

Vergaderjaar 2019–2020

31 765

Kwaliteit van zorg

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 495

VERSLAG VAN EEN RONDETAfelGESPREK

Vastgesteld 17 juni 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 11 mei 2020 gesprekken gevoerd over **ouderenzorg en corona**.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn vijftien leden der Kamer, te weten: Agema, Baudet, Van den Berg, Bergkamp, Dik-Faber, Ellemeet, Van Esch, Van Gerven, Krol, Kuzu, Laan-Geselschap, Lodders, Ploumen, Sazias en Van der Staaij.

Aanvang 10.00 uur.

Gesprek met:

- mevrouw prof. dr. B.M. Buurman, hoogleraar Acute Ouderenzorg Amsterdam UMC en lector Transmurale Ouderenzorg HvA

De voorzitter:

Goedemorgen. Hartelijk welkom bij de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een rondetafelgesprek over onder andere de ouderenzorg en het coronavirus. Als gast hebben wij hiervoor uitgenodigd prof. dr. Bianca Buurman. Zij is chieft nursing officer van VWS, hoogleraar en lector Acute Ouderenzorg in Amsterdam bij het UMC en de Hogeschool van Amsterdam. Hartelijk welkom.

Ik ga mevrouw Buurman zo dadelijk het woord geven voor een presentatie. Zij heeft aangegeven ongeveer een halfuur nodig te hebben voor haar presentatie. Ik wil u vragen om uw vragen op te sparen tot na afloop van de presentatie. Dan ga ik, zoals we ook gewend zijn bij de technische briefing, u de gelegenheid geven voor het stellen van twee vragen. Dus u stelt een vraag, u krijgt een antwoord en u kunt een andere vraag of een vervolgvraag stellen. Iedereen die meekijkt vanmorgen naar dit rondetafelgesprek, heet ik uiteraard hartelijk welkom. Ik merk op dat de briefing, de presentatie van mevrouw Buurman, ook via de website van de Tweede Kamer te volgen is. Dus als u hem wilt meekijken, dan kijkt u daar. Goed. Hartelijk welkom uiteraard ook aan de leden. Dan zou ik eigenlijk van start willen gaan met dit rondetafelgesprek. Ik geef graag mevrouw Buurman het woord voor haar presentatie. Gaat uw gang.

Mevrouw Buurman:

Dank u wel, en dank voor de uitnodiging om hier vandaag te zijn. Zoals al aangegeven gaat de briefing over de ouderenzorg maar ook over de verpleging en de verzorging. Ik heb ervoor gekozen om vooral naar de ouderenzorg en de wijkverpleging te kijken met de bril op van verpleegkundigen en verzorgenden, met name omdat zij in de afgelopen tijd die zorg geleverd hebben en omdat er in die zorg veel vraagstukken zitten. Daar wil ik u graag in meenemen.

Ik wil kort iets schetsen over de verpleging en verzorging in Nederland. Waar stonden zij nou voor de crisis? Welke psychische impact van deze crisis zien we op verpleegkundigen en verzorgenden? Er is een stukje over de ziekenhuiszorg en de transitie naar de reguliere zorg. Waar moeten we dan rekening mee houden? En dan zal ik wat uitgebreider ingaan op de verpleeghuiszorg, de wijkverpleging en de lessen die we daaruit mee moeten nemen. En dan hoor ik graag welke vragen u dan nog heeft. Om te beginnen – waar staan we dan? – de cijfers over verpleging en verzorging in Nederland. Wij hebben nu 210.000 verzorgenden werken in Nederland en 191.000 verpleegkundigen. Dat is inclusief de gespecialiseerde verpleegkundigen en 4.000 verpleegkundig specialisten. Ik denk dat u allen heel goed weet dat we voor de crisis al te maken hadden met grote personeelstekorten. We hadden toen 37.000 openstaande vacatures. We zien dat er de meeste vraag is naar verpleegkundigen en verzorgenden en dat er ook heel veel moeilijk vervulbare vacatures zijn, met name in de ouderenzorg, maar dat geldt ook voor de gespecialiseerde verpleegkundigen.

Wij hebben die tekorten. Wij weten dat we in de komende tien jaren toe gaan naar een groei van de zorgvraag. Wat we niet goed weten, is wat de crisis gaat doen. Het kan zijn dat de crisis leidt tot meer instroom in het vakgebied, omdat mensen beter gezien hebben wat het vak inhoudt, maar opleiden kost ook tijd. Dus ook al hebben we nu mensen die willen instromen, als we straks stappen willen zetten en meer zorg nodig hebben, dan betekent dat ook dat opleiden tijd kost en dat we die mensen niet zomaar hebben.

Als je nadenkt over de verpleging/verzorging, denk ik ook dat het heel erg belangrijk is om na te denken over hoe we verpleegkundigen kunnen behouden. Daar spelen een aantal dingen een heel belangrijke rol in. Dat gaat over werkplezier, meebeslissen – ik denk dat een van de lessen die we uit de crisis kunnen leren, is dat dat nog veel te weinig gebeurt – maar ook over dingen als het verminderen van de administratieve druk. Vooral als we kijken naar hoe we nu verdergaan en wat er nodig is, denk ik dat het arbeidsmarktvraagstuk leidend is in de mogelijkheden die er zijn om zorg te bieden.

Ik wil u kort even de ervaringen vanuit de verpleging en verzorging tot nu toe schetsen. Dat zijn dingen die u zeker eerder gehoord heeft. Ik denk dat het heel duidelijk is dat de omstandigheden waaronder verzorgenden en verpleegkundigen zorg moeten verlenen, heel erg veranderd zijn. Dat betekent dat mensen veel meer onder druk hebben moeten werken, dat er emotioneel belastende situaties waren en dat familie niet dichtbij kon staan. Dat maakt dat je niet de kwaliteit van zorg kan verlenen die je normaal gesproken gewend bent. Het tweede wat je ziet, is dat mensen heel veel extra werkuren zijn gaan draaien, dus dat mensen contracten hebben uitgebreid, maar dat dat soms ook onder druk gebeurd is, dat men heel veel angst heeft gehad en nog steeds heeft voor besmetting van zichzelf en familieleden, zeker als men kwetsbare gezinsleden heeft of als men zelf in een risicogroep valt, maar ook voor besmetting richting patiënten.

Als ik mijn collega's in het veld hoor, dan is de impact van het bezoekverbod op de cliënten heel erg groot geweest, zowel in de ggz als in de verpleeghuizen alsook in de verstandelijkgehandicaptenzorg. De richtlijnen waren onduidelijk, dus het heeft lang geduurd voordat duidelijk was op welke manier we die richtlijnen moesten volgen. Ze waren vaak niet praktijkgericht. En wat we vooral ook terughoren is dat de maatregelen, bijvoorbeeld het 1,5 meter afstand houden, in heel veel situaties, bijvoorbeeld bij mensen met dementie, mensen met een psychose, in de verstandelijkgehandicaptenzorg, eigenlijk heel lastig is. Qua ervaringen zien we ook dat de betrokkenheid bij operationele en strategische beslissingen toch nog heel beperkt is geweest.

Er zijn ook heel veel positieve ervaringen te benoemen, dus het is niet alleen maar kommer en kwel; ik denk dat dat ook goed is om te zeggen. Ik denk dat we ook in ons vak zien dat de saamhorigheid heel erg groot is. Dat is heel mooi, denk ik, nadat we afgelopen zomer natuurlijk ook te maken hadden met een situatie met de Wet BIG waar eigenlijk veel meer polarisatie is ontstaan. Je ziet nu dat die saamhorigheid veel meer terug is. Wat ook goed is om te benoemen, is dat de essentie van de zorg weer meer centraal staat, dus dat de administratieve last is weggefallen, en dat heel veel mensen ook aangeven dat het vertrouwen in de professionals weer is teruggekomen. Een neveneffect van die hele crisis is dat soms zorg afgeschaald moest worden. Dat heeft negatieve effecten, maar bijvoorbeeld binnen de psychiatrie of binnen de wijkverpleging zien wij ook dat dat betekent dat er soms juist meer een beroep wordt gedaan op de zelfstandigheid van mensen, en dat ook gezien wordt dat dat soms eigenlijk ook wel kan; dus voor sommige mensen pakt het ook goed uit. En we hebben gezien dat de creativiteit ontzettend groot is. Er is een snelle omschakeling geweest: dingen waar je nu al jaren over doet, zijn soms in een heel korte tijd gerealiseerd. En een laatst positief ding om te

benoemen is, denk ik, dat veel collega's ook weer de zorg in zijn gekomen. Mensen die dus eerder in een administratieve functie zaten, of het onderzoek in waren gegaan, of les waren gaan geven, zijn ook weer komen helpen in de zorg, via de eigen organisatie of via Extra handen voor de zorg. Nou ja, het is heel goed om te kijken of het ons straks lukt om die mensen ook te behouden.

Als je kijkt waar we nu zitten, in wat voor situatie we nu zitten, en als je kijkt naar de werkdruk die we hadden vóór de crisis en de componenten die bijdragen aan het ontstaan van burn-outklachten, dan zagen we eigenlijk dat we al voor de crisis te maken hadden met een hele hoge werkdruk, dat heel veel mensen aangaven dat ze snel moesten werken en heel weinig tijd konden nemen voor hun mensen, maar ook dat de autonomie in het indelen van het werk relatief beperkt was. Relatief weinig mensen zeiden dat hun werk emotioneel belastend is, maar bijvoorbeeld bij de gespecialiseerde verpleegkundigen zie je dat wel; dat zijn bijvoorbeeld de ic-verpleegkundigen, die natuurlijk heel vaak te maken hebben met moeilijke beslissingen. En we zien dat eigenlijk veel mensen last hebben van componenten van burn-out. Dat wil niet zeggen dat ze het daadwerkelijk hebben, maar dat het risico daarop vergroot wordt; en dan komt nu deze crisis eroverheen. Recent is er een peiling geweest voor de V&VN onder 10.000 leden. Wat je daarin ziet en wat verpleegkundigen en verzorgenden daarin aangeven, is dat de mensen een toegenomen psychische belasting ervaren door deze crisis. Nou, dat heeft deels te maken met wat ik net al schetste: je moet werken onder omstandigheden die niet optimaal zijn; de kwaliteit van zorg die je gewend bent om te leveren, kun je niet altijd leveren. Tja, dat leidt tot een toegenomen psychische belasting. Misschien is het ook goed om te benoemen dat dat natuurlijk in de hele maatschappij plaatsvindt. Dus voor iedereen is deze situatie lastig, maar je ziet wel dat dat op verpleegkundigen en verzorgenden een extra druk legt. Ik denk dat het heel erg belangrijk is dat we erover nadenken hoe we ervoor kunnen zorgen dat de psychische impact van deze crisis op de langere termijn beperkt blijft, en dat we mensen ook kunnen blijven behouden voor alle werkvelden. En dat gaat dan deels over psychische ondersteuning. Het is heel goed om te zien dat heel veel werkgevers die nu al bieden, dat er bijvoorbeeld mogelijkheden zijn om telefoonnummers te bellen. Maar voor de korte termijn zien wij dat het heel erg belangrijk is dat mensen weer terugkeren naar hun normale werkuren, dat ze echt vakantie kunnen opnemen, ook om die adempauze te krijgen. Verder zien we dat we, als je kijkt naar hoe je mensen straks behoudt en zorgt dat ze niet uitstromen, echt een goed landelijk dekkend monitorings- en begeleidingsprogramma nodig hebben. Wat we bijvoorbeeld al uit China zien, is dat de componenten van burn-out en depressie aan het toenemen zijn. Daar moet je dus vroeg bij zijn, en dan ook de adequate begeleiding bieden.

Ik had begrepen dat u ook nog vragen had over wat die teruggang naar de reguliere zorg betekent. Daar zal ik zo meer over vertellen richting de verpleeghuiszorg en de wijkverpleging, maar misschien moet ik kort ook nog iets benoemen over de ziekenhuiszorg. U weet allen dat een groot deel van de ziekenhuiszorg is stopgezet om coronazorg te bieden. Dat geldt eigenlijk voor alle specialismes, behalve voor verloskunde, want die kun je niet helemaal sturen. Voor de rest is een heel groot deel van de zorg stopgezet. Nu staan we voor het vraagstuk hoe we de reguliere zorg gaan oppakken en ons tegelijkertijd voorbereiden op weer een piek die er mogelijk aan zit te komen. We weten niet of dat gaat gebeuren – ik ben ook geen deskundige op het gebied van infecties – maar je hoort wel verhalen dat de verwachting is dat er in het najaar misschien weer een piek zal optreden. Dat vraagt om nadenken over hoe je in het ziekenhuis coronazorg gaat bieden. Dat zal betekenen dat je op verpleegafdelingen daadwerkelijk zorg nodig hebt, dat je ic-capaciteit nodig hebt, maar ook dat je te maken hebt met een vergroot revalidatievraagstuk. Anderzijds,

terugkijkend op de reguliere zorg, hebben we te maken met operaties die moeten worden ingehaald en met uitgestelde zorg. We weten ook niet zo goed wat voor impact het heeft.

Het enige wat we wel weten, is dat we 75.000 verpleegkundigen hebben die deze zorg moeten bieden. Het is heel erg de vraag hoe we die op een goede manier gaan inzetten en hoe je een goede verdeling kunt maken tussen ic-zorg en reguliere zorg. Ik denk dat dit heel erg vraagt om nadenken over of zorg thuis geleverd moet worden. Kan iets in de thuissituatie gebeuren, of is er daadwerkelijk een doorverwijzing naar het ziekenhuis nodig? Het gaat ook om de vraag wat de onderliggende zorgvraag is. Is het echt een medische vraag, spelen er niet ook dingen in het sociaal domein of gaat het om beide? En waar is die zorg dan passend? Ik denk ook dat we heel goed moeten kijken wat we hebben geleerd van de huidige ic-opnames. We hebben heel veel mensen op de ic gehad. Niet iedereen heeft het overleefd. Kunnen we daar conclusies uit trekken? Bij elkaar moet dat bijdragen aan oplossingen voor het vraagstuk wat we aan coronazorg en wat we aan reguliere zorg kunnen bieden.

