te geven? Is voldoende (extra handen) personeel beschikbaar is om personeel thuis te houden bij bijvoorbeeld verkoudheidsklachten? Worden hier ook afspraken tussen instellingen onderling over gemaakt? Kan het zorgkantoor hierin bemiddelen?

##### *Antwoord*

Ik zal de wekelijkse cijfers van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen met betrekking tot het aantal uitgeleverde en bestelde persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar stellen op de website van de Rijksoverheid. Ten aanzien van cijfers over de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen wil ik graag opmerken dat deze sterk afhankelijk is van reguliere leveringen aan zorgbieders, de ontwikkelingen in het aantal COVID-19-besmettingen en het gepast gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen conform de RIVM richtlijn. Het is mogelijk om het totaal aantal uitgevoerde testen en het aandeel positieve testen in algemene zin in de updatebrief over COVID-19 op te nemen, maar dat kan niet op doelgroepniveau.

Ik heb geen signalen ontvangen over tekorten aan personeel en over het maken van onderlinge afspraken tussen instellingen. Het is overigens niet raadzaam om het personeel in te zetten op verschillende groepen en/of locaties. Verenso en de NVAVG geven dit ook aan in de behandelrichtlijn, waarin zij aangeven dat personeel zoveel mogelijk zorgt voor dezelfde groep cliënten. Het zorgkantoor bemiddelt in het plaatsen van cliënten, zij bemiddelen niet in de inzet van zorgpersoneel.

#### **Reactie op vragen van de D66-fractie**

##### **Vraag 139 (MinMZZ)**

*Vraag*

Kan de minister reageren op veel signalen dat zorgverleners angstig zijn bij het uitvoeren van hun werk indien zij geen beschikking hebben over persoonlijke beschermingsmiddelen en dat de richtlijnen op dit gebied volgens ActiZ, V&VN en anderen onduidelijk of negatief, waardoor in veel gevallen het verzoek om persoonlijke beschermingsmiddelen afgewezen wordt? Moet voor deze kwetsbare groep niet het zekere voor het onzekere genomen worden? Klopt het dat nog steeds sprake is van onduidelijkheid over het risico van pre- en asymptomatische besmetting? Is de minister bereid om het OMT hierover om nader advies te vragen en met de ouderenzorgsector snel tot duidelijke richtlijnen te komen over het preventief gebruik van mondneusmaskers, waarbij de gezondheid van de ouderen en medewerkers voorop staat? Kan de minister tevens per sector aangeven wanneer de schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen voldoende is afgenomen, zodat ruimte ontstaat voor preventief gebruik?

*Antwoord*

Ik ken de signalen dat zorgmedewerkers angstig zijn bij het uitvoeren van hun werk en dat voor hen niet altijd duidelijk is wanneer beschermingsmiddelen wel en niet nodig zijn. De huidige uitgangspunten zijn gebaseerd op veiligheid voor medewerkers en cliënten/patiënten en geven aan dat preventief gebruik van beschermende middelen niet nodig is als er geen sprake is van (verdenking van) COVID-19. Als de specifieke situatie erom vraagt kunnen zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd afwijken van de uitgangspunten en medische beschermingsmiddelen gebruiken. Daarnaast is het belangrijk om bij elk begin van zorgverlening opnieuw de patiënt/cliënt naar zijn/haar gezondheidssituatie te vragen en per situatie te beoordelen of zorg veilig verleend kan worden. Inmiddels heeft de V&VN op 14 mei 2020 de handreiking 'Gebruik beschermende middelen; meer ruimte voor professionele' gepubliceerd. Deze handreiking kan zorgmedewerkers helpen om in te schatten wanneer ze pbm nodig hebben.

**Vraag 140 (MinVWS en MinMZS)***Vraag*

Is de minister bereid nader onderzoek te doen naar de effectiviteit om het gebruik van mondneusmaskers binnen een verpleeghuis niet te beperken tot alleen de afdeling waar een coronabesmetting geconstateerd is. Zijn er gevallen bekend dat zorgprofessionals nog geen klachten hebben en toch patiënten en/of cliënten hebben besmet? Zijn medewerkers voldoende geïnstrueerd hoe omgegaan moet worden met persoonlijke beschermingsmiddelen. Zijn er voldoende fysieke faciliteiten (zoals omkleedruimtes) zijn om hier uitvoering aan te geven?

*Antwoord*

Wat betreft kennis over de effectiviteit van het gebruik van mondmaskers en de momenten waarop iemand besmettelijk is laat ik mij adviseren door het OMT. De adviezen van het OMT geven aan dat preventief gebruik van beschermende middelen als er geen sprake is van (verdenking van) COVID-19 niet nodig is. Voor

het instrueren van medewerkers is veel informatiemateriaal beschikbaar via o.a. de site van het RIVM en van Vilans. Ik ben ook in overleg met Vilans om dit waar mogelijk te verbeteren en aan te vullen. Het is de verantwoordelijkheid van de werkgevers om hun medewerkers in staat te stellen om goede en veilige zorg te bieden en om te zorgen voor voldoende faciliteiten.

**Vraag 141 (MinMZS)**

*Vraag*

Deze leden vragen of het op dit moment mogelijk is om snel de benodigde middelen te leveren bij een plotselinge toegenomen vraag door bijvoorbeeld een coronabesmetting. Staat de ijzeren voorraad van persoonlijke beschermingsmiddelen ook open voor de noden in de langdurige zorg?

