

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

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

Ons kenmerk
1725343-208398-LZ

Bijlagen
1

Uw brief
44032

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

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Hijink (SP) en
Marijnissen (SP) over de richtlijnen van het RIVM die tot onveiligheid in de
ouderenzorg leiden (2020Z14171).

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

T. van Ark

Antwoorden op de kamervragen van de leden Hijink en Marijnissen (beiden SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de richtlijnen van het RIVM die tot onveiligheid in de ouderenzorg leidden (2020Z14171)

1.

Wat vindt u van de strekking van het onderzoek van Nieuwsuur dat het gebrek aan beschermingsmiddelen –met name in de ouderenzorg- tot extra besmettingen en overlijdens heeft geleid?

Antwoord vraag 1.

De kennis over het virus was nog sterk in ontwikkeling. De (mondiale) vraag naar persoonlijke beschermingsmiddelen steeg explosief. Dat maakte dat persoonlijke beschermingsmiddelen wereldwijd veel moeilijker verkrijgbaar waren en zo ook in Nederland. Ik begrijp goed dat zorgmedewerkers vaak in onzekerheid verkeerden of ze goede en veilige zorg konden blijven verlenen. Datzelfde geldt voor werkgevers gegeven hun verantwoordelijkheid. Bij een (ervaren) tekort aan beschermingsmiddelen was en is het belangrijk dat medewerkers dit met hun werkgever bespreken. Biedt dit gesprek geen uitkomst, dan kunnen professionals dit melden bij de Inspectie SZW en/of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Indien VWS concrete signalen ontving vanuit de branche-organisaties of vanuit individuele verpleeghuizen van (dreigende) tekorten aan PBM waarbij duidelijk was om welke zorgorganisatie het ging, werd vanuit VWS contact opgenomen met de zorgorganisatie om na te gaan wat precies de situatie was. Indien nodig is daarop actie ondernomen en in contact met het betreffende ROAZ gezorgd dat (dreigende) tekorten zo goed mogelijk werden aangepakt.

De IGJ en de Inspectie SZW hebben meldingen gekregen waarin zorgen werden uitgesproken over persoonlijke beschermingsmiddelen buiten de ziekenhuizen. In telefonische contacten van de IGJ met zorginstellingen kreeg de IGJ tot en met april signalen over angst voor tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Bij doorvragen bleek dat er geen risicovolle situaties zijn ontstaan doordat er écht geen beschermingsmiddelen meer beschikbaar waren en/of RIVM-richtlijnen niet gevolgd konden worden. Steeds kon men dan - bijvoorbeeld met hulp van collega-instellingen of VWS – (net) op tijd toch aan materialen komen.

De IGJ en de Inspectie SZW geven aan dat er geen calamiteiten als gevolg van tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen bij de IGJ zijn gemeld, terwijl het melden van calamiteiten wettelijk verplicht is.

Daarmee is een dergelijke stellige conclusie is nu niet te trekken. Er zijn veel factoren die een rol kunnen spelen bij de verspreiding van het virus in de ouderenzorg.

Bovenstaande hebben we ook geantwoord op verschillende vragen van Nieuwsuur.

2.

Deelt u de mening dat er veel meer voorzorgmaatregelen hadden moeten worden genomen? Hoe kijkt u hierop terug?

Antwoord vraag 2.

Ik vind dat de zorginstellingen over het algemeen hun taken met zeer veel verantwoordelijkheid hebben opgepakt en adequaat hebben gereageerd daar waar een besmetting in een zorginstelling bekend werd. We hebben allemaal geleerd van deze periode en zoals ik in mijn brief van 16 juli jl. 'lessen verpleeghuizen met het oog op een eventuele tweede golf' aan uw Kamer heb

vermeld, heb ik samen met onafhankelijk experts, cliëntenorganisaties, beroepsorganisaties en brancheorganisaties een aantal geleerde lessen geformuleerd, waar we met elkaar lering uit trekken, juist ook naar de toekomst toe. Ik heb met deze organisaties wekelijks contact, waarbij de toepassing van de lessen in de praktijk waar nodig kan worden besproken.