Ik zoom iets verder in op de intensivecarezorg. U moet zich voorstellen dat op de intensive care echt heel zieke patiënten liggen. U bent er mogelijk op werkbezoek geweest. Als je op de intensive care ligt, moeten eigenlijk alle vitale functies worden overgenomen. Maar niet alleen dat. We horen nu ook van de mensen die van de intensive care afkomen dat het heel impactvol is. We verwachten zeker dat die mensen een langere termijn moeten revalideren. Ic-zorg is heel hoogspecialistische zorg. De opleiding daarvoor duurt achttien maanden, boven op de vierjarige opleiding tot verpleegkundige. Je kunt die opleiding dus niet in één keer volgen.

Normaal gesproken zorgt één verpleegkundige voor maximaal twee patiënten. Tijdens de crisis was dat vaak één verpleegkundige op drie, vier patiënten. Dan was er wel heel goede ondersteuning. Dan moet u denken aan operatieassistenten, anesthesiemedewerkers en verpleegkundigen van de afdelingen, omdat die stillagen. Zij hebben ondersteund. Daardoor was deze zorg mogelijk. Nu zitten we met het vraagstuk dat we enerzijds de reguliere zorg en anderzijds de ic-zorg hebben. We gaan misschien een tweede golf krijgen. Hoe moeten we ons daarop voorbereiden? Hoe kunnen we die tweede piek dan daadwerkelijk opvangen? Voor mij is het ontzettend essentieel dat dit gebeurt samen met verpleegkundigen, dus dat we heel goed nadenken over wat voor hen belangrijk is en of dit haalbaar is. Zonder hen is dat vraagstuk niet oplosbaar, maar we lopen ook het grote risico dat zij uitstromen uit het vak. Dat is denk ik het laatste wat we willen. Sowieso wisten we al dat de vraag naar ic-zorg in de toekomst gaat toenemen. We moeten dus een goed plan maken hoe we dit structureel kunnen doen, hoe we structureel kunnen opleiden. Dat betekent ook meer investeren in specialistisch opleiden, maar misschien ook wel betere opleidingsmogelijkheden voor verpleegkundigen die op de ambulances, spoedeisende hulpen en intensive cares werken.

Dit waren een aantal onderwerpen. Ik wil nu overstappen op de verpleeghuiszorg. Ik zal zo meteen verder ingaan op de wijkverpleging. Het is misschien even goed om het kader te schetsen. Er wonen nu 125.000 bewoners in de Nederlandse verpleeghuizen. Dat zijn degenen die de langdurige zorg krijgen. We weten ook dat er nog ongeveer 70.000 mensen voor kortdurende zorg worden opgenomen in de verpleeghuizen. Dan gaat het over eerstelijnsverblijf. Mensen kunnen bijvoorbeeld worden opgenomen met een zorgprobleem. Het kunnen ook mensen zijn die moeten revalideren na een ziekenhuisopname. Die zorg ligt nu eigenlijk deels stil, omdat ook de reguliere zorg in het ziekenhuis stilligt.

Van die 125.000 bewoners is het nu zo dat 8.600 een mogelijke covidinfectie hebben opgelopen. Bij een deel is dat bevestigd. Bij een deel is er het vermoeden dat ze dat hebben, op basis van de klachten die ze hadden. Daarvan zijn er 1.560 overleden. Deze cijfers komen uit de registratie van Verenso, waarover u eerder met Nienke Nieuwenhuizen heeft gesproken.

Het is, denk ik, goed om te zeggen dat voor de normale populatie van ouderen boven de 80 geldt dat van de mensen die daar een COVID-19-infectie krijgen, sowieso een heel groot gedeelte overlijdt. 20% van die mensen komt te overlijden. Dat is een heel groot percentage, maar dat heeft te maken met het feit dat zij heel vaak chronische ziektes hebben en kwetsbaar zijn. Daardoor kan de impact van zo'n infectie groot zijn. Dat zien we ook bij de griep, maar dit is wel veel heftiger dan een gewone griep.

Als we kijken naar de verpleeghuisbewoners met een bevestigde covidinfectie, dan zien we nu in de Nederlandse cijfers dat 30% daarvan komt te overlijden. Dat betekent dus niet dat 30% van de verpleeghuisbewoners is overleden, maar dat 30% van de mensen die een covidinfectie hebben gekregen, is overleden. Anders dan in het buitenland, hebben wij te maken met een heel klein percentage dat daadwerkelijk in het ziekenhuis is opgenomen. Dat heeft deels te maken met dat wij als een van de weinigen in de wereld het medisch specialisme «verpleeghuis-kunde» hebben. Daardoor kan er daadwerkelijk hogere en intensievere zorg in het verpleeghuis geboden worden.

Als je kijkt naar die verpleeghuiszorg, is het ook goed om te benoemen dat er eigenlijk twee curves zijn. De ene curve is de curve van het aantal nieuwe huizen waarin besmettingen optreden. Daarvan zien we al een hele lange tijd dat het nog maar heel weinig huizen zijn. Dat heeft er natuurlijk ook mee te maken dat er minder besmettingen zijn in de hele populatie. Dat maakt het besmettingsrisico ook kleiner. Maar het komt ook doordat er meer maatregelen zijn genomen, waardoor dat effect er waarschijnlijk is. Het andere wat we zien, is dat als er eenmaal een infectie is in de huizen, dan weten we dat die zich vaak makkelijk verspreidt. Daar zal ik zo iets meer over vertellen.

Een van de belangrijke vragen die ...

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Voorzitter! Sorry.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik heb nog even een toelichtende vraag over de vorige sheet. Er wordt gezegd dat 30% van de mensen met een besmette covidinfectie van boven de 80 overlijdt. Hoe moet ik dat zien ten aanzien van die 8.600 bewoners? Misschien is het een verkeerde impressie van mij, maar ik heb de impressie dat bijna iedereen in een verpleeghuis boven de 80 is, dus ...

Mevrouw **Buurman**:

Ja, ik snap uw vraag. Die 8.600 bewoners hebben mogelijk een covidinfectie. We hebben ook gekeken hoeveel daarvan er daadwerkelijk bevestigd zijn. Dat is een kleiner aandeel. En van dat bevestigde aantal is 30% overleden. Is dat voldoende antwoord op vraag?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ja.

De **voorzitter**:

Maar het roept een andere vraag op van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, want een aantal weken geleden was mevrouw Van Nieuwenhuizen hier namens Verenso. Zij heeft ons toen toegezegd dat ook de niet-bevestigde gevallen opgenomen zouden worden als «vermoedelijk overleden aan corona». Ik heb de indruk dat die 1.560 niet alleen de

bevestigde gevallen zijn, maar ook de toegezegde niet-bevestigde gevallen.

Mevrouw **Buurman**:
Ja.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Zijn het nu alleen de geteste bevestigde gevallen? Of hoe zit het?

Mevrouw **Buurman**:

Sorry, daar ben ik onduidelijk in geweest. Dat klopt. Dit zijn alle mensen die zijn overleden. Dit komt dus inderdaad uit de registratie van Verenso. Een deel daarvan heeft een bevestigde covidinfectie. Als we echt inzoomen op de mensen die getest zijn en positief bevonden zijn op covid, dan is 30% daarvan overleden. Is het zo helder? Ik begrijp van wel. Een hele belangrijke vraag die ons vervolgens bezighoudt, of in ieder geval mijzelf, is: welke rol spelen asymptomatisch besmettingen? Misschien eerst even een paar opmerkingen ter verduidelijking. Je kunt een aantal soorten besmettingen hebben. Asymptomatisch betekent dat je besmet bent, maar geen klachten hebt. Je hoest niet en hebt geen koorts, maar je draagt het virus wel bij je. Het kan bij ouderen ook atypisch zijn. Dat wil zeggen dat mensen geen typische symptomen zoals hoesten en benauwdheid hebben, maar bijvoorbeeld verward worden. Dat maakt het bij deze groep soms ook lastiger te herkennen. En dan heb je de symptomatische klachten: mensen zijn besmet en vertonen wel klachten als hoesten en koorts. Een belangrijke vraag betreft de periode waarin mensen asymptomatisch zijn, maar richting symptomatisch gaan en dus daadwerkelijk klachten ontwikkelen: zijn ze in die periode al daadwerkelijk besmettelijk? Want dat heeft consequenties voor het toepassen van persoonlijke beschermingsmaatregelen en sowieso voor het beleid in de verpleeghuizen.

U heeft, denk ik, wel gehoord dat wij bezig zijn met een onderzoek – dat doe ik samen met collega Cees Hertogh – omdat we meer willen weten over de manier waarop het virus zich verspreidt in een verpleeghuis en de prevalentie en incidentie van het aantal besmettingen met COVID-19. Zijn deze besmettingen atypisch, asymptomatisch, presymptomatisch? Wat weten we dan over de daadwerkelijke verspreiding van het virus door het huis heen? Het doel van het onderzoek is om daar beter zicht op te krijgen, want wereldwijd is daar eigenlijk niks over bekend. Daarmee kan je uiteindelijk natuurlijk verder optimaliseren wat nodig is aan persoonlijke beschermingsmaatregelen. Nu zou je kunnen vragen of dat niet eerder had moeten gebeuren, maar we weten dat er straks misschien een tweede golf komt, en dan zijn we in ieder geval wel heel goed voorbereid. En zeker nu kunnen we in die huizen nog heel goed inspelen op wat we daar moeten doen.

Dit is een plattegrond van een hypothetisch verpleeghuis, waarin ik een cirkeltje heb gezet om de afdeling waar een besmetting plaatsvindt. De vraag is: vindt de besmetting verder op die afdeling plaats? Dat is eigenlijk wel aannemelijk omdat je bewoners natuurlijk niet makkelijk met persoonlijke beschermingsmaatregelen kunt beschermen. Je kan niet alle bewoners de hele dag ook mondkapjes op zetten. Je kan ze eventueel nog in hun kamer isoleren, maar hoe menselijk is het om dat twee weken te doen? De vraag is ook: springt dat virus vervolgens ook door het hele huis heen? Eerder leek het alsof dat gebeurde.

We doen nu een onderzoek in drie verpleeghuizen in Nederland, verspreid over verschillende regio's. Daarin willen we de vragen beantwoorden die ik u net heb laten zien. Hoe doen we dat? We testen alle bewoners en al het personeel bij de start. We zijn vorige week gestart met het onderzoek en toen is er met die wattenstaafjes bij alle bewoners en alle personeelsleden gekeken of zij het virus bij zich hadden. Ook hebben we aan de

bewoners en de verzorgenden die voor de bewoners zorgen, gevraagd of zij op dit moment klachten hebben, of er bestaande besmettingen zijn op de afdeling, op welke manier de maatregelen worden toegepast en of iemand van of naar een andere afdeling is verplaatst. Bij de medewerkers hebben we ook klachten uitgevraagd. We hebben gevraagd waar ze gewerkt hebben, of ze bijvoorbeeld op meerdere afdelingen hebben gewerkt, of ze beschermingsmiddelen hebben gebruikt en of die beschermingsmiddelen überhaupt beschikbaar waren. We werken daarin samen met de GGD; die neemt die testen af. Deze week herhalen we dat. We testen dus weer al het personeel en alle zorgmedewerkers en we nemen weer die vragenlijsten af. Op deze manier kunnen we een aantal dingen zien. We kunnen zien of mensen die vorige week asymptomatisch waren, deze week daadwerkelijk klachten hebben ontwikkeld. We kijken ook of het virus zich verder in huis heeft verspreid. Dat doen we met sequencing, met het team van het Erasmus MC: hoe verplaatst die virusstam zich nou door het huis? Ook kunnen we zien wat de effecten zijn van de beschermende maatregelen, want we zien dat die nu wel veel meer worden toegepast.

Ik heb het idee dat u een vraag wilt stellen.

De voorzitter:

Nou, ik niet, maar volgens mij wil de heer Baudet een verduidelijkende vraag stellen.

De heer Baudet (FvD):

Veel dank. Ik heb alleen een hele korte, informatieve vraag. Wordt er dan ook getest op immuniteit? Zo nee, waarom niet? Want dat wil je eigenlijk ook weten, toch?

De voorzitter:

Ja, helder. Mevrouw Buurman.

Mevrouw Buurman:

Nee, er wordt nu nog niet op immuniteit getest. We willen eerst meer weten over hoe het virus zich verspreidt. Het kan natuurlijk wel een vervolg op dit onderzoek zijn om ook de immuniteit vast te stellen, want als je weet dat mensen meer immuun zijn of de immuniteit groter is, heeft dat ook consequenties voor het toepassen van beschermende maatregelen. Dat is misschien dus iets wat hierop gaat volgen. Maar nu kan het nog niet, omdat er een bepaalde periode nodig is om immuniteit op te bouwen. Maar we werken samen met het Erasmus MC, dus dat gaan we hierop volgend wel doen. Het is misschien ook goed om te zeggen dat we dit doen in huizen waar nieuwe besmettingen zijn, dus dan heb je ook nog niet een enorme immuniteit. De verwachting is dat je de immuniteit nog niet goed kan aantonen.