*Antwoord*

Er is nog steeds een noodvoorraad persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar waarop alle zorgaanbieders, conform de richtlijnen, aanspraak kunnen maken bij een acuut tekort aan beschermingsmiddelen in het geval van een (verdenking van) COVID-19 besmetting. Zij kunnen hiervoor contact opnemen met hun regionale ROAZ-coördinator. Daarnaast heeft het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) heeft mij laten weten op dit moment te kunnen voorzien in de extra behoefte aan mondmaskers die zorgaanbieders aanvragen bij het LCH. Ik roep zorgverleners dan ook op om indien zij daar behoefte aan hebben beschermingsmiddelen te bestellen bij het LCH. Om nog meer zeker te zijn van constante aanvoer van beschermingsmiddelen, blijft het LCH op zoek naar nieuwe leveranciers die werken met aanvoerlijnen vanuit andere landen. Gezien de ontwrichting van de wereldmarkt voor beschermingsmiddelen naar verwachting niet op de korte termijn zal herstellen, start ik ook het gesprek met zowel leveranciers en in kopers van zorgaanbieders over de wijze waarop we ook voor de langere termijn duurzaam borgen dat er voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar zijn voor de Nederlandse zorg.

**Vraag 142 (MinMZS)**

*Vraag*

Zijn na de wijziging van het verdeelmodel van persoonlijke beschermingsmiddelen ook alle (kleinschalige) zorgaanbieders in de langdurige zorg, zoals specifiek ouder- en/of familie-initiatieven van pgb-houders, goed aangesloten bij het ROAZ?

*Antwoord*

Mantelzorgers, vrijwilligers in de palliatieve zorg en PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners zijn meegenomen in de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen als zij zorg verlenen aan kwetsbaar personen met (symptomen van) COVID 19 waarbij de afstand van 1,5 meter niet kan worden aangehouden vanwege de noodzakelijke verpleging en verzorging. Dit loopt niet via de ROAZ maar via de huisarts of GGD (infectie-arts) die de client test of heeft getest. De richtlijn persoonlijke beschermingsmiddelen voor deze groepen staat op Rijksoverheid.nl. Hierin staat precies beschreven waar ze terecht kunnen en welke voorwaarden gelden.

## Reactie op vragen van de PvdA-fractie

### Vraag 143 (MinVWS)

#### Vraag

De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister of hij het in het NRC-artikel geschetste beeld 'Onrust bij thuiszorg en wijkverpleging om gebrek aan bescherming', herkent vanuit onder meer de thuiszorg en wijkverpleging dat (in ieder geval toen) de situatie 'vrijwel onhoudbaar' is en patiënten en zorgverleners 'in gevaar' worden gebracht door een gebrek aan bescherming?

#### Antwoord

Ik herken het beeld dat er de afgelopen periode veel onrust is geweest over de beschikbaarheid van beschermingsmiddelen. Samen met alle betrokken koepelorganisaties zijn inmiddels richtlijnen uitgewerkt waarin wordt beschreven onder welke omstandigheden zorg en ondersteuning veilig plaats kan vinden en wanneer het wel/niet nodig is beschermingsmiddelen te gebruiken. En er zijn inmiddels goede afspraken gemaakt over het ter beschikking stellen van beschermingsmiddelen aan de wijkverpleging en Wmo-ondersteuning waar dit nodig is en het testen van thuiszorgprofessionals indien zij symptomen van COVID-19 hebben. Echter ben ik me er ook van bewust dat er specifieke situaties zijn waarin de cliënt mogelijk besmet is en de Wmo ondersteuning toch door moet gaan. In die situaties is het belangrijk dat de medewerker over een "reservepakketje" aan medische beschermingsmiddelen beschikt.

Met vertegenwoordigers van de branches zoals ActiZ en V&VN en andere veldpartijen is gewerkt aan een verdere uitwerking van de RIVM-richtlijn 'PBM buiten het ziekenhuis' voor de verschillende sectoren en zijn praktische handvatten opgesteld voor de situaties die zich kunnen voordoen. Hiervoor is door de betrokken partijen een handreiking opgesteld en beschikbaar. Ook hier geldt dat algemeen preventief gebruik niet nodig is, soms ook beperkingen met zich mee brengt, en ook niet verstandig is omdat het de schaarste vergroot en dus ten koste kan gaan van zorgmedewerkers. Ik hoop de zorgen deels weg te hebben genomen met deze afspraken.

### Vraag 144 (MinVWS)

#### Vraag

Hoe kan het dat weken nadat daarover de eerste signalen zijn gegeven de situatie klaarblijkelijk niet verbeterd is, sterker nog, er sprake is van 'groeïende onrust' in de thuiszorg, de wijkverpleging, de gehandicaptenzorg, de ggz, de kraamzorg en in verpleeghuizen? Hoe ernstig is de situatie volgens de minister als vakbonden aangeven dat de situatie 'onacceptabel' is en nu zelfs (in deze tijd) dreigen hun achterban op te roepen niet meer naar het werk te gaan? Begrijpt de minister deze oproep, zo vragen genoemde leden.

#### Antwoord

Ik deel het beeld niet dat er op dit moment sprake is van groeiende onrust. Samen met alle betrokken koepelorganisaties zijn richtlijnen uitgewerkt waarin wordt beschreven onder welke omstandigheden zorg en ondersteuning veilig plaats kan vinden en wanneer het wel/niet nodig is beschermingsmiddelen te gebruiken.