In de eerste week hebben we 300 bewoners en 534 medewerkers getest. De uitslagen daarvan zijn nog niet bekend. Wel hebben we gezien dat eigenlijk vrijwel alle medewerkers nu de beschikbaarheid hebben over persoonlijke beschermingsmaatregelen. Dat was eigenlijk heel positief. Als ze die niet hadden, dan was het niet nodig; dan was er geen covidinfectie en dan hoefden ze het ook niet te gebruiken. We hopen daar deze week meer inzicht in te krijgen zodat we volgende week meer kunnen zeggen over de verspreiding.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Voorzitter, mag ik een korte toelichtende vraag stellen?

De voorzitter:

Ik wil eigenlijk proberen om de presentatie richting een afronding te krijgen, want we zijn bijna een halfuur bezig en volgens mij heeft iedereen

wel verduidelijkende vragen. Er valt ook heel veel te vragen. Ik geef mevrouw Buurman dus graag de gelegenheid de presentatie af te maken.

Mevrouw Buurman:

De pilots met de bezoeksregeling gaan vandaag van start en zijn ontwikkeld in overleg met het Landelijk overlegorgaan cliëntenraden, Alzheimer Nederland, Verenso, V&VN, ActiZ, het Nederlands Instituut van Psychologen, de geestelijk verzorgers en de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg. U heeft ook gehoord, denk ik, dat dit nu in 25 regio's in Nederland gaat starten en dat er in iedere regio één huis is aangewezen. Gezegd is dat er in die huizen geen geregistreerde besmettingen mogen zijn. Het kan wel zo zijn dat die er eerder geweest zijn. De pilots worden gemonitord door zowel de GGD, waarbij het gaat over de infecties in verpleeghuizen, als de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg, waarbij het gaat over de effecten, bijvoorbeeld of het hanteerbaar is om één iemand te laten komen. Ik denk dat iedereen heel blij is dat dit nu gaat starten, omdat we heel erg hebben zitten zoeken naar de balans tussen enerzijds kwaliteit van leven en anderzijds infectiepreventie. Niet dat we die infectiepreventie nu aan de kant zetten, maar ik denk wel dat we nu een goede balans hebben gevonden.

Er zijn een aantal voorwaarden voor die pilot en de monitoring. Een daarvan is dat je niet wilt dat de druk op de acute en de reguliere gezondheidszorg verder gaat toenemen. Ik zei net al dat we niet hebben gezien dat het aantal opnames in het ziekenhuis toeneemt, maar je wilt ook niet dat er weer een enorm grote uitbraak komt. Dat betekent dat er voldoende persoonlijke beschermingsmaatregelen aanwezig moeten zijn en dat er een actief testbeleid moet zijn in de huizen waar deze bezoeksregeling geïntroduceerd wordt. Verder is het belangrijk om erover na te denken hoe je ervoor zorgt dat de kwetsbare ouderen voldoende beschermd blijven, dus dat de infectie niet verder gaat toenemen. Daarvoor is monitoring heel erg belangrijk, alsmede inzicht in de verspreiding van het virus.

Het is misschien goed om te benoemen dat er een aantal randvoorwaarden zijn voor het toelaten van het bezoek. Dat gaat met name over de frequentie en de duur van het bezoek. Dat wordt gereguleerd. Gezegd is dat er één vaste bezoeker per bewoner is en dat er persoonlijke hygiëne maatregelen moeten worden nageleefd zoals handenwassen en afstand houden. Voor mensen die niet goed instrueerbaar zijn, bijvoorbeeld mensen met dementie, is afgesproken dat mondklappers moeten worden gedragen. Ik denk dat dat een hele goede keuze is. De bezoeker moet vrij zijn van klachten. Dat betekent dat je moet kijken naar temperaturen bij de voordeur en dat je heel duidelijk met mensen moet afspreken dat ze niet binnenkomen op het moment dat ze hoesten, benauwd zijn of koorts hebben.

Samenvattend voor dit stuk – ik heb nog een stukje over de wijkverpleging, maar ja – zien we eigenlijk dat het onderzoek dat we nu doen, zorgt voor meer kennis over de transmissie en over de goede toepassing van beschermingsmaatregelen. De pilots voor de bezoeksregeling bieden een goed perspectief tussen enerzijds infectiepreventie en anderzijds kwaliteit van leven. Ik wil wel benadrukken dat monitoring heel essentieel blijft. We moeten wel zien wat de effecten hiervan zijn. Nog wel belangrijk om te benoemen voor de verpleeghuizen is dat we nu het vraagstuk zien opkomen: wat is de impact van de covidcrisis op de wachtlijsten in de langdurige zorg? Wat we nu als signaal ook horen, is dat niet iedereen meer opgenomen wil worden, dat mensen toch bang zijn. Wat is dan het risico? En als ik straks toch opgenomen word, wat betekent dat dan? Mag ik mijn naasten dan niet meer zien? Wij weten niet wat voor druk dat straks op de wijkverpleging gaat leggen.

Dan wil ik nog kort iets zeggen over de wijkverpleging. Dat zijn nog drie dia's en dan ben ik klaar. Het aantal mensen dat wijkverpleging ontvangt,

is een heel groot percentage. 550.000 mensen in Nederland krijgen jaarlijks wijkverpleging. Het zal u niet verbazen dat dat met name ouderen zijn, maar het zijn lang niet alleen maar ouderen. We hebben de afgelopen tijd met de ambassadeurs van de wijkverpleging over het hele land gekeken en hen ook gevraagd wat zij signaleren, waar zij zich zorgen over maken en wat dingen zijn die wij verder moeten oppakken. Dan benoemen zij een aantal dingen, en het is denk ik belangrijk om die te benadrukken.

Enerzijds wordt benoemd dat de kwetsbare cliënten uit beeld zijn geraakt, soms door de afschaling van de zorg. Soms is er wel telefonisch contact, maar dat is toch anders dan op huisbezoek gaan. Tegelijkertijd zien zij ook dat mantelzorgers soms minder langskomen, omdat mantelzorgers soms ook bang zijn om besmet te raken. Dat speelt dus aan twee kanten: enerzijds is er minder zorg en anderzijds komen de mantelzorgers minder langs. Wat we niet goed in beeld hebben, zijn de omvang en de impact van die afschaling. Ze weten niet goed wat dat voor de toekomst gaat betekenen. Gaan we straks weer meer crisissituaties zien of heeft het juist een positieve impact? Dat zou ook nog kunnen. Ik denk dat de waarheid ergens in het midden zal liggen.

We horen ook heel veel verhalen terug over de verhoging van de druk op de mantelzorgers. Vooral wordt genoemd dat de dagbesteding en de dagbehandeling zijn weggevallen. Dat zorgt ervoor dat er veel minder structuur is. Dat geldt voor de wijkverpleging, maar dit geluid horen we ook in de GGZ en ook in de verstandelijkgehandicaptenzorg. Zoals ik net al zei worden ook binnen de wijkverpleging nu meer cliënten gezien met een Wlz-indicatie. De vraag is of zij straks langer thuis blijven wonen. Wat gaat dat voor impact hebben op het inregelen van de langdurige zorg in de thuissituatie?

Als je nog even kijkt naar de belangrijkste aanbevelingen op het gebied van de wijkverpleging, dan is het niet alleen heel erg belangrijk om binnen de verpleeghuiszorg goed te registreren, maar het is ook heel erg belangrijk dat we dat ook binnen de wijkverpleging doen. De huisartsen hebben nu een registratie en daar zitten ook mensen in die wijkverpleging krijgen, maar dat kan je niet van elkaar onderscheiden. Wat we ook niet weten, is wat de impact is van het afschalen van die zorg. Daar zouden we echt een veel beter beeld van moeten hebben.

Wijkverpleegkundigen benadrukken ook heel erg dat er net zoals in de ziekenhuiszorg een balans gevonden moet worden tussen enerzijds die coronazorg, die zal blijven bestaan, en het weer oppakken van de reguliere zorg. Op welke manier moeten we dat nu doen? Waar moeten we prioriteit aan geven? Wij zien dat het herstarten van die dagbesteding een heel belangrijke randvoorwaarde is om mensen goed thuis te kunnen laten blijven wonen. Het is noodzakelijk om mensen in beeld te krijgen. De vraag is natuurlijk wel op welke manier je dat gaat organiseren.

Een heel positief ding dat uit de crisis is voortgekomen, is dat er ook in de regio's veel meer samenwerking in de wijkverpleging is ontstaan tussen aanbieders onderling. Je ziet dat er coronaroutes zijn opgezet en dat is een heel mooie stap richting het naast elkaar bestaan van chronische en acute zorg. De vraag is of we dat voor de toekomst niet zouden moeten behouden.

Het laatste punt. De coronabesmetting in de verpleeghuizen werpt de vraag op wat we nu moeten gaan doen. Is wat wij nu zien een blijvend beeld? Dat weten we eigenlijk niet. Als het een blijvend beeld is, wat betekent dat dan voor het inzetten van de expertise van bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde of van verpleegkundige specialisten uit het verpleeghuis in de thuissituatie?

Dan kom ik tot mijn laatste dia. Ik denk dat samenvattend gezegd kan worden – en dat zal u ook niet verbazen – dat corona voorlopig onder ons blijft. Dat heeft impact op het werk van verpleegkundigen en verzorgenden. In eigenlijk alle velden zie je dat we echt moeten nadenken over

hoe de coronazorg en de reguliere zorg naast elkaar blijven lopen. De krapte op de arbeidsmarkt maakt dat we echt goede keuzes moeten maken. Ik denk dat het belangrijk is dat we daarbij uitgaan van wat voor ouderen, voor patiënten, voor cliënten belangrijk is. Maar ik wil wel meegeven dat ik het in ieder geval heel erg belangrijk vind dat verpleegkundigen en verzorgenden vanaf de start daarbij betrokken zijn, omdat dat enerzijds leidt tot een betere betrokkenheid en een betere autonomie, maar ook tot oplossingen die aansluiten bij de vraagstukken op de werkvloer. Ik denk dat dat ontzettend relevant is.

Als laatste: we moeten, ook voor de toekomst, goed nadenken over de vraag hoe we ervoor kunnen zorgen dat we verpleegkundigen en verzorgenden goed behouden, maar ook de collega's die nu in die crisissituatie geholpen hebben. Zijn die bereid om weer een stapje naar de zorg te zetten en wat betekent dat dan voor onder andere de arbeidsomstandigheden, stimulansen, maatregelen en opleidingen? Daar wilde ik mee eindigen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan wil ik u namens alle commissieleden hier aanwezig hartelijk dankzeggen voor uw presentatie. We gaan over tot het stellen van vragen. Ik geef als eerste mevrouw Agema het woord. Zij spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik dank mevrouw Buurman voor haar presentatie. Ik dank natuurlijk ook alle verpleegkundigen en specialisten die tot nu toe al die patiënten hebben verzorgd en verpleegd in het ziekenhuis. We weten ook allemaal dat zolang we geen vaccin of behandelingen hebben, we er eigenlijk van uit moeten gaan dat we ons moeten voorbereiden op een tweede golf. Als ik de sheet zie die daarover gaat, dan zie ik dat er vooral staat dat de impact op de beroepsgroep van de vraag naar 3.000 bedden groot is. Ik wil mevrouw Buurman vragen om in ieder geval daar wat nader op in te gaan. Daarnaast zien we een paar dingen die nodig zijn. Er zijn meer bedden nodig. Er is een structurele investering in opleidingen nodig. Er zijn betere loopbaanmogelijkheden nodig. Maar ik kan me voorstellen dat we er dan niet zijn. Welke orde van grootte? Hoeveel specialistische opleidingen zijn er nodig? Wat moet er nou echt gebeuren zodat de verpleegkundigen voor ons een tweede golf kunnen opvangen?

Mevrouw Buurman:

Ik denk dat collega Gommers dat ook al eerder heeft gezegd: boven de 2.400 bedden noemen we het eigenlijk geen ic-zorg meer. Dan is het een bed met iets daarnaast. De vraag is of je dat ic-zorg kan noemen: nee. Ik denk dat je heel erg moet nadenken. De reguliere zorg moet straks weer opstarten. Daarnaast heb je de coronazorg die ernaast blijft lopen. Ik denk dat iedereen ziet dat het nodig is om ons daarop voor te bereiden. Om ons daarop voor te bereiden, zijn er een aantal stappen nodig. We hebben nu gezien dat de hele reguliere zorg is platgelegd. Dat heeft natuurlijk ook consequenties. Dat wil je voor de toekomst niet, want dat zou betekenen dat je misschien wel twee, drie jaar helemaal geen andere zorg kan leveren.

Ik denk dat het belangrijk is om je te realiseren dat we enerzijds op een gegeven moment moeten nadenken over de stappen die nodig zijn om structureel meer bedden te hebben. Maar je moet ook nadenken: als je nu tijdelijk extra bedden nodig hebt, hoe kun je dat dan met verpleegkundigen van de afdelingen en met anesthesiemedewerkers opzetten? We hebben nu wel geleerd en gezien dat de betrokkenheid er is. De ic-verpleegkundigen hebben de hele tijd deze zorg geleverd. Ze hebben ook al met deze collega's moeten werken. Ze waren er toen niet op voorbereid. Daar hadden we ons allemaal niet goed op voor kunnen

bereiden. Je ziet dat goede scholing noodzakelijk is voor de medewerkers die komen helpen. Je moet ook nadenken over hoe je de mensen vakantie gaat geven. Je kan ze niet tot in den treure laten werken. Het is een combinatie van nu met de beroepsgroep verder nadenken over hoe die invulling gegeven moet worden. Er staat nu een peiling uit bij de ic-verpleegkundigen, maar ook bij de ic-artsen. Ik denk dat vooral zij zich daarover moeten uitspreken. Maar ik denk dat zij die verantwoordelijkheid wel willen dragen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Een tweede vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

We zijn er dus nog lang niet wat dat betreft.

Mevrouw **Buurman**:

Nee.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee. Mijn tweede vraag gaat over de zorg die ik bij elke technische briefing uit, namelijk de zorg thuis. Negen op de tien 75-plussers woont gewoon thuis. Mevrouw Buurman geeft aan hoe groot die groep is: ruim een half miljoen mensen woont nog thuis met zorg. Ik heb steeds aangegeven dat men zonder beschermingsmiddelen op pad gaat en dat de huishoudelijke hulpen nog steeds, tot de dag van vandaag, te horen krijgen dat dat allemaal niet nodig is. Dat er nu toch onderzoek wordt gedaan naar asymptomatische besmettingen vind ik allemaal hartstikke goed, maar mijn grote zorg zit erin dat een asymptomatisch besmette patiënt uiteindelijk een hele rij bewoners van andere huizen in die straat kan besmetten, want de wijkverpleegkundige of wijkzikenverzorgende gaat van huis tot huis. En ik hoor eigenlijk dat het uitgangspunt, ook bij u, nog steeds is dat je geen beschermingsmiddelen hoeft te gebruiken als je geen covid hebt. Maar zou het niet veel beter zijn om te allen tijde het voorzorgsprincipe te hanteren? U doet er nu onderzoek naar en dat vind ik hartstikke goed, maar we zijn hier natuurlijk al maanden mee bezig en als we niet van het voorzorgsprincipe uitgaan, hebben we een enorme gemiste kans om het aantal besmettingen tegen te gaan. Zou het dus niet beter zijn om naast al die onderzoeken die we doen ook uit te gaan van een voorzorgsprincipe en alle huishoudelijke hulpen, wijkverpleegkundigen en wijkzikenverzorgenden standaard met beschermingsmiddelen langs de cliënten te laten gaan?

Mevrouw **Buurman**:

Ik denk dat daar een aantal dingen spelen. Enerzijds heb ik wat u zegt, ook gehoord. Er is heel veel angst onder wijkverpleegkundigen, maar dat geldt ook in de verpleeghuizen. Ik zie en leer wel dat er een heel groot verschil is tussen organisaties in de mogelijkheden die er zijn. De afgelopen tijd zijn er stappen gezet op het gebied van de persoonlijke beschermingsmaatregelen. Vorige week is nog de aanpassing gedaan dat het aan de professionele inschatting van de verpleegkundige of de zorgmedewerker is om te bepalen of het nodig is of niet. Zolang je afstand kan houden, is dat een mogelijkheid, maar er zijn natuurlijk situaties waarin dat lastiger is, bijvoorbeeld bij mensen met dementie of als je persoonlijke zorg verleent. De richtlijnen daarvoor zijn verder aangepast. Zoals ik net al benoemde, zien we in de verpleeghuizen waar wij onderzoek doen wel dat die beschermingsmaatregelen nu ook veel meer beschikbaar zijn. Maar het is dus aan de professionele inschatting van de verpleegkundigen en verzorgenden zelf.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik mag niet verder vragen, hè? Dan moet ik het hierbij laten.

De **voorzitter**:

Nee. Dank u wel. Ik geef nu het woord aan de heer Van Gerven namens de fractie van de SP.

De heer **Van Gerven** (SP):

Mevrouw Buurman, dank voor de presentatie. Er heeft zich de afgelopen weken of maanden een stille ramp voltrokken in die verpleeghuizen, met heel veel ziekte en heel veel overlijdens. Dat komt door een tekort aan beschermingsmiddelen, testcapaciteit en dergelijke. U en ook de heer Hertogh, met wie u veel samenwerkt, hebben daarover al het nodige gezegd. Hoe kunnen we dit voor de toekomst voorkomen? Dat is natuurlijk de prangende vraag. Zou het eigenlijk niet heel goed zijn, ook in de wetenschap dat het voor mensen die in de verpleeghuizen werken onverdraaglijk is dat ze zelf besmet kunnen zijn en het virus het verpleeghuis in kunnen brengen, dat zowel de hulpverleners die in de verpleeghuizen werken als alle mensen die zijn opgenomen in de verpleeghuizen, worden getest?

De **voorzitter**:

Dank u.

De heer **Van Gerven** (SP):

Mag ik nog heel even, voorzitter? De cijfers die mevrouw Buurman heeft genoemd, laten eigenlijk zien dat zeker in de orde van 10% van de mensen die in die verpleeghuizen verblijven, besmet is. Zou dan niet gewoon iedereen getest moeten worden?

De **voorzitter**:

Helder. Mevrouw Buurman.

Mevrouw **Buurman**:

Ik denk dat testen maar tot op zekere hoogte helpt, in die zin dat het zou kunnen dat u nu misschien geen klachten heeft als ik u nu zou testen, maar dat u door de incubatietijd over twee weken wel klachten heeft. Dan lijkt het alsof u vrij bent van die infectie, maar blijkt dat bij opnieuw testen toch niet zo te zijn. Als je dit zou doen, zou je dus eigenlijk continu moeten testen. Ik weet niet of dat wenselijk is. Ik denk dat het wel heel belangrijk is. Als je naar de behandelrichtlijnen kijkt, onder andere van Verenso, is de drempel om te testen nu wel veel lager geworden. Bij de minste of geringste verdenking kan er nu getest worden. Daarvan wordt nu ook veel meer gebruikgemaakt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Een tweede vraag van de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dan aanvullend. Het is toch bizar dat we moeten constateren dat mensen die het verpleeghuis eigenlijk nodig hebben en daarnaartoe zouden willen, niet meer durven omdat ze bang zijn dat ze tegen het covidvirus oplopen als ze zo'n verpleeghuis in gaan? Dat moeten we toch zien te voorkomen? Ik denk dat het middel van adequate beschermingsmiddelen voor iedereen die dat nodig heeft, essentieel is, maar dat we ook periodiek iedereen zouden moeten testen, zodat een verpleeghuis geen risico is maar een veilig oord waarin iedereen heel goed verzorgd kan worden. U doet ook dat onderzoek. Zou dat periodiek testen toch niet gedaan moeten worden, uit voorzorg en zodat we de mensen de zorg kunnen geven die nodig is?

Mevrouw **Buurman** :

Ik ben het met u eens dat het een zorgelijke ontwikkeling is. Natuurlijk wil je dat mensen die zorg nodig hebben die zorg kunnen krijgen. Ik denk dat het vraagstuk is: op welke manier kunnen we straks die zorg veilig leveren en kunnen we ook dat stuk kwaliteit van leven garanderen? De vraag is dan wat daarvoor noodzakelijk is, bijvoorbeeld de persoonlijke beschermingsmaatregelen. We werken nu met huizen waar al veel meer beschermingsmaatregelen zijn. Ik hoop dat we deze week kunnen zien welk effect dat heeft op het verspreiden van het virus. Dan kunnen we veel beter nadenken over hoe we die beschermingsmaatregelen goed toepassen, ook in de toekomst.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Krol. De heer Krol spreekt namens de Groep Krol/van Kooten-Arissen. Gaat uw gang.

De heer **Krol** (GKVK):

Dank aan professor Buurman. Een kwartier voordat wij begonnen, kreeg ik een mailtje van iemand waarvan ik normaal zou zeggen: ik gooi het meteen in de prullenbak, ik druk op de knop «delete». Maar het mailtje heeft me de hele tijd beziggehouden. Hoe onprettig het mailtje ook is, ik wil de inhoud toch met u delen: «Tijdens deze coronacrisis besteden jullie in Den Haag enorme bedragen om oudere mensen nog een paar maanden ouder te laten worden. Kunnen we dat geld, terwijl zo veel bedrijven failliet gaan, niet veel beter in jongeren stoppen? Waarom praten jullie steeds over die ouderen en waarom gaat dat geld niet naar de jongeren?» U begrijpt, ik word er heel emotioneel van als ik zo'n mailtje zie, maar u bent daar dagelijks mee bezig. Wat vindt u van zo'n opmerking?

Mevrouw **Buurman**:

Ik denk dat iedereen in de maatschappij belangrijk is. Ik denk dat we geen onderscheid moeten maken tussen jongeren en ouderen, maar dat we wel moeten kijken wat belangrijk is voor alle doelgroepen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Krol, een vervolgvraag.

De heer **Krol** (GKVK):

Maar daar ligt dan toch de volgende vraag onder. We worden met z'n allen steeds ouder en de zorgkosten zullen steeds hoger worden. Hoe kunnen we dat in de toekomst blijven opbrengen?

Mevrouw **Buurman**:

Dat is een vraagstuk dat ik hier niet zomaar kan oplossen. Ik denk wel dat het een belangrijke vraag is waar we met elkaar over moeten nadenken. Voor mij geldt dat we heel erg moeten kijken naar een goed ingerichte ouderenzorg waarbij we heel erg uitgaan van wat voor de ouderen zelf belangrijk is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ellemeet namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank voor de heldere presentatie. Ik heb een vraag over de positie van de verpleegkundigen en de verzorgenden. U geeft aan dat deze groep al voor de crisis onder grote werkdruk stond, dat een aantal om die reden vertrekt, dat er een groot risico van burn-out is en dat een heel belangrijk deel van de oplossing zit in meer zeggenschap en het serieus nemen van

die beroepsgroep. Ik denk dat we in deze crisis hebben kunnen zien dat dat lang niet altijd verbeterd is. Sterker nog, ik heb veel signalen gekregen van verpleegkundigen die bijvoorbeeld in een verpleegkundige adviesraad zaten dat ze te horen kregen van bijvoorbeeld medisch specialisten of van een raad van bestuur: «Het is nu crisis. We hebben even geen tijd voor adviezen. We moeten nu snel knopen doorhakken.» U betoogt eigenlijk: «Dat is precies wat je niet moet doen, want we kunnen niet zonder die verpleegkundigen. We hadden al een tekort en we moeten eigenlijk toe naar meer mensen.» Mijn vraag aan u is hoe we juist in deze crisis die positie zouden kunnen versterken. Iedereen roept altijd wel «dat vinden we belangrijk», maar in de praktijk zien we het nog te weinig gebeuren. Welke adviezen zou u als chief nursing officer mee willen geven, ook aan de Minister, om die positie te versterken in deze crisis?

Mevrouw **Buurman**:

U heeft gelijk dat juist deze crisis dit misschien uitvergroot. Je ziet dat de betrokkenheid bij beleid beperkt is. Wat ik vandaag niet heb laten zien, is dat we ook onder de verpleegkundige adviesraden nog een onderzoek hebben uitgevoerd waarbij het beeld zichtbaar wordt dat een groot deel van de verpleegkundigen niet betrokken is. Ik denk dat dat een scala aan maatregelen vraagt en dat je er niet met één ding bent. Er wordt weleens gedacht: als je iemand in het bestuur zet, ben je er dan? Nee, ik denk dat dat een van de maatregelen zou kunnen zijn, maar dat je moet nadenken over alle facetten: wat is er nodig om die verpleegkundigen voor het vak te behouden? Het gaat dan over dingen als autonomie en kunnen meebeslissen: zijn de arbeidsomstandigheden goed, hebben we loopbaanpaden? Dat zijn de belangrijke dingen waardoor mensen uittreden uit het vak. Ik denk dat deze crisis dat versterkt, maar tegelijkertijd ook hele mooie mogelijkheden biedt om dat nu te verzilveren en dat goed te organiseren. Maar ook hiermee zijn we er niet in een maand. Daarvoor hebben we een langeretermijnplanning nodig.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik deel die opmerking van mevrouw Buurman, maar ik denk dat het ook heel belangrijk is dat we kijken hoe we dat concreter kunnen maken en dat we dat toch wat dwingender gaan opleggen. Want iedereen wil wel, maar het gebeurt nog te weinig. Maar goed, het is ook aan ons, de politiek, om met voorstellen daarvoor te komen.

Ik wil het nog hebben over de uitbreiding van de ic-capaciteit, en in dat verband ook over het betrekken van de ic-verpleegkundigen in dat traject. Dat is volgens mij een heel concreet voorbeeld van zeggenschap van deze groep. Een arts kan niet zomaar, met alle expertise die er is, in z'n eentje daarover beslissen. De heer Kuipers kan ook niet in zijn eentje zeggen «we gaan de capaciteit ophogen», als de verpleegkundigen daarin niet geraadpleegd worden. Op welke manier denk u dat die ic-verpleegkundigen nu een rol moeten krijgen in het hele besluitvormingstraject over het ophogen of opschalen van die ic-capaciteit?

Mevrouw **Buurman**:

Ik denk dat het in ieder geval erg belangrijk is dat er nu een peiling uitstaat onder alle ic-verpleegkundigen in Nederland. Die is georganiseerd vanuit V&VN, maar is breed opengesteld, zodat ook mensen die niet lid zijn van V&VN daaraan deel kunnen nemen. Dat zal een beeld geven van wat ic-verpleegkundigen belangrijk vinden en waar we rekening mee moeten houden. Dat is, denk ik, een hele goeie eerste stap. Dat heeft de Nederlandse vereniging van ic-artsen ook gedaan. Ik denk dat de vervolgstap is om samen met die verpleegkundigen en die ic-artsen dat plan en de

randvoorwaarden waaronder dat kan, verder uit te werken. Dat zal deels te maken hebben met opleiding en deels met loopbaanpaden. Dat is de route die moet worden gevolgd.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ploumen namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter. Dank aan professor Buurman. Het is goed dat we ook haar perspectief kunnen horen. Mijn eerste vraag gaat over de zorg buiten de ziekenhuizen, dus in de verpleeghuizen en in de wijkverzorging door de wijkverpleegkundigen. Er is nogal wat onduidelijkheid over de richtlijnen. Wanneer kun je nu wel gebruikmaken van persoonlijke beschermingsmiddelen en wanneer kan dat niet? Ook is er onduidelijkheid, die verder niemand te verwijten valt, in hoeverre er presymptomatische besmetting plaatsvindt. Zou het dan niet toch, gelet op het feit dat dit virus helaas nog langer bij ons blijft, veel eenvoudiger zijn om iedereen gewoon in alle omstandigheden de beschikking te geven over persoonlijke beschermingsmiddelen, en dat ook de richtlijn te laten zijn? Zou dat niet veel meer veiligheid bieden aan de verpleegkundigen en de verzorgenden én aan hun cliënten?