Waar verpleging en verzorging wordt gegeven aan cliënt met Corona of Corona klachten gelden de uitgangspunten van het RIVM voor de inzet van medische PBM buiten het ziekenhuis. Deze verzorging vindt immers binnen 1,5 meter plaats. Niet elke situatie laat zich echter vangen in de algemene richtlijnen en als situatie daarom vraagt kunnen zorgprofessionals ook beredeneerd afwijken van deze richtlijn van het RIVM. V&VN heeft op basis van de RIVM-richtlijn een handreiking opgesteld om zorgmedewerkers praktische handvaten te bieden.

Medewerkers in de Wmo hebben over het algemeen geen PBM nodig. Vaak kunnen zij de 1,5 meter afstand bewaren in hun werk. Als de cliënt COVID 19 klachten heeft en wordt getest dan is het belangrijk ondersteuning uit te stellen. Echter, er zijn situaties waarin uitstel niet mogelijk is en situaties waarin professionals beredeneerd kunnen afwijken van de algemene richtlijn. In die specifieke situaties is het nodig dat de Wmo medewerker, bijvoorbeeld dus de huishoudelijke hulp, beschikt over een reservepakket PBM die ze dan kan gebruiken. Het gaat dan om medische beschermingsmiddelen.

#### **Vraag 145 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Kan de minister reageren op de uitspraak van de voorzitter van de V&VN in genoemd NRC-artikel: 'Het duurt gewoon te lang. De inkoop is niet oké, de productie is niet oké en de distributie is niet oké'? Herkent en erkent de minister het gevoel bij veel medewerkers in de thuiszorg, wijkverpleging, gehandicaptenzorg, kraamzorg, GGD en verpleeghuizen dat er blijkbaar onvoldoende aandacht voor hun veiligheid bestaat? Heeft de minister begrip voor het gevoel bij veel van deze zorgmedewerkers dat zij op het verkeerde been zijn gezet met de suggestie dat ze vanaf 6 april zouden worden getest terwijl, naar later bleek, er sprake was van allerlei 'mitsen en maren'?

##### *Antwoord*

Ik heb deze signalen ook ontvangen. Ik heb er zoveel mogelijk aan gedaan om te zorgen er geen onnodige belemmeringen zijn in het testen van zorgwerkers en ik heb de afgelopen periode alle mogelijke partijen aangespoord hieraan een bijdrage te leveren. De aanvankelijke richtlijn gaf aan dat mensen pas na 24 uur klachten kunnen worden getest. Dit beleid is door het RIVM op 7 mei jl. aangepast waardoor mensen nu op de dag dat zij klachten krijgen kunnen laten testen. Het aantal testen per dag lag medio april op werkdagen tussen de 6000-7000, en daalt inmiddels als gevolg van seizoensinvloeden. Belangrijker is dat het aantal positieve uitslagen op het totale aantal testen is gedaald van 29% naar minder dan 10% in de afgelopen weken. Hieruit blijkt dat het testbeleid veel laagdrempeliger is geworden, er worden immers verhoudingsgewijs veel meer mensen getest die niet besmet blijken te zijn. Daarnaast blijkt uit een poll onder de leden van ActiZ dat 95% van de respondenten geen problemen meer ervaart met de toegankelijkheid van testen. Ik constateer dat de knelpunten daarmee in grote mate zijn weggenomen. Ik heb hier twee brieven over gestuurd. Ik heb

daarin aangegeven dat het testen van zorgmedewerkers geen belemmeringen mag kennen en dat signalen gemeld kunnen worden bij GGDGHOR Nederland. Ook kunnen signalen gemeld worden bij de IGJ en ten slotte is er ook vanuit GGDGHOR NL een uitvraag gedaan naar signalen en verbeterpunten. Op basis van de signalen die ik heb, ga ik ervan uit dat het aantal problemen steeds kleiner wordt. Een poll onder leden van ActiZ liet zien dat 95% van de leden tevreden is over de wijze waarop vanuit de GGD en de interne organisatie het testen verloopt.

#### **Vraag 146 (MinMZZ)**

##### *Vraag*

De leden van de PvdA-fractie vragen welk advies de minister heeft voor zorgmedewerkers die tijdens hun werkzaamheden onvoldoende beschermd zijn. Wanneer is de veiligheid van deze zorgmedewerkers, die namens de hele samenleving deze crisis in de frontlinie bestrijden, afdoende gewaarborgd?

##### *Antwoord*

Alle mensen die werken in de zorg, binnen en buiten het ziekenhuis, moeten erop kunnen rekenen dat zij hun werk veilig kunnen doen met voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen. Of er is sprake is van passende bescherming, hangt af van de handelingen en het daarmee samenhangende bestemmingsrisico. Het RIVM heeft richtlijnen ontwikkeld voor het gepast gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in de diverse situaties. Bij onvoldoende persoonlijke beschermingsmiddelen dienen zorgverleners in gesprek te treden met hun leidinggevende en mogelijke alternatieven te bespreken. Indien dit geen oplossing biedt, dan kan de zorginstelling/zorgverlener hiervan melding maken bij ISZW/IGJ. Bovenal heeft het LCH mij en uw Kamer, in de technische briefing van 30 april jl., laten weten dat zij beschikken over voldoende mondneusbescherming. Ik wil dan ook benadrukken dat zorgverleners vooral moeten bestellen bij hun reguliere leveranciers en/of het LCH.