Mevrouw **Buurman**:

Wat er in de afgelopen tijd veranderd is – ik denk dat dat mooi is – is dat nu inderdaad ook in de richtlijnen staat dat het aan de professionele inschatting van de verpleegkundige of de verzorgende zelf is of die persoonlijke beschermingsmiddelen gebruikt moeten worden. Ik denk dat daarmee de weg vrij is voor mensen om zelf te kunnen kiezen of het al dan niet wenselijk is. Wat ook wel goed is om te benoemen: de veiligheid gaat natuurlijk voor alles, maar met mondkapen raak je ook een deel van je expressie kwijt. Dus nadenkend over mensen die bijvoorbeeld in de ggz zitten of dementerend zijn: je verliest daarmee ook de non-verbale communicatie. Het is dus heel belangrijk om na te denken op welke manier je die balans kunt vinden. Dat dat nu bij de verpleegkundigen en de verzorgenden zelf ligt, is een goede situatie.

De voorzitter:

Tweede vraag, mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Mijn tweede vraag. In de afgelopen maanden is er met enorm veel inzet van heel veel verplegenden en verzorgenden zorg verleend. Wat zijn volgens professor Buurman nu de twee voorwaarden die zij zou willen stellen voor de komende periode om ervoor te zorgen dat verpleegkundigen en verzorgenden hun werk goed kunnen doen? Wat zijn twee harde voorwaarden waarvan zij zegt: door de crisissfeer en -situatie lukte dat de afgelopen maanden misschien niet, maar daar moeten we voor de toekomst wel garanties voor krijgen?

Mevrouw **Buurman**:

Wat heel belangrijk is, en dat is net ook al een paar keer gezegd, is de betrokkenheid vanaf het begin bij de besluitvorming. Ik denk namelijk dat je daarmee ook veel meer sturing kan geven aan de werkinhoud. Ik denk dat dat ontzettend belangrijk is en dat dat ook ervoor zorgt dat mensen met veel meer plezier hun werk doen. Het tweede wat belangrijk is, is dat we heel goed gaan nadenken over de manier waarop we verpleegkundigen kunnen behouden voor het vak en goed luisteren naar wat zij nodig hebben qua loopbaanmogelijkheden, sturing en arbeidsomstandigheden. Dat zijn voor mij twee hele belangrijke dingen.

De voorzitter:

Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Bergkamp van de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan professor Buurman voor de heldere, uitgebreide presentatie. Ik heb een vraag over de pilots in de verpleeghuizen met betrekking tot de bezoekersregeling. Het is natuurlijk hartverscheurend dat bewoners op dit moment geen bezoek mogen ontvangen. We lezen allemaal de berichten daarover. Ik vraag mij af wanneer de pilot geslaagd is. Wat is het doel van de pilot? Wanneer kan de pilot ook landelijk uitgerold worden?

Mevrouw **Buurman**:

Het doel is nu om op kleine schaal, met die 25 huizen, te kijken of het haalbaar is om het op die manier te doen als je naar het nieuwe normaal toegaat in de huizen. Dat zal echt wel betekenen dat er nog lange tijd niet met heel veel mensen op bezoek kan worden gekomen. Wat betekent het voor de bewoners en voor het personeel als die mensen weer binnenkomen? Het tweede punt is dat we ook heel goed moeten kijken naar wat het betekent voor het aantal besmettingen. Uw vraag is ook wanneer je dan verdere beslissingen kunt nemen. We weten wel dat het een tijd duurt voordat de besmettingen optreden, dus over twee weken heb je daar de eerste mogelijke gegevens over.

De voorzitter:

Dank u wel. Afrondend, mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Afrondend een tweede vraag. We hebben het heel vaak gehad over de persoonlijke beschermingsmaatregelen. U gaf aan het begin van uw presentatie aan dat de richtlijnen lange tijd onduidelijk waren en dat ze ook niet echt geënt waren op de praktijk. Mijn vraag is of de richtlijnen nu duidelijk en voldoende op de praktijk van de verpleegkundigen en de verzorgenden gericht zijn. U gaf zelf aan dat het mooi is dat het nu wat meer gericht is op de professionele inschatting, maar ik heb gezien dat dat in een voetnoot beschreven wordt. Mijn vraag is dus of de richtlijnen nu duidelijk en voldoende op de praktijk gericht zijn.

Mevrouw **Buurman**:

O, ik had mijn microfoon nog aanstaan, zie ik. Ik denk dat dat een vraag is die ik moeilijk kan beantwoorden. Dat is dan toch een vraag aan de verpleegkundigen en verzorgenden. Ik hoor ook wel in het land dat er heel wisselende geluiden daarover zijn. De richtlijnen zijn nu gemaakt, maar het gaat ook om de vraag hoe ze op de werkplek geïmplementeerd worden. Er zit ook een stuk bij de werkgever om daarin te ondersteunen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Mag ik nog iets vragen?

De voorzitter:

Eigenlijk niet, want volgens mij heeft u antwoord op uw vraag gekregen. Ik moet dus streng zijn, maar wellicht aan het einde van de ronde.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik heb alleen de vraag of de beroepsgroep daar actie op onderneemt.

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

De voorzitter:

Nou, kijk. Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank u, voorzitter. Hartelijk dank voor deze heldere presentatie. Het is fijn dat die vandaag gegeven kon worden. Ik heb een vrij technische vraag over de asymptomatische en de atypische klachten. Is het nou zo dat mensen uiteindelijk toch altijd die symptomatische klachten krijgen, of kunnen mensen ook coronabesmet zijn en in het atypische geval blijven zitten? Ik vraag dat, omdat er staat «verward». Ik kan me voorstellen dat bijvoorbeeld mensen met dementie al vaak in een wat verwardere situatie zitten. Is er dus onderzoek of wordt er onderzoek gedaan naar de vraag of iemand in een andere fase blijft zitten en misschien wel nooit die symptomatische klachten krijgt?

Mevrouw **Buurman**:

Ja, dat wordt gedaan. Dat is ook onderdeel van de landelijke registratie door Nivel, Verenso en het UNO-VUmc. Daar wordt zeker naar gekeken. Als ik het goed zeg, ziet men dat bijna iedereen toch uiteindelijk typische klachten ontwikkelt. Van de mensen met een bevestigde covidinfectie ontwikkelt bijna iedereen typische klachten. Soms zijn er ook wel dingen als verwardheid aanwezig, maar uiteindelijk hebben de meeste mensen wel die typische klachten.

De voorzitter:

Dank u wel. Tweede vraag, mevrouw Van Esch.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Mijn tweede vraag gaat over het volgende. Het OMT stelde op 6 april vast dat er eigenlijk alleen versoepeld zou kunnen worden als het zorgsysteem niet langer overvraagd en overbelast zou zijn en als het weer kans zou hebben gehad om te herstellen. Vandaag gaan we toch naar een versoepeling toe en in juni gaan we naar een verdere versoepeling toe. Ik ben benieuwd hoe u daarnaar kijkt. Heeft de zorg op dit moment de kans om te herstellen en weer terug te gaan naar de oude situatie? Hoe ziet u de aanstaande versoepelingen voor zich, cijfermatig en met het oog op de zorgmedewerkers? Hebben ze daar nu de kans toe?

Mevrouw **Buurman**:

Ik kan moeilijk iets zeggen over de impact die het gaat hebben op de besmettingen. Ik denk dat het wel de vraag is hoe we nu weer naar die normale situatie toe kunnen. Het is zeker voor zorgmedewerkers belangrijk dat er gekeken wordt of er nu vakantie kan worden opgenomen en of verlof dat was ingetrokken nu wel weer kan worden gegeven. Wat er in de toekomst, in de komende tijd, gaat gebeuren, is ook een klein beetje koffiedik kijken. Maar ik vertrouw er wel op dat het OMT en meneer Gommers daar goede beslissingen in hebben genomen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Sazias namens de fractie van 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Dank, mevrouw Buurman, voor uw presentatie en ook voor het onderzoek waar u mee bezig bent in de verpleeghuizen. We wachten met spanning op de uitkomst. Maar 50PLUS maakt zich vooral zorgen over de mensen die thuis wonen en die niet altijd in beeld zijn. In hoeverre is er zicht op de situatie van kwetsbare mensen thuis? In verpleeghuizen gaat er nu allemaal getest worden, maar voor gewone

mensen en via de GGD gaat dat nog heel erg stroef. Kunt u ons, zeker in het licht van de wachtlijsten bij de verpleeghuizen, wat meer vertellen over de situatie van de mensen thuis?

Mevrouw **Buurman**:

Ja. Wat u zegt is inderdaad waar: het zicht op de mensen thuis is misschien nog wel het minst groot. Daar waar mensen wijkverpleging krijgen, is het wel zo dat de wijkverpleegkundigen altijd de vinger aan de pols hebben kunnen houden. Hoewel mensen niet fysiek zijn langsgedaan, is er wel altijd gebeld. Hetzelfde geldt voor de huisartsen. Die hebben met de praktijkverpleegkundige – heel veel huisartsen hebben een praktijkverpleegkundige ouderenzorg – vaak telefonisch de vinger aan de pols gehouden en gekeken wat er nou aan de hand is in de thuissituatie. We weten niet heel goed wat er zichtbaar zal zijn als de zorg is afgeschaald en je weer op bezoek gaat. Ik denk wel dat het heel belangrijk is om dat te monitoren, omdat dat ons informatie geeft voor de toekomst: op welke manier kunnen we dat veilig doen, zodat mensen die thuis wonen goed in beeld blijven?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ook heel zorgelijk is de afname van de vraag voor ggz-hulp. Het gaat om een afname tot 80%. Ik heb een aantal gerenommeerde artikelen gelezen, die zeggen dat het eenzaamheidsvirus je immuniteit zou kunnen aantasten, dus dat juist een depressie en somberheid heel slecht zijn voor je immuniteit. Kunt u daar iets meer over vertellen?

Mevrouw **Buurman**:

Nee, dat kan ik helaas niet. Dat weet ik gewoonweg niet.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Maar we kunnen ons er wel iets bij voorstellen.

De **voorzitter**:

Helder.

Mevrouw **Buurman**:

Ja.

De **voorzitter**:

Dat lijkt me wellicht iets voor een ander debat. Ik geef nu graag het woord aan mevrouw Laan-Geselschap namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):

Dank, voorzitter. Dank professor, voor uw presentatie van vanochtend. Als je ouder wordt, wil je uiteindelijk naar een veilige haven. Die veilige haven is voor veel mensen thuis, maar is ook voor veel mensen het verpleegtehuis. Dat blijkt de afgelopen maanden toch niet echt de veilige haven te zijn geweest waarvan wij hoopten dat onze ouderen daar oud konden worden.

Onze vraag gaat over de aanbevelingen die u in uw presentatie deed. U gaf aan dat er eigenlijk een landelijke registratie zou moeten komen en een plan van aanpak over hoe de gewone zorg weer moet worden opgepakt. Onze vraag is specifiek: hoe gebeurt dat op dit moment? Als u daar op dit moment geen antwoord op zou kunnen geven, zouden wij dat dan binnenkort kunnen zien? Wie heeft de regie op dat plan van aanpak, zodat de veilige haven waar wij onze ouderen graag willen laten aanmeren er de komende tijd wél komt en zij daar zijn voordat de tweede hausse aan de orde is?

Mevrouw **Buurman**:

U vroeg over het plan van aanpak: hoe doen we dat in de toekomst? Ik denk dat heel veel van de maatregelen die nu zijn ingezet onderdeel daarvan zouden moeten zijn. We hebben veel meer geleerd van wat noodzakelijk is qua beschermingsmaatregelen. Dat zal ook de bezoekers-regeling weer met zich meebrengen. Dus tegelijkertijd denk ik dat het nog wel verdere discussie vraagt: is het iets wat we ook in de toekomst blijven zien? Ik wil ook benadrukken dat het een hele schrijnende situatie is geweest, maar dat we tegelijkertijd in de afgelopen tijd heel veel creativiteit hebben gezien in de huizen, waar verzorgenden en verpleegkundigen heel erg hun best hebben gedaan om het contact met de familie juist te behouden. Je ziet dus dat de persoonsgerichte zorg, waarin de afgelopen jaren zo veel is geïnvesteerd, wel is blijven staan ondanks de crisis. Daarnaast moet je dan kijken hoe je het ook qua infecties veilig kunt houden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Laan-Geselschap, uw tweede vraag.

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):

Dank, voorzitter. Respect, ook even namens mij. We hebben geprobeerd om uit te stralen dat we als VVD heel dankbaar voor en blij zijn met alle creativiteit en alle mooie dingen die we de afgelopen maanden hebben gezien. Dat neemt niet weg dat er ook heel veel schrijnende en verdrietige verhalen zijn geweest. Wij willen juist voorkomen dat we in de toekomst, mocht die tweede hausse eraan komen, er niet klaar voor zijn. Dus nogmaals de vraag: wie heeft de regie over het plan van aanpak? En hoe zitten huisartsen hierin? Worden er nog steeds gesprekken gevoerd met mensen over dat zij, als zij ziek worden, niet naar het verpleeghuis of, in dit geval en nog erger, naar de ic kunnen als zij daaraan toe zijn? Hoe is de ontwikkeling van die gesprekken? Worden die nog steeds gevoerd? En wordt daar ook op gemonitord? Uiteraard vraag ik dit met respect voor alle liefde van al die verpleegkundigen.

Mevrouw **Buurman**:

Ik heb er nu niet heel goed zicht op of die gesprekken nog steeds worden gevoerd. Ik moet wel zeggen dat dit soort gesprekken altijd gevoerd worden met ouderen, zeker ook als mensen in een verpleeghuis komen. Dat is niet een gesprek over «wat doen we allemaal niet meer», maar over «wat is voor u belangrijk en welke zorg past daarbij». U vroeg bij wie de regie ligt. Voor de crisis heeft de commissie-Bos er ook aanbevelingen over gedaan, ook over hoe het wonen voor ouderen er in de toekomst uit moet zien. Ik denk dat we verder zouden moeten gaan met die aanbevelingen en dat we onze kennis van deze covidpandemie daarin moeten meenemen. Het rapport van de commissie-Bos vormt daarvoor al een heel mooi uitgangspunt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Van der Staaij namens de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan professor Buurman, ook voor de heldere presentatie. Ik wil er ook nog graag bij zeggen dat het feit dat u hier vandaag bent, ook de uitdrukking is van wat heel breed in de Kamer leeft, namelijk: heel goed het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden in beeld hebben, omdat zij zo'n vitale rol in het geheel vervullen. Mijn vraag aan u, als chief nursing officer, heeft daarop betrekking. Hoe komt dat nu eigenlijk uit de verf in zo'n periode van gevraagd en ongevraagd adviseren over die rol? Kunt u daar iets over zeggen?

Mevrouw **Buurman**:

Allereerst waardeer ik het heel erg dat juist ook vanuit de Kamer die vraag is gekomen en er belang wordt gehecht aan de rol die verpleegkundigen en verzorgenden gespeeld hebben, en nog steeds spelen. Het is misschien goed om te benoemen dat ik per 1 januari ben aangetreden als chief nursing officer, naast mijn werk als hoogleraar. Ik doe dat voor een dag in de week; het is dus beperkt van omvang. Ik kwam in de crisis terecht toen ik mijn netwerk nog moest leren kennen. Maar heel positief vind ik dat ik nu een aantal hele concrete adviesopdrachten heb, onder andere over positionering van verpleegkundigen en behoud van verpleegkundigen. Ik denk dat er goede stappen kunnen worden gezet wat betreft een aantal dingen die vandaag benoemd zijn als zijnde belangrijk voor onze beroepsgroep.

De **voorzitter**:

Tweede vraag, meneer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik heb een vervolgvraag over de meerwaarde van de inbreng van verpleegkundigen en verzorgenden, ook in het kader van het crisisteam en dergelijke. Kunt u nog nader benoemen wat je eigenlijk mist als je die onvoldoende tot zijn recht laat komen?

Mevrouw **Buurman**:

Wat je dan mist, is eigenlijk het hele praktische stuk. Er wordt heel veel beleid bedacht en als je dat in de praktijk moet gaan uitvoeren, is dat soms heel erg lastig. Ik denk dat het ook gaat over betrokkenheid. Als je dat doet, vergroot dat de betrokkenheid die mensen hebben bij hun werk heel erg, denk ik. Ik denk dus dat het er uiteindelijk toe leidt dat mensen veel meer werkplezier hebben, maar het gaat, bijvoorbeeld bij de intensive care, ook over het domein en het vak van de verpleegkundige en van de ic-arts. Voor mij is dit eigenlijk geen vraag: als je stappen wilt zetten en er moeten ontwikkelingen komen, is het zo essentieel dat zij erover meedenken hoe dat vak er dan in de toekomst uit zou moeten zien, op welke manier dat voor hen haalbaar is, wat de werkgever daarin moet regelen, maar ook wat zijzelf daarin voor verantwoordelijkheid hebben. Het is ook niet zo dat het alleen maar bij de werkgever ligt; het is, denk ik, ook aan ons als verpleegkundigen en verzorgenden om daar onze verantwoordelijkheid in te nemen.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van den Berg namens de fractie van het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Mijn dank aan professor Buurman voor de heldere presentatie. Mijn eerste vraag gaat over de bezoekers van verpleeghuizen en over persoonlijke beschermingsmiddelen. U gaf in uw presentatie aan dat er dus toch veel gevallen zijn van atypische besmetting, meer dan van asymptotische besmetting. We hebben in vorige keren ook gehoord, in andere gesprekken, dat mensen soms gewoon geen kracht meer hebben om te hoesten of niet meer kunnen zeggen dat ze pijn hebben of dat het immuunsysteem zo slecht werkt dat ze geen koorts meer ontwikkelen. U zei dat heel veel patiënten instructies niet meer snappen. Vindt u het dan niet verstandig dat de bezoekers van deze groep toch ook medische persoonlijke beschermingsmiddelen hebben? De mondkapjes die wij zelf voor kunnen doen, zijn er immers alleen maar om te voorkomen dat ons speeksel op een ander komt; zij beschermen ons omgekeerd niet.

Mevrouw **Buurman**:

Het is misschien goed om te benoemen dat we nu nog niet precies weten welke rol die asymptomatische en atypische besmettingen spelen bij de verspreiding van het virus. Wel is ook in de bezoekersregeling gezegd dat juist bij mensen die niet goed instrueerbaar zijn ook een chirurgisch neus-mondmasker gebruikt moet worden. Dat beantwoordt, denk ik, uw vraag of we dat niet moeten doen. Ja, dat is nu eigenlijk de voorwaarde, omdat je niet kan voorkomen dat mensen toch onvoldoende afstand houden als zij acht weken hun familie niet in levenden lijve hebben gezien. Je kunt dan zeggen «houd 1,5 meter afstand», maar we voorzien wel dat dat moeilijk kan zijn, zeker voor mensen die niet goed instrueerbaar zijn, zoals mensen met gevorderde dementie.

De **voorzitter**:

Uw tweede vraag, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Mijn tweede vraag gaat over de arbeidsmarkt. Wij hebben hier op 13 februari nog een algemeen overleg over de arbeidsmarkt in de zorg gehad. Daar kwam onder andere naar voren dat 47% van de nieuwe intreders binnen twee jaar ook weer was vertrokken. U gaf in uw presentatie ook aan dat die zeggenschap en autonomie heel belangrijk zijn. Zoals u aangaf, zijn er mooie nieuwe vormen van samenwerking. Je ziet ook voorbeelden van e-health. Maar ik hoor ook dat er toch een neiging bestaat, nu de reguliere zorg weer wordt opgestart, om weer terug te gaan naar zoals het was. Ik weet niet of u daar ook indicaties van hebt. Dat moeten we in ieder geval zien te voorkomen.

Mevrouw **Buurman**:

Je ziet inderdaad dat die uitstroom groot is in het eerste jaar dat mensen de arbeidsmarkt betreden. Er zijn ook wel meer cijfers over waar dat mee te maken heeft. Belangrijke dingen zijn de loopbaanmogelijkheden en de sturing die je in je werk hebt. Ik vind het zelf heel positief dat veel collega's weer teruggekomen zijn naar de zorg. Het zou natuurlijk heel mooi zijn om te kijken of je die groep nou daadwerkelijk zou kunnen behouden. Willen ze dit misschien toch nog een aantal uur doen? Dat zijn dus mogelijkheden.

Die loopbaanmogelijkheden zijn een punt waar we verder naar moeten kijken. Hoe moeten die eruitzien om ervoor te zorgen dat we mensen voor dat vak behouden?

U had ook nog één andere vraag. Ik weet niet of ik die hier helemaal mee beantwoord heb.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

U gaf er een mooi voorbeeld van dat er nu meer samenwerking is. Maar aan de andere kant hoor ik dat men bij de opstart van de reguliere zorg weer teruggaat naar de oude situatie. Wat men nu mooi heeft opgebouwd, zou men dan weer kwijtraken.

Mevrouw **Buurman**:

Dat ben ik met u eens. Die geluiden hoor ik ook. Door wijkverpleegkundigen werd de samenwerking in de wijkverpleging in de coronateams, waarin met allerlei aanbieders acute zorg geleverd is, juist als heel positief gezien. Ik denk dat het dan gaat over de vraag hoe we de toekomst van de wijkverpleging zien en hoe collega's van ons die zien. Juist door hen aan tafel te zetten, denk ik dat je dat soort dingen heel goed kunt behouden, juist omdat dit voor hen hele positieve ervaringen zijn geweest.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Baudet namens de fractie van Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

De heer Baudet (FvD):

Dank u wel. Dank u wel voor uw presentatie, mevrouw Buurman. Het is heel goed om te zien dat er nu meer getest wordt, in ieder geval bij de drie verzorgingshuizen waarover we het hebben gehad. Ik begrijp alleen niet waarom dat niet in heel Nederland gebeurt, bij alle verzorgingshuizen. Dit is toch wat je moet doen? Je moet die mensen voortdurend testen. Waarom gebeurt dat niet? Waarom maar bij drie?

Mevrouw Buurman:

Het is goed om te benoemen dat dit een onderzoek is waarmee we in drie huizen heel goed willen zien hoeveel besmettingen er zijn en hoe het zich door het huis verspreidt. In de afgelopen maand – ik denk al vanaf medio april – is dat testbeleid verder verruimd. Dat zie je ook in de behandelrichtlijn van Verenso, van de specialisten ouderengeneeskunde. Bij de minste of geringste verdenking op een covidinfectie kan er een test aangevraagd worden. Dat geldt zowel voor de medewerker alsook voor de bewoner. Daar wordt ook veel meer gebruik van gemaakt. Dus ik denk dat het testen nu sowieso al veel meer plaatsvindt. Ik heb net al de vraag beantwoord of je niet iedereen moet testen. Dat geeft ook een bepaalde schijnveiligheid, want iemand kan het virus na een paar dagen oplopen. Dan heb je te maken met de incubatietijd. Je kunt dan vandaag negatief getest zijn, maar over twee dagen kan het zo zijn dat je wel positief test. Ik denk niet dat dit altijd de oplossing is. Ik denk dat het er ook heel erg over gaat dat je de mogelijkheid hebt om bij de minste of geringste verdenking zo snel als het kan te testen. Die mogelijkheid is er nu.

De voorzitter:

Uw tweede vraag, meneer Baudet.

De heer Baudet (FvD):

Dus u wilt niet te veel testen, omdat dat mensen een gevoel van schijnveiligheid zou geven? Zegt u dat nou werkelijk?

Mevrouw Buurman:

Dat zeg ik niet. Ik zeg dat het met name belangrijk is om te testen op het moment dat er de minste of geringste verdenking is. Dat zeg ik.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Kuzu namens de fractie van DENK. Gaat uw gang.

De heer Kuzu (DENK):

Dank u wel, voorzitter. Dank u wel, mevrouw Buurman. Ik ben ervan overtuigd dat het werk dat u doet heel erg belangrijk is, voornamelijk omdat we een tweede golf verwachten en zo veel mogelijk onderzoek doen. Met dat onderzoek en de resultaten daarvan kunnen we gaan kijken hoe we die tweede golf zo veel mogelijk kunnen indammen en hoe we daar goed op voorbereid kunnen zijn. Ik heb twee vragen. De eerste gaat over de pilots met de bezoeksregeling. Ik vind het goed dat er randvoorwaarden zijn opgesteld, maar ik vroeg me af of bezoekers ook uitgebreid worden getest.

Mevrouw Buurman:

In de huizen is het volgende gezegd over de voorwaarden om mee te doen met het openstellen van de bezoeksregeling. Er moeten voldoende persoonlijke beschermingsmaatregelen zijn, zodat die gebruikt kunnen

worden op het moment dat mensen binnenkomen en bij iemand langsgaan die niet goed instrueerbaar is. Het tweede is dat het laagdrempelige testbeleid ook voor bezoekers beschikbaar moet zijn. Als mensen klachten hebben, moeten ze ook getest kunnen worden. Dat betekent dus wel dat je de testuitslag af moet wachten voordat je op bezoek gaat.

De voorzitter:

Uw tweede vraag, meneer Kuzu.

De heer Kuzu (DENK):

Dat is goed, voorzitter. Is het dan niet verstandiger om die uitgebreide test te doen, omdat we ook weten dat verpleeghuizen een extra hoge risicofactor hebben?

Ik had ook nog een tweede vraag. Die tweede vraag gaat over het onderzoek dat u doet naar die drie verpleeghuizen en de verplaatsing van het virus. Uit Chinees onderzoek komt onder andere naar voren dat ventilatie daarbij een grote rol speelt. Neemt u dat ook mee in het onderzoek dat u uitvoert?

Mevrouw Buurman:

Dat zouden we nog kunnen nagaan, maar dat hebben we nu niet specifiek meegenomen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de fractie van de ChristenUnie. Gaat uw gang.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Mijn indruk uit persoonlijke verhalen die ik ontvang, is dat er veel druk is op de thuissituatie. Allereerst trouwens mijn dank aan mevrouw Buurman dat ze hier vanmorgen aanwezig wilde zijn. Uit de persoonlijke verhalen die ik hoor, blijkt dat er veel druk is op de thuissituatie. Mensen zouden moeten worden opgenomen, maar dat gebeurt niet, omdat mensen bang zijn dat ze hun geliefden dan niet meer zien. Sommige verpleeghuizen hebben ook een opnamestop. Tegelijkertijd is ook de thuiszorg afgeschaald. Ik ben heel blij om te horen dat er gewerkt wordt aan een plan van aanpak om de reguliere zorg weer op te starten, maar dat zal er niet tussen nu en een maand al zijn. Ik weet niet precies aan welke termijn ik moet denken. Mijn vraag is: wat kunnen we in de tussentijd doen voor mensen thuis, voor mantelzorgers, om ervoor te zorgen dat ze het volhouden? De druk is daar heel erg groot. Ik hoorde ook dat de dagbesteding nog niet open is. Is dat misschien een route? Hoe gaan mensen het volhouden?