#### **Vraag 147 (MinVWS)**

##### *Vraag*

Hoe kijkt de minister - in het licht van het artikel in de Stentor over zorgpersoneel op de Veluwe dat ontslag neemt uit angst voor corona <sup>35</sup> - terug op zijn uitspraken over beschermingsmiddelen tijdens de persconferentie van dinsdag 7 april jl.? Kan de minister zich voorstellen dat die uitspraken door zorgmedewerkers die 'in de frontlinie, maar zonder geweer', zoals zij het zelf uitdrukken, hun werkzaamheden moeten verrichten als een klap in hun gezicht zijn ervaren? Is de minister het met de eerdergenoemde woordvoerder van ActiZ eens dat 'het voortdurende tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen in de ouderenzorg onacceptabel is'? Zo nee, in welke zin is de minister het oneens met deze uitspraak?

##### *Antwoord*

Ik ben hier tijdens het Kamerdebat van 8 april op ingegaan. Ik heb daarbij aangegeven dat mijn antwoord op de vraag over persoonlijke beschermingsmiddelen in relatie tot de zorgplicht die tijdens de persconferentie werd gesteld ongelukkig was, in de zin dat het voeding gaf aan een misverstand.

<sup>35</sup> De Stentor, 9 april 2020, 'Zorgpersoneel op de Veluwe neemt ontslag uit angst voor corona: 'Enorm gebrek aan beschermingsmiddelen'

Ik was en ben me er volledig van bewust dat de zorg over voldoende bescherming sterk speelt onder zorgpersoneel en we zetten dan ook alles op alles om te zorgen voor voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen.

Ondertussen is het verdelingskader voor persoonlijke beschermingsmiddelen aangepast op basis van besmettingsrisico's in de verschillende zorgsituaties, juist ook buiten het ziekenhuis. We zien dit in de feitelijke verdeling ook terug.

#### **Vraag 148 (MinMZS)**

##### *Vraag*

Welke boodschap heeft de minister voor zorgmedewerkers die ten einde raad, vanwege het gebrek aan beschermingsmiddelen, geen andere oplossing zien dan ontslag te nemen uit het vak waar ze met zoveel bezieling voor hebben gekozen. Is de minister van mening dat de zorgsector, tegen de achtergrond van het grote personeelstekort waarvan voor de coronacrisis al sprake was, het zich kan veroorloven om op deze wijze afscheid te nemen van mensen? Welke stappen worden genomen om te voorkomen dat dit vaker zal gebeuren?

##### *Antwoord*

Sinds 13 april is het nieuwe verdeelmodel voor persoonlijke beschermingsmiddelen van kracht. Dit gaat uit van een verdeling op basis van besmettingsrisico's in bepaalde behandelsituaties. Daarmee vindt een betere verdeling plaats van de beschermingsmiddelen over de sectoren en tussen en binnen de regio's, wat bijdraagt aan het veilig kunnen werken van de medewerkers. Als een werknemer toch moet werken zonder beschermingsmiddelen, dient hij hierover in gesprek te gaan met zijn leidinggevende of werkgever. Eventueel kan hij dit melden bij de Inspectie SZW en de IGJ.

#### **Vraag 149 (MinVWS, MinMZS)**

##### *Vraag*

De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister de signalen herkent dat behalve van een groot tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen ook sprake is van een in bedoeld krantenartikel genoemde 'enorme bureaucratie' om zorgmedewerkers te testen, zodat dit 'uiterst traag' verloopt, maar ook dat deze werkelijkheid in schril contrast staat tot de op de persconferentie van 31 maart jl. gewekte en door een bestuurder van een zorginstelling in bedoeld artikel verwoorde verwachting dat zorgmedewerkers uit (onder meer) de verpleeghuissector met ingang van 6 april jl. getest konden worden. Welke concrete actie onderneemt de minister om op zo kort mogelijke termijn een einde te maken aan deze bureaucratie, zodat de tijdens deze persconferentie bij zorgmedewerkers gewekte verwachtingen ook onverkort kunnen worden waargemaakt?

##### *Antwoord*

Ik heb er zoveel mogelijk aan gedaan om te zorgen dat er geen onnodige belemmeringen zijn in het testen van zorgwerkers en ik heb de afgelopen periode alle mogelijke partijen aangespoord hieraan een bijdrage te leveren. Ik heb hier twee brieven over gestuurd aan de betrokken zorgkoepels. Ik heb daarin

aangegeven dat het testen van zorgmedewerkers geen belemmeringen mag kennen en dat signalen gemeld kunnen worden bij GGDGHOR Nederland. Ook kunnen signalen gemeld worden bij de IGJ en ten slotte is er ook vanuit GGDGHOR NL een uitvraag gedaan naar signalen en verbeterpunten. Op basis van de resultaten en terugkoppeling vanuit IGJ en GGD GHOR, ga ik ervan uit dat het aantal problemen steeds kleiner wordt. Een poll onder leden van Actiz liet zien dat 95% van de leden tevreden is over de wijze waarop vanuit de GGD en de interne organisatie het testen verloopt.

**Vraag 150 (MinVWS, MinMZZ)**

*Vraag*

Is de minister van oordeel is dat in ieder geval de tot dan toe geldende richtlijnen omtrent het gebruiken van beschermingsmiddelen, het gebrek aan voldoende beschermingsmiddelen, het in zeer beperkte mate testen van medewerkers in verpleeghuizen en/of de tot nu toe van kracht zijnde instructie dat medewerkers met milde klachten en zolang ze geen koorts hebben aan het werk dienden te blijven aan die hoge besmettingsgraad van besmette verpleeghuismedewerkers hebben bijgedragen?

Zo nee, wat is volgens hem dan de oorzaak hiervan? Is de minister bereid tot aanpassing van genoemde richtlijnen. Zo ja, kan de minister garanderen dat bij het bijvoorbeeld aanscherpen van de richtlijnen rondom het gebruik van beschermingsmiddelen voldoende beschermingsmiddelen beschikbaar zijn?

*Antwoord*

Het is lastig om te achterhalen wat de oorzaak is van de stijging van het aantal besmettingen van medewerkers in verpleeghuizen. Het RIVM geeft aan dat er voor het toenemend aantal meldingen van COVID-19 in de verpleeghuizen meer redenen kunnen zijn. De kans op verspreiding in de verpleeghuizen is hoog, mede vanwege de gesloten setting, het langdurig verblijf en het intensieve contact tussen bewoners en zorgpersoneel. Ook kan het te maken hebben met het feit dat bij mensen met dementie hygiëne maatregelen lastiger te handhaven zijn. De richtlijn voor gebruik van beschermingsmiddelen buiten het ziekenhuis is vanaf 20 maart van kracht. Vanaf dat moment was het advies om bij een zorgverlener met lichte klachten te kijken naar alternatieven, zoals de zorg uitstellen of overdragen aan een klachtenvrije medewerker. Als dit niet kon, ook geen 1,5 meter afstand gehouden kon worden en er geen sprake was van vluchtig contact, werd geadviseerd dat alleen kon worden gewerkt met persoonlijke beschermingsmiddelen, die voldoende beschikbaar moeten zijn.

**Vraag 151 (MinVWS, MinMZZ)**

*Vraag*

De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister van mening is dat aanpassing van het 'ziekmeldingsbeleid' feitelijk neerkomt op de volgende keuze tussen twee kwaden: eerder mogen ziekmelden betekent minder beschikbare personeelsleden en dus mogelijk minder zorg voor bewoners, terwijl handhaving van de regels leidt tot onacceptabel hoge besmettingspercentages onder medewerkers en mogelijk meer risico voor bewoners. Hoe is de minister voornemens dit dilemma op te lossen?

*Antwoord*

Wij verwachten van werkgevers en werknemers dat zij de richtlijnen van het RIVM volgen. Dat kan in sommige gevallen inderdaad zorgen voor meer ziekmeldingen. Dit zorgt op korte termijn voor een extra personele uitdaging voor organisaties. Tegelijkertijd beschermt het kwetsbare patiënten en medewerkers tegen besmetting. Het niet naleven van de richtlijnen kan er voor zorgen dat de personele uitdaging op een later moment nog groter en/of langduriger wordt. Werkgevers en werknemers kennen de specifieke omstandigheden en moeten vooral samen afspraken maken die zowel recht doen aan het belang van de zorgverlener als die van de zorg. Veiligheid staat daarbij voorop.

We ondersteunen organisaties op verschillende manieren. Ter ondersteuning van de grote psychische belasting bieden we via *Sterk in je werk – Coaching* van werkgeversvereniging Regioplus en vakbond CNV een luisterend oor. Dit bestaande initiatief is verbreed van loopbaanbegeleiding naar coaching. Professionele coaches bieden op vrijwillige basis een luisterend oor en laagdrempelige mentale ondersteuning. Ze verwijzen zo nodig door naar gespecialiseerde hulp.

Voor complexe psychische hulpvragen verwijzen de coaches door naar het contactpunt 'Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals' van ARQ IVP. Ook investeren we via SectorplanPlus vanaf het vierde tijdvak expliciet ook in het behoud van personeel en hebben we vanwege de coronacrisis een extra inschrijfmoment georganiseerd zodat organisaties die nog geen aanvraag hadden gedaan, dat alsnog konden doen.

**Vraag 152 (MinMZZ)***Vraag*

De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister de uitspraak deelt van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) dat van hulpverleners niet gevraagd en verwacht mag worden dat zij zonder afdoende persoonlijke beschermingsmiddelen zorg verlenen aan (vermoedelijk) met COVID-19 besmette patiënten, in het bericht van 10 april jl. 'Zorgverlening zonder voldoende beschermingsmiddelen'. Deelt de minister de conclusie van de KNMG dat de risico's voor hulpverleners in ieder geval op het moment van schrijven van dat bericht te groot waren? Hoe is de stand van zaken op dit moment?

<https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht-corona/zorgverlening-zonder-afdoende-persoonlijke-beschermingsmiddelen.htm>

*Antwoord*

De bescherming van zorgverleners staat voorop. Zorgverleners moeten dus altijd veilig hun werk kunnen uitvoeren en beschermd zijn conform de richtlijnen van het RIVM. Wergevers kunnen beschermingsmiddelen inkopen via reguliere leveranciers en waar nodig bij het LCH. Het LCH is op dit moment in staat te voorzien in de aanvullende vraag naar beschermingsmiddelen. Zorgaanbieders kunnen bovendien waar nodig beschermingsmiddelen conform de RIVM richtlijnen hergebruiken dan wel alternatieve middelen inzetten.

**Vraag 153 (MinVWS)***Vraag*

De leden van de PvdA-fractie vragen de minister of hij van mening is dat de heer De Blok (Buurtzorg Nederland) in een interview in NRC gelijk had met de opmerking dat een 'enorme inschattingsfout' is gemaakt doordat zorgverleners onvoldoende getest en onvoldoende beschermd zijn.<sup>36</sup> Zo nee, waarom wordt die uitspraak niet gedeeld en waarom heeft de minister alsnog besloten meer te testen?

*Antwoord*

Ik ben het hier niet mee eens. Er is van begin af aan ingezet op het vergroten van de hoeveelheid gevalideerde COVID-19 laboratoria (van initieel 2 centrale en 13 opschalingslaboratoria naar een 50-tal additionele laboratoria die stapsgewijs gevalideerd zijn of worden). Daarnaast hebben fabrikanten wereldwijd hun productie van materialen voor diagnostiek fors opgeschaald. Met de instelling van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit, de opdracht aan de Taskforce Diagnostiek en de aanstelling van de Speciaal Gezant ben ik steviger gaan sturen op de testcapaciteit en de beschikbare testen. Er bleek ruimte om het testbeleid uit te breiden.