Mevrouw Buurman:

Dat is een belangrijke vraag, denk ik. Enerzijds denk ik dat het heel erg zou helpen om te exploreren in hoeverre de mogelijkheden tot dagbesteding en dagbesteding weer open kunnen, alleen al omdat dat een bepaalde structuur biedt en daar goede begeleiding is. Zeker voor mensen die langer thuis wonen met een Wlz-indicatie kan dat een hele goede oplossing zijn. Ik denk dus dat dat in ieder geval heel erg belangrijk is. Wat ik ook heel belangrijk vind, is dat goed in de gaten gehouden wordt hoe het met mensen gaat. Je hoort nu wel weer terug van verpleegkundigen en wijkverpleegkundigen dat er weer veel meer op bezoek gegaan wordt in de thuissituatie. Er wordt langzamerhand dus wel gekeken: bij wie maken we ons nou zorgen en waar moeten we weer langsgaan? Ik denk dat het ook helpt om nu gewoon in de thuissituatie te gaan kijken of die zorgen terecht zijn en wat er vanuit daar moet gebeuren.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede vraag, mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dat is een vraag die hier nog iets dieper op ingaat. U noemde in de presentatie ergens dat het ook wenselijk kan zijn dat expertise vanuit het verpleeghuis wordt ingezet in de thuissituatie. Ik denk dat dat waardevol kan zijn, maar ik vroeg me af: gebeurt dat? En heel praktisch: past dat binnen de menskracht die er is, en past dat ook binnen de regels en de financiering? We hebben het soms ook wel heel erg lastig gemaakt in dit land om mensgerichte zorg te geven. We hebben aparte financiering voor verpleeghuizen, voor thuis et cetera. Dus kan het, gebeurt het en is aanpassing van regels daar wellicht voor nodig?

Mevrouw **Buurman**:

Er zijn landelijk al best wel mooie voorbeelden. Sinds 1 januari zit de specialist ouderengeneeskunde als betaaltitel voor de inzet van een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Dat maakt het mogelijk om die expertise in te zetten. Of het al veel gebeurt, weet ik niet. Het is een ontwikkeling die je nu ziet en waarvan we niet goed weten of die gaat aanhouden of dat mensen straks met goede maatregelen toch wel weer opgenomen willen worden. Zeker als het blijft bestaan, vraagt dat goed nadenken over hoe je de langdurige zorg met de wijkverpleging, de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde organiseert. Ook daar staan in het rapport van de commissie-Bos aanbevelingen over. Ik denk dat dat een heel mooi uitgangspunt is om verder te gebruiken.

De voorzitter:

Dank u wel. Dit rondetafelgesprek staat gepland tot 12.00 uur, dus we hebben nog iets meer dan een halfuur. Ik zou daarom de leden die nog een korte aanvullende vraag willen stellen daartoe de gelegenheid willen geven. Dat betekent dat ik geen vervolgvragen kan toestaan. Graag korte en bondige vragen. Mevrouw Agema, gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Sinds het aannemen van de SP-motie van vorige week geldt het principe van het professionele inzicht voor de verstrekking van persoonlijke beschermingsmiddelen in de wijkverpleging en de huishoudelijke hulp. Maar ik heb daar toch wel een probleem mee. Het blijft namelijk een beperkende voorwaarde. Beschermingsmiddelen zijn ook heel erg duur. Mijn zorg is dus dat van hogerhand bepaald wordt met een professioneel inzicht dat beschermingsmiddelen niet nodig zijn voor de huishoudelijke hulpen, terwijl we tegelijkertijd weten dat er sterke aanwijzingen zijn voor asymptomatische besmetting. Zou het nou niet gewoon beter zijn om het voorzorgsprincipe te handhaven? Kun je niet beter uit voorzorg huishoudelijke hulpen, wijkverpleging en wijkziekenverzorging uitrusten met beschermingsmiddelen, zolang je niet weet hoe het precies zit met het coronavirus en wel weet dat asymptomatische besmetting simpelweg voorkomt, in plaats van dat over te laten aan het professionele inzicht? Dat klinkt natuurlijk wel heel goed, maar er zijn ook mensen die van hogerhand gaan bepalen dat het niet nodig is, of alleen als iemand daadwerkelijk besmet is. Sommigen zullen ook zeggen dat een huishoudelijke hulp best 1,5 meter afstand kan houden. Zouden we niet veel beter kunnen uitgaan van het voorzorgsprincipe?

Mevrouw **Buurman**:

Ik ben er zelf toch wel heel erg voor om het bij de professional te laten. Zoals ik net al zei, heeft de professional nu de mogelijkheid om zelf die beslissing te nemen. Er zijn ook redenen waarom je het soms niet zou willen doen, bijvoorbeeld vanwege de non-verbale communicatie. Er

kunnen dus redenen zijn om het niet te willen. Ik voel wel mee in hoe het beleid nu is ingezet. Ik denk juist dat het mooi is dat we die motie nu hebben en dat die voor verandering van het beleid heeft gezorgd.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar dat gevoel leidt het er dan wel toe dat het coronavirus zich gewoon kan verspreiden. We kunnen toch niet toestaan dat zo'n virus zich op gevoel gaat verspreiden, terwijl in de wetenschap het voorzorgsprincipe altijd leidend zou moeten zijn?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik weet niet of daar nog een toelichting op te geven is, maar ik had gezegd dat ik eigenlijk geen vervolgvragen zou toestaan gezien de tijd. Ik zou de heer Van Gerven willen vragen om zijn vraag te stellen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik vond het ook een heel goede motie die vorige week is aangenomen door de Kamer, maar ik constateer dat daar dus wisselende ervaringen mee zijn. Ik hoop dat die motie ook echt wordt nageleefd. Mijn vraag betreft het testen. Is het toch niet zo dat het een extra gevoel van veiligheid creëert als iedereen in die verpleeghuizen getest zou worden, ook het personeel? Dan moet je wellicht periodiek testen. Is het niet beter om mensen het idee te geven dat ze maximaal gesteund worden in het werk dat ze doen en dat verpleeghuizen geen risicogebied vormen maar een veilig oord voor de mensen zijn?

Mevrouw **Buurman**:

Ik blijf toch bij het antwoord dat ik eerder heb gegeven over testen. Dan nog kan het zo zijn dat je positief test en dat, als je het met frequenties van twee weken doet, er toch een periode is dat je besmettelijk bent. Ik denk dat het heel belangrijk is om steeds te blijven kijken naar het laagdrempelig testen als mensen klachten hebben. Ik denk dat ons onderzoek ook inzicht moet geven in hoeverre die asymptomatische besmettingen een rol spelen in de verspreiding, want ik denk dat dat het achterliggende vraagstuk is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Krol.

De heer **Krol** (GKVK):

Nee.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet, gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik wilde even terug naar dit schema, dat ik heel helder vind. Aan de ene kant is de grote opgave dat we ons willen voorbereiden op een mogelijke nieuwe tweede golf en dat vraagt inzet van de verpleegkundigen. Aan de andere kant moeten we die reguliere zorg opschalen. Professor Buurman geeft terecht aan dat dit heel veel vraagt van verpleegkundigen, dus dat we nog beter moeten kijken wie we doorverwijzen naar het ziekenhuis. Dit is een heel proces. In aansluiting op de vraag van mevrouw Laan is mijn vraag: wie pakt dit hele traject op? We weten dat mevrouw Kaljouw van de Zorgautoriteit gaat kijken naar het opschalen van de reguliere zorg, maar dat is eigenlijk een onderdeelje van een groter vraagstuk. Weet mevrouw Buurman dat? Is zij het met mij eens dat dit misschien nog niet opgepakt wordt, maar dat het wel moet gebeuren, en dat er op deze manier integraal gekeken moet worden naar hoe we dit allemaal waar kunnen maken?

Mevrouw **Buurman**:

Ik denk dat dat zeker belangrijk is. De NZa doet dat niet alleen, maar samen met de beroepsverenigingen, de V&VN en de Federatie Medisch Specialisten. Ik denk dat het heel belangrijk is dat je een integraal plaatje wil schetsen, dus dat het niet alleen maar over de ziekenhuiszorg moet gaan, maar dat je bij die doorverwijzingen moet kijken naar de context; op welke manier je moet samenwerken met de huisarts en wat er kan in de thuissituatie. Dat was ook al een vraagstuk waarover we aan het denken waren bij «De juiste zorg op de juiste plek». Nu wordt dat nog veel urgenter, denk ik. Mevrouw Van den Berg zei terecht dat er nu ook mogelijkheden zijn, omdat men heeft gezien hoe het anders kan. Dat wordt nu opgepakt, maar ik denk dat deze onderdelen daar echt in thuishoren.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik wilde kort nog een vraag stellen over de verpleeghuiszorg. Het is voor heel veel mensen ontzettend moeilijk dat zij geen bezoek kunnen ontvangen of dat zij niet op bezoek kunnen gaan. Nu wordt dat onderzoek gedaan bij die 25 verpleeghuizen. Ik hoop dat daaruit komt dat maatwerk mogelijk moet zijn. Wat zou professor Buurman vinden van het idee om een mobiel team samen te stellen dat samen met verpleeghuizen kan kijken hoe er invulling kan worden gegeven aan een bezoekregeling? Zo'n mobiel team zou dan ook de staf van het verpleeghuis een beetje moeten ontlasten, want we willen natuurlijk niet dat de verpleegkundigen en de verzorgenden daar meer werk krijgen, maar we willen wel heel graag de mogelijkheid bieden voor een aangepaste bezoekregeling, kan ik mij voorstellen. Ziet zij iets in zo'n mobiel team? Zijn er andere expertises die daarbij betrokken kunnen worden? Graag een reactie.

Mevrouw **Buurman**:

Ik weet niet of zo'n team per se noodzakelijk is. Wat ik terughoor uit het land is dat alle huizen hier al een hele tijd mee bezig zijn, want toen het bezoekverbod inging, is men ook gaan nadenken op welke manier je daadwerkelijk contact moet houden. Je ziet dat er ook heel veel creatieve oplossingen zijn ontstaan. Ik denk dat het voor ieder huis een uitdaging is hoe je de balans vindt tussen enerzijds infectiepreventie en anderzijds de kwaliteit van leven. Er is nu ook een handreiking voor de bezoekregeling. Mijn inschatting is dat ActiZ, V&VN en Verenso dit nu ook goed met elkaar oppakken en dat lokaal heel erg wordt nagedacht over hoe we dit moeten vormgeven en dan kom je ook op maatwerk uit.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Een vervolgvraag naar aanleiding van mijn andere vraag over de persoonlijke beschermingsmiddelen. U geeft aan dat er toch in de praktijk soms nog wat onduidelijkheid is. Je wil natuurlijk voorkomen dat een individuele verzorgende of verpleegkundige moet onderhandelen met zijn of haar leidinggevende om die persoonlijke beschermingsmiddelen te krijgen. Zou het niet een idee zijn om die richtlijn te vertalen in een handreiking en dat die beroepsgroep V&VN met anderen daarbij in the lead is, zodat het ook echt iets is waar mensen in de praktijk wat aan hebben en zij niet in een onderhandelingspositie terechtkomen? Daar maak ik mij wel zorgen over.

Mevrouw **Buurman**:

Dat is de afgelopen tijd ook gebeurd. De V&VN heeft daarin het voortouw genomen. Je ziet dat er heel veel instructiemateriaal is, maar ook de handreiking – hoe gebruik je het? – is er.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van Esch.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik heb een vraag die denk ik een beetje aansluit bij een vraag van mevrouw Ploumen. Volgens mij hebben vrij veel verpleeghuizen nu zelf al experimenten uitgevoerd: hoe kunnen we nu alsnog buiten het huis contact en bezoek mogelijk maken? Ze hebben iets geregeld in hun binnentuin of hebben tenten neergezet. Daarbij heeft men toch wel maatregelen genomen opdat mensen in ieder geval op een soort van bezoek kunnen komen, maar dan niet in het huis zelf. Ik ben benieuwd of daar ook richtlijnen voor zijn. Wordt onderzocht hoe dat loopt? Wordt de aankomende tijd ook meegenomen hoe dat soort zaken lopen? En is dat bijvoorbeeld in alle verpleeghuizen het geval? Heeft u daar zicht op?

Mevrouw **Buurman**:

Vorige week hebben we samen met KBO-PCOB een grotere peiling uitgevoerd onder mantelzorgers van mensen die in verpleeghuizen wonen. Dat waren 2.200 mensen. Wat daaruit kwam en wat ik heel positief vond, is dat toch heel veel mantelzorgers benoemen dat zij eigenlijk op allerlei manieren contact hebben. Zij zouden hun naasten ook wel heel graag weer willen zien, maar de huizen hebben er echt alles aan gedaan. Het is inderdaad zoals u zegt: in de tuin, babbelboxen. Je kunt het zo gek niet bedenken of het is ontwikkeld. Ja, dat is gerealiseerd.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Sazias.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik wil toch nog even terugkomen op de situatie van mensen thuis, niet alleen in relatie tot corona, maar ook gelet op de afschaling van de zorg en de dagbesteding, de eenzaamheid, een dementie die verder vordert. U zegt dat die mensen goed in de gaten gehouden moeten worden, maar wie moet dat gaan doen? Ik kan me voorstellen dat de wijkverpleegkundigen ook hun handen vol hebben. Wie moeten juist de kwetsbare ouderen die thuis wonen en nog niet in beeld zijn, in de gaten houden?