**Vraag 154 (MinVWS)***Vraag*

Klopt het dat zorgverleners inmiddels de grootste 'besmettingshaard' voor het Coronavirus zijn geworden? Kan de minister een overzicht geven met cijfers waaruit dat of het tegendeel blijkt? Als deze cijfers er niet zijn, kan de minister deze boven tafel krijgen en alsnog met de Kamer delen?

*Antwoord*

Cijfers over besmettingen onder zorgverleners (stand van zaken 30 april) kunt u vinden op de website van het RIVM: <https://www.rivm.nl/documenten/covid-19-en-zorgmedewerkers-30-april-2020>.

Het grote aandeel van zorgverleners aan de positieve meldingen is een afspiegeling van het testbeleid. Het aantal positieve meldingen zegt niets over een besmettingshaard, want er worden geen uitspraken gedaan over mogelijke bronnen. Het is namelijk niet bekend waar deze zorgmedewerkers COVID-19 hebben opgelopen. Daarnaast is er een streng beleid thuis te blijven bij klachten, waarbij zorgmedewerkers zich laagdrempelig kunnen laten testen.

**Vraag 155 (MinVWS)**

<sup>36</sup> NRC, 13 april 2020, 'Thuiszorgdirecteur: 'Er is een enorme inschattingsfout gemaakt'

*Vraag*

Heeft de IGJ contact gehad met Buurtzorg Nederland over persoonlijke beschermingsmiddelen en zo ja, wat was de reden dan wel strekking daarvan? Vindt de minister het een goede zaak als de IGJ een organisatie zou aanspreken over het 'te veel' gebruiken van beschermingsmiddelen, ook als die organisatie deze middelen zelf zou hebben aangeschaft?

*Antwoord*

De IGJ legt contact met zorgaanbieders van verpleeghuiszorg en zorg thuis en vraagt in die gesprekken onder meer of de zorginstelling de zorg die nodig is nog georganiseerd krijgt, of er voldoende beschermingsmiddelen zijn en of de organisatie is aangesloten bij de regionale structuren. In dat kader is ook contact gelegd met Buurtzorg.

De IGJ spreekt zorgaanbieders niet aan op het teveel gebruiken van beschermingsmiddelen. Voor het standpunt van de IGJ omtrent de verdeling van beschermingsmiddelen verwijs ik u naar het nieuwsbericht van de IGJ 'Beschermingsmiddelen inzetten op de juiste zorg' van 14 april jl.

(10)(2g)

**Vraag 156 (MinMZS)***Vraag*

Leden van de PvdA-fractie vragen om mijn reactie op de stelling in het genoemde interview dat de schaarste aan beschermingsmiddelen 'ook komt door de (gekozen) infrastructuur'? Ziet de minister kans deze (nog) te verbeteren? Zo ja, op welke wijze en wanneer? Herkent de minister de opmerking van de heer De Blok dat zorgverleners nu 'emotioneel belast' zijn omdat ze niet weten of ze patiënten hebben besmet die overleden zijn? Daarnaast vragen deze leden hoe de minister in dat licht aankijkt tegen uitingen over 'onderbescherming' en 'schijnveiligheid'.

*Antwoord*

Het LCH is ingericht om te voorzien in de extra behoefte aan persoonlijke beschermingsmiddelen, daar waar de reguliere leveranties onvoldoende zijn. Ik herken niet het beeld dat schaarste is veroorzaakt door de (gekozen) infrastructuur. Immers, zorgaanbieders kunnen nog altijd bestellen bij hun reguliere leveranciers. Het LCH vervult daarnaast een rol bij de extra behoefte aan persoonlijke beschermingsmiddelen. De schaarste is vooral ontstaan door de mondiaal toegenomen vraag naar persoonlijke beschermingsmiddelen als gevolg van de uitbraak van het coronavirus.

De verdeling van beschermingsmiddelen richtte zich in het allereerste begin van de coronacrisis op bescherming van zorgverleners die werkzaam waren in acute zorg waar toen de meeste COVID-19 patiënten lagen. Toen duidelijk werd dat ook buiten de acute zorg het aantal patiënten toenam is het nieuwe verdeelmodel van kracht geworden waarmee een eerlijker verdeling tot stand is gekomen tussen de sectoren. Niet langer de sector, maar het risico op besmetting staat hierin centraal. Het verdeelmodel wordt doorontwikkeld op basis van praktisch ervaringen en inzichten van experts en zo nodig aangevuld met nieuw sectoren.

Ik kan mij voorstellen dat zorgverleners zich persoonlijk emotioneel belast voelen omdat zij niet weten of zij iemand besmet hebben. Hierin staan ze echter niet alleen: vaak is immers niet helder waar de besmettingshaard heeft gelegen. Niet voor niets is daarom het verbod op bezoek afgekondigd bij verpleeghuizen. Bij verdeling van schaarse middelen worden altijd keuzes gemaakt die lastig zijn. Om te komen tot goede afwegingen van de situaties waarin beschermingsmiddelen nodig zijn is steeds gebruik gemaakt van richtlijnen die zijn opgesteld op basis van de inzichten van deskundigen en is steeds veel aandacht geweest voor het voorkomen van schijnveiligheid. Het LCH heeft mij laten weten over voldoende mondneusbescherming te beschikken voor de Nederlandse gezondheidszorg. Ik roep zorgverleners dan ook op om dan wel via hun reguliere leverancier dan wel via het LCH persoonlijke beschermingsmiddelen te bestellen.

**Vraag 157 (MinVWS)**

*Vraag*

De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister zich kan voorstellen dat zorgverleners het idee hebben dat een snellere versoepeling van de RIVM-richtlijnen bij het gebruik van beschermingsmiddelen, terwijl de geluiden over het besmettelijker zijn van corona zijn toegenomen, wellicht niet ingegeven is door hun gezondheid, maar door het gebrek aan beschermingsmiddelen. Zo nee, welke andere argumenten draagt de minister aan om het tegendeel te bewijzen?

*Antwoord*

De richtlijnen zijn opgesteld door het RIVM op basis van besmettingsrisico en niet ingegeven door schaarste.

**Vraag 158 (MinMZZ)**

*Vraag*

De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister inzicht kan bieden over de vraag hoe wordt voorzien in de behoefte aan persoonlijke beschermingsmiddelen in de gehandicaptenzorg, zowel intramuraal als thuis. Deelt de minister de mening van genoemde leden dat de afgelopen periode te weinig aandacht is uitgegaan naar de noden van zorgmedewerkers en cliënten in de gehandicaptenzorg? Welke concrete actie wordt door de minister ondernomen om hier verandering in te brengen?

*Antwoord*

Mijn uitgangspunt is dat alle mensen die werken in de zorg, binnen en buiten het ziekenhuis, erop moeten kunnen rekenen dat zij hun werk veilig kunnen doen met voldoende beschermingsmiddelen. Sinds 13 april jl. is er een nieuw verdeelmodel opgesteld dat uitgaat van een verdeling op basis van besmettingsrisico's in bepaalde behandsituaties. Dit zorgt voor een betere verdeling van beschermingsmiddelen over de sectoren en tussen en binnen regio's. Het ministerie van VWS heeft samen met een team van professionals uit ziekenhuizen, academische centra, leveranciers en producenten een gezamenlijk initiatief opgericht, het 'Landelijk Consortium Hulpmiddelen'. Dit Consortium heeft als doel om verschillende medische hulpmiddelen waaraan een tekort dreigt, gezamenlijk in te kopen, zonder winstoogmerk, in het landsbelang. Verdeling onder zorgaanbieders verloopt via het ROAZ. Eventuele tekorten aan mondkapjes en

andere persoonlijke beschermingsmiddelen moeten snel worden opgelost; dit heeft mijn prioriteit.

#### **Reactie op vragen van de VVD-fractie**

##### **Vraag 159 (MinVWS, MinMZS)**

###### *Vraag*

Staat de minister open voor verlenging van de regeling die inzet van niet-gekwalificeerde zorgverleners mogelijk maakt totdat de reguliere zorgmedewerkers gebruik hebben kunnen maken van hun verlofrechten?

###### *Antwoord*

Medio maart heeft de voormalige minister voor Medische Zorg de maatregel genomen dat voormalige verpleegkundigen en artsen van wie de registratie in het BIG-register is verlopen na 1 januari 2018 weer aan de slag mogen in de zorg, zonder dat zij zich opnieuw in het BIG-register inschrijven. De inzet van extra personeel in de zorg is hard nodig om de corona-uitbraak zo goed mogelijk te kunnen bestrijden. De maatregel geldt tot nader order. Besluitvorming over het beëindigen van de maatregel is thans nog niet aan de orde. Als dat het geval gaat zijn, zullen alle omstandigheden worden meegewogen. Als de maatregel wordt beëindigd, zal ik uw Kamer daarover informeren.

#### **Reactie op vragen van de D66-fractie**

##### **Vraag 160 (MinVWS, MinMZS)**

###### *Vraag*

De leden van de fractie van D66 vragen om aan te geven op welke manier de zorg gecontinueerd wordt op het moment dat te veel zorgmedewerkers door ziekteklachten niet kunnen werken? Op welke manier is er aandacht voor oververmoeidheid bij zorgpersoneel? Genoemde leden vragen of er voor hen bijvoorbeeld op grote schaal professionele mentale ondersteuning beschikbaar is.

###### *Antwoord*

Om de zorgcontinuïteit in de zorg ook in de toekomst te waarborgen, is het in eerste instantie belangrijk zoveel mogelijk te voorkomen dat medewerkers op de lange termijn wegens oververmoeidheid of ziekte uitvallen. Voldoende recuperatietijd en mentale ondersteuning zijn hiervoor essentieel. Werkgevers en werknemers kennen de specifieke omstandigheden en dienen gegeven deze omstandigheden afspraken over recuperatietijd te maken die zowel recht doen aan het belang van de zorgverlener als aan de zorg voor de cliënt. Ook dragen de meeste werkgevers zorg voor mentale ondersteuning op de werkvloer. Daar waar dit in mindere mate gebeurt, of wanneer zorgverleners liever met iemand van buiten de organisatie praten, kunnen ze onder andere terecht op [www.sterkinjewerk.nl/extra-coaching](http://www.sterkinjewerk.nl/extra-coaching) van werkgeversvereniging Regioplus en vakbond CNV en bij het contactpunt 'Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals' van ARQ IVP. Daarnaast is het van belang dat er voldoende en goed uitgerust (extra) personeel beschikbaar is om de hoge werkdruk en uitval

wegens ziekte op te vangen. Met het platform Extra handen voor de zorg en de nationale zorgklas zorgen we voor zoveel mogelijk extra personeel.