Mevrouw **Buurman**:

Voor degenen die nog niet in beeld zijn bij de wijkverpleegkundige ligt dat bij de huisarts. We weten in ieder geval wel dat de meeste huisartsen op de praktijk een verpleegkundige ouderenzorg hebben die ook mensen in de gaten houdt. Ik denk dat er ook vanuit de ggz heel veel ambulante begeleiding is van mensen thuis. Daarbij zie je eigenlijk hetzelfde principe als binnen de wijkverpleging: er is nog steeds wel telefonisch contact en dan is het inderdaad aan de wijkverpleegkundige of de psychiatrisch verpleegkundige om in te schatten of zij wel of niet moeten langsgaan. En als dat nodig is, dan gebeurt dat ook zeker en dan wordt er langsgegaan. Het is niet zo dat mensen dan in de steek gelaten worden.

De **voorzitter**:

Uw microfoon staat uit, mevrouw Sazias, maar ik hoor u vragen naar de bemoeizorg. Misschien kan mevrouw Buurman daar nog heel kort op ingaan. Dan ga ik daarna naar mevrouw Laan-Geselschap.

Mevrouw **Buurman**:

Het is niet zo dat mensen zelf aan de bel moeten trekken. Het is wel zo dat de verpleegkundigen periodiek contact houden met mensen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Laan-Geselschap. Gaat uw gang.

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):

Aansluitend op de vragen van 50PLUS over de thuissituatie van mensen en de vereenzaming en vooral ook over de kwetsbaarheid van de mantelzorgers. Ik heb een concrete vraag daarover. Bij de dagbesteding voor kinderen en jongeren ligt nu een protocol klaar waarin staat hoe de dagbesteding weer open kan. Is er ook zo'n protocol in de maak voor de ouderenzorg? Heeft u daarbij enigszins zicht op een tijdsframe? Wanneer gaat die weer concreet open en wanneer kan men daar aan de slag?

Mevrouw **Buurman**:

Nee, dat heb ik niet, nee. Ik weet niet of dat ontwikkeld wordt. Het zou kunnen dat ActiZ daarmee bezig is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik heb nog een vraag. U heeft net in een sheet naar voren gebracht dat de meeste werkgevers, 70%, nu ook aan zorgwerkers psychische ondersteuning bieden. Dat betekent dat 30% dat kennelijk nog niet doet. In welke sectoren is dat dan nu nog onvoldoende? Wat zou er gedaan kunnen worden om dat nog verder te vergroten?

Mevrouw **Buurman**:

Het grootste percentage waar dat wel geregeld is, is in de ziekenhuizen. Dus dat is dan in andere sectoren, en dan denk ik met name aan de wijkverpleging en de ouderenzorg, dus de verpleeghuizen. Wat wel zo is, is dat er nu landelijk, ook bijvoorbeeld vanuit VWS, mogelijkheden zijn om telefoonnummers of hulplijnen te bellen, dus dat er heel veel informatie beschikbaar is. Ik denk wel dat het voor de toekomst ontzettend belangrijk is dat werkgevers echt blijven monitoren wat er gebeurt, en dan ook adequate hulp aanbieden. En daarom denk ik dat het essentieel is dat we er ook over nadenken hoe je dat landelijk zou kunnen opzetten, zodat het niet aan de individuele werkgever is. Dus hoe kun je dat met alle werkgevers, dus ActiZ, NVZ, NFU, opzetten en de garantie geven dat het er is?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Voorzitter. Ik wil graag nog iets vragen, niet over de moleculaire testen, maar over serologische testen. Juist omdat we veel atypische en asymptomatische besmettingen zien, zou het dan niet zinvol zijn om te zeggen: alle mensen in de verpleeghuizen krijgen eenmalig zo'n serologische test, om inzicht te krijgen in hoe het virus zich daar heeft verspreid?

Mevrouw **Buurman**:

Ik weet niet heel veel van serologische testen af. Wat ik wel weet, is dat professor Koopmans van het Erasmus MC er voorstander van is om in ieder geval te kijken of we nu al kunnen zien of er immuniteit is. Maar voor een verdere beantwoording daarvan, zou zij eigenlijk dat antwoord moeten geven.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Kuzu, ga uw gang.

De heer **Kuzu** (DENK):

Eigenlijk een hele korte vraag: wanneer verwacht u het onderzoek naar de verspreiding in verpleeghuizen afgerond te hebben?

Mevrouw **Buurman**:

Deze week weten we meer over het aantal besmettingen, en volgende week zullen we iets meer weten over presymptomatische besmetting en de rol die dat speelt. Dus deze week en volgende week zullen we daar al meer over weten. Dus het is wel een onderzoek dat heel snel gaat. Dat is niet altijd zo met onderzoeken, maar in dit geval wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter. Ik heb toch nog een aanvullende vraag over het plan van aanpak voor de reguliere zorg, maar ook specifiek over het onderdeel dagbesteding. Mevrouw Laan-Geselschap vroeg daar net ook al naar. Ik moet eerlijk zeggen dat ik er wel een beetje van geschrokken ben. Mevrouw Buurman is er natuurlijk niet verantwoordelijk voor, dus ik spreek u er niet op aan dat er onduidelijkheid is over wanneer een plan van aanpak gereed is, of er überhaupt gewerkt wordt aan een protocol voor het openstellen van de dagbesteding en wanneer dat dan klaar is. Mijn vraag is wel: wie kunnen we hierop aanspreken, wie kan dit voor de mantelzorgers en voor de cliënten organiseren, en zou dat niet gewoon over een paar weken al klaar moeten zijn?

Mevrouw **Buurman**:

In dit geval geldt eigenlijk met name dat ik het gewoon niet weet. Het zou kunnen zijn dat het wel ontwikkeld wordt, maar ik kan er nu geen antwoord op geven. Dus het is misschien wel zo dat het in de maak is. Ik denk dat ze daar dan bij het Ministerie van VWS mee bezig zouden zijn. Zeker als je kijkt naar bijvoorbeeld de dagbehandeling en dagbesteding, dan zit dat ook grotendeels binnen de verpleeghuizen, dus ik denk dat ActiZ hier ook meer van weet.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik kijk rond of er nog prangende vragen zijn. Ja, mevrouw Agema?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Professor Buurman zei dat ze het aan de professional wil overlaten als die bijvoorbeeld zijn mondbescherming wil afzetten, omdat die graag met expressie zou kunnen willen praten met een cliënt. Maar we weten dus nog niet voldoende over asymptomatische besmetting. Er is wel een onderzoek gedaan in Gangelt, waaruit bleek dat 22% van de besmette mensen asymptomatisch besmet was. Dus het afzetten van die mondbescherming zou ertoe kunnen leiden dat ook met iemand een-op-een willen spreken ertoe gaat leiden dat er wel mensen besmet raken, en ook de bewoners die daarna en weer daarna volgen. Hoe kijkt u daartegen aan? Kijk, naar mijn idee zou dan het voorzorgsprincipe leidend moeten zijn, maar kennelijk vindt u dat niet. Kunt u nog eens aan mij uitleggen waarom u vindt dat het voorzorgsprincipe niet leidend zou moeten zijn?

Mevrouw **Buurman**:

Ik weet niet of ik dat helemaal zo gezegd heb. U schetst een situatie waarin je heel dicht bij mensen komt. Dan denk ik dat er een andere

situatie is. Als je zorg moet verlenen op minder dan 1,5 meter afstand, dan spelen er andere afwegingen. Daar waar 1,5 meter afstand houden kan, weet ik niet of het zinvol is. U spreekt ook over de asymptomatische besmettingen. De vraag is of je het, op het moment dat je asymptomatisch bent, kunt verspreiden. Dat is nog de onderliggende vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Omdat we dat nog niet weten, we dus nog geen antwoord op die onderliggende vraag hebben, was mijn vraag: zou je uit voorzorg niet beter juist wel die bescherming kunnen gebruiken?

De **voorzitter**:

Die vraag heeft u ook in eerder verband gesteld.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar er komt geen antwoord.

De **voorzitter**:

U gaat over de vraag en mevrouw Buurman gaat over haar antwoord. Ik zou het hierbij willen laten. Ik kijk rond of er verder nog prangende vragen zijn. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

We hebben de afgelopen maanden gezien dat de aandacht wat verschoven is van de ziekenhuizen naar de verpleeghuizen. We komen nu een beetje op het punt dat de grote groep ouderen die thuis woont, ook in beeld komt. Mijn vraag aan mevrouw Buurman is: wat zijn volgens haar de twee belangrijkste vraagstukken in de wijkverpleging vanuit het perspectief van de wijkverpleegkundige? Er is nog heel weinig aandacht voor de wijkverpleging geweest. Welke twee punten zou zij noemen die meer politieke aandacht verdienen?

Mevrouw **Buurman**:

Ik denk heel erg: wat is de impact geweest van het afschalen van zorg en waar heeft dat toe geleid? We hebben nu niet per se indicaties dat er meer crisissituaties zijn ontstaan, maar je weet niet of dat gaat gebeuren. Ik denk dat dit iets is waarnaar we goed moeten kijken en wat we goed in beeld moeten krijgen. Het tweede zijn de mensen die met een Wlz-indicatie thuis blijven wonen. Gaat die groep uiteindelijk groeien en wat betekent dat voor de zorg thuis?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel voor deze mogelijkheid om nog een vraag te stellen. Professor Buurman vraagt naar mijn idee terecht aandacht voor de verpleegkundige zorg op de langere termijn. Ze zegt: we moeten voorkomen dat mensen uitstromen en dat mensen overbelast raken en blijven, dus dat we een beroep op ze doen dat echt onredelijk is. Wat zijn dan voor haar de twee voorwaarden om er op de langere termijn voor te zorgen dat mensen op een goede, verantwoorde manier hun werk kunnen doen? Ik denk dat het voor ons belangrijk is om daar al nu mee aan de slag te gaan.

Mevrouw **Buurman**:

Dan geldt denk ik dat we heel erg moeten nadenken over het behoud van verpleegkundigen. We hebben nu indicaties, bijvoorbeeld vanuit het programma Werken in de Zorg, over waarom mensen uitstromen. Ik denk dat het essentieel is om daarnaar te kijken en te zorgen dat de groep die

nu iedere keer uitstroomt, niet uitstroomt. Ik zal daar zelf als CNO nog voor de zomervakantie een advies over uitbrengen. Het tweede is: de verpleegkundigen echt aan tafel, bij al die vraagstukken waarover we het nu gehad hebben.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk in de richting van mevrouw Sazias: een vraag? Nee? Dan mevrouw Laan-Geselschap.

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):

Een korte vraag. U gaf in uw presentatie een mondelinge toelichting op het feit dat u een begeleidingsmonitor zou wensen aan het eind. U wil kunnen zien wat er nu gebeurt en hoe we dat begeleiden, en dat in een monitor vastleggen. Heeft u enig idee wat voor termijn daarmee gemoeid is? Ik begrijp dat het niet op dagen of weken nauwkeurig kan, maar ik zou graag enigszins een visie krijgen op wanneer dat realistisch zou kunnen zijn.

Mevrouw **Buurman**:

Het mooie is dat er in de verpleeghuizen zo'n monitor is. De huisartsen zetten die nu ook op. Op de achtergrond zijn collega's van mij dat dus aan het voorbereiden. Ik denk dat het vrij snel kan, omdat we samenwerken. Er zijn nog wat vraagstukken rondom privacy en gegevensverzameling, maar ik denk dat het binnen nu en een maand zou moeten kunnen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan kijk ik in de richting van de heer Van der Staaij. Nee? Dan mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter, voor deze extra gelegenheid. Ik heb nog even een korte vraag. Helemaal aan het begin gaf professor Buurman volgens mij aan dat er internationaal ook nog weinig kennis is ten aanzien van de verpleeghuizen, terwijl het volgens mij in alle landen zo is dat juist de ouderen gewoon erg kwetsbaar zijn. Kan zij dat wat nader toelichten? Er wordt nu namelijk overal internationaal juist heel erg samengewerkt om kennis over het virus te krijgen. Wat is daarvan de reden?

Mevrouw **Buurman**:

Ik denk dat een van de belangrijke redenen is dat de infrastructuur in China anders is. Toen het virus zichtbaar werd en zich in China verspreidde, zag je dat die infrastructuur van verpleeghuizen er minder is. Ze hebben sowieso minder mensen van boven de 80. Toen is dat signaal daar dus eigenlijk niet vandaan gekomen. Nu horen we deze geluiden inderdaad vanuit Italië en Spanje. Er wordt ook zeker internationaal samengewerkt. Maar ik denk dat dat je hier voor de toekomst eigenlijk lering uit moet trekken en internationaal moet nadenken over hoe het beleid eruit moet zien. Want de situatie in Nederland is natuurlijk niet uniek; het is overal zo geweest.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit rondetafelgesprek. Dat wil zeggen dat ik mevrouw professor Buurman nogmaals hartelijk dank voor haar presentatie, voor de gelegenheid die de leden hebben gehad om vragen aan haar te stellen en voor de beantwoording daarvan. Ik dank uiteraard alle leden voor hun aanwezigheid. Ik dank de mensen thuis die deze rondetafel gevolgd hebben op afstand hartelijk voor hun belangstelling.

Daarmee sluit ik de vergadering, maar niet dan nadat ik onze ondersteuning weer van harte bedankt heb.

Sluiting 11.49 uur.