Momenteel wordt er een uitvraag voorbereid aan alle personen opgenomen in de Extra handen voor de zorg database om te inventariseren of zij op de (middel)lange termijn nog beschikbaar zijn om bij te springen in de zorg. Tot slot heb ik de Chief Nursing Officer (CNO) gevraagd om mij te adviseren over de transitie naar reguliere zorg met daarbij in het bijzonder aandacht voor de draagkracht van verpleegkundigen.

#### **Personeel in de zorg**

##### **Vraag 161 (MinVWS, MinMZS)**

###### *Vraag*

Op welke manier kunnen verpleegkundigen ook beter betrokken worden in de landelijke en lokale besluitvorming over hun werk op de korte termijn en ook na de coronacrisis?

###### *Antwoord*

Zoals toegezegd aan uw Kamer zal de minister voor Medische Zaken en Sport in gesprek gaan met de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen en de Chief Nursing Officer (CNO) over de verbetering van de positie van verpleegkundigen. Ik verwacht voor de zomer een advies hierover van de CNO met input vanuit alle branches en zal dan de TK informeren.

##### **Vraag 162 (MinVWS)**

###### *Vraag*

Is de minister bereid om in gesprek te gaan met GGD's om tot een uniforme richtlijn te komen voor het testen van medewerkers en bewoners in de langdurige zorg waarbij de veiligheid van cliënten en medewerkers voorop staat?

###### *Antwoord*

De richtlijnen zijn beschikbaar en uniform, namelijk het testen gebeurt op een locatie bij de GGD of bij een drive-in of drive-through locatie van de GGD. Alle testafnames zijn op afspraak nadat een bedrijfs- of instellingarts de zorgmedewerker heeft aangemeld. Als er nog verschillen gemeld worden, dan neem ik contact op met de betreffende DPG. Het testbeleid zorgmedewerkers staat op de site van het RIVM. Wat betreft bewoners is op 10 april het behandeladvies van Verenso en de NVAVG aangepast en is het uitgangspunt om iedere patiënt met een verdenking op COVID te testen, ook na 1 of 2 positieve patiënten per afdeling/unit/woongroep.

##### **Vraag 163 (MinVWS)**

###### *Vraag*

Is de minister bereid om te onderzoeken in hoeverre lessen getrokken kunnen worden uit het testbeleid van andere landen en op welke termijn een verdere uitbreiding van het testbeleid mogelijk zou kunnen zijn in de langdurige zorg?

*Antwoord*

Zoals in mijn brief van 6 mei jl. aangegeven zal in juni het testbeleid worden uitgebreid naar alle volwassenen die klachten hebben. Bij mijn keuzes betrek ik inzichten uit het andere landen.

**Reactie op vragen van de PvdA-fractie****Vraag 164 (MinVWS, MinMZZ)***Vraag*

De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister kan toezeggen dat de bonus voor zorgpersoneel waarover wordt nagedacht naar aanleiding van een aangenomen Kamermotie, tevens zal gelden voor medewerkers in de thuiszorg, wijkverpleging en in verpleeghuizen?

*Antwoord*

Medewerkers in de thuiszorg, wijkverpleging en in verpleeghuizen leveren een ongekende prestatie. Hun onmisbare inzet blijkt eens te meer tijdens de huidige corona crisis.

Bij motie ben ik gevraagd de mogelijkheden te onderzoeken om zorgverleners van wie nu extra inzet wordt gevraagd als blijk van waardering een bonus toe te kennen. Een goede en passende definitie van de groep zorgverleners is daarbinnen een cruciaal element. Over de resultaten van de verkenning naar de mogelijkheden om op gepaste wijze invulling te geven aan de motie Van Kooten-Arissen zal ik u zo spoedig mogelijk informeren.

**Kinderkampen****Reactie op vragen van de ChristenUnie-fractie****Vraag 165 (MinVWS)***Vraag*

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben verschillende zorgen ontvangen van organisatoren van kinderkampen en kindervakanties. Deze vakanties zijn van pedagogisch belang en kunnen in het bijzonder voor kinderen uit kwetsbare gezinnen een uitkomst bieden in de komende zomervakantie. Deelt de minister dit? Wanneer verwacht de minister duidelijkheid te kunnen geven aan de organisaties of deze kampen en vakanties wel of niet door kunnen gaan? Deze leden vragen tevens, indien er mogelijkheden zijn, welke voorwaarden aan leeftijden, groepsgrootte en omgangsvormen qua begeleiding en catering gesteld behoren te worden.

*Antwoord*

Kinderactiviteiten zoals kampen en vakanties zijn belangrijk voor de ontwikkeling en het welzijn van kinderen. Per 11 mei 2020 mogen jeugdactiviteiten buiten, zoals die worden georganiseerd door scouting en andere jeugdverenigingen, weer doorgaan, met inachtneming van de RIVM-richtlijnen.

Bij brief van 6 mei 2020 is aangegeven dat de komende periode stap voor stap bekeken wordt of maatregelen versoepeld kunnen worden. Als alles goed gaat mogen per 1 juli 2020 de gemeenschappelijke wc's en douches op de campings en vakantieparken weer open. Vanaf die datum kunnen onder nader te bepalen voorwaarden mogelijk ook kinderkampen en -vakanties doorgang vinden. Dit uiteraard onder het voorbehoud dat de ontwikkelingen positief blijven verlopen en kinderkampen en -vakanties verantwoord kunnen worden georganiseerd. De aanbieders van kindervakanties en zomerkampen werken hiertoe aan een protocol en we zijn met hen in overleg.