3.

Waarom weken de richtlijnen van het RIVM af van de richtlijnen zoals bijvoorbeeld toegepast in Duitsland als schaarste – volgens u – geen rol speelde bij het opstellen van de richtlijn?

Antwoord vraag 3.

Andere landen hebben hierin hun eigen afweging gemaakt op basis van de specifieke situatie en wetenschappelijke adviezen in die landen. VWS heeft hierover geen inhoudelijk oordeel.

4.

Hoe kan het dat u, als het gaat om de eindverantwoordelijkheid over de veiligheid van zorgverleners, wijst naar de werkgevers terwijl u diezelfde werkgever juist stelselmatig heeft opgeroepen niet meer bescherming aan te bieden dan de RIVM-richtlijnen voorschreven?

Antwoord vraag 4.

De uitgangspunten van het RIVM zijn gericht op de veiligheid van zorgmedewerkers en de besmettingsrisico's van specifieke handelingen in de zorg. Met het gebruik van deze richtlijn is er ook gewezen op het gepast gebruik van beschermingsmiddelen. In de zorg geldt dat richtlijnen/uitgangspunten de ruimte geven om hiervan op basis van de professionele inschatting en ervaring van de zorgverlener in specifieke situaties beredeneerd af te wijken. Dit is expliciet verwoord in de versie van de uitgangspunten die op 1 mei is gepubliceerd. Werkgevers zijn verantwoordelijk voor een veilige werkomgeving en voor goede en continue zorg aan patiënten en cliënten. Indien werknemers van mening zijn dat ze niet veilig zorg kunnen verlenen dienen ze hierover in gesprek te gaan met hun werkgever. Biedt dit gesprek onverhoopt geen uitkomst, dan kunnen professionals dit melden bij de Inspectie SZW en/of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

5.

Denkt u dat werkgevers hun verantwoordelijkheid voor de bescherming van zorgverleners voldoende hebben kunnen nemen als bestuurders – bijvoorbeeld Buurtzorg directeur Jos de Blok – door de IGJ gebeld wordt over zijn extra inzet van persoonlijke beschermingsmiddelen? Nodigen dergelijke gesprekken uit tot het nemen van verantwoordelijkheid of zullen bestuurders die meer hebben opgevat om juist niet meer te doen dan de richtlijnen die op dat moment tekortschoten?

Antwoord vraag 5.

De IGJ heeft na het uitbreken van de corona-pandemie in elke provincie contact opgenomen met de meeste zorgaanbieders in de VVT. In deze gesprekken is onder meer gevraagd of de zorginstelling de zorg die nodig is nog georganiseerd krijgt, of er voldoende beschermingsmiddelen zijn en of de organisatie contact heeft met de regionale samenwerkingsverbanden en/of GGD. In dat kader is ook contact gelegd met Buurtzorg. De IGJ geeft zorgverleners de ruimte om de zorg op afwijkende manieren te organiseren, mits hierbij het leveren van passende persoonsgerichte, veilige en verantwoorde zorg voorop staan. Wet- en regelgeving, professionele standaarden, richtlijnen en veldnormen zijn daarvoor richtinggevend. De bestuurder is en blijft eindverantwoordelijk.

6.

Welke kritiek hebben brancheorganisaties uit de verpleeg- en thuiszorg en gehandicaptenzorg gegeven en wat heeft u daarmee gedaan? Kunt u in een tijdlijn uiteenzetten sinds wanneer brancheorganisaties kritiek hebben geleverd op de richtlijnen van het RIVM en wanneer dit tot concrete aanpassingen van de richtlijnen leidde?

Antwoord vraag 6.

Alle zorgpartijen hebben altijd hun opmerkingen en vragen rondom de RIVM-uitgangspunten kunnen aangeven. Nadat het RIVM een eerste versie van de uitgangspunten had opgesteld, heeft VWS deze versie voorgelegd aan de veldpartijen met de vraag of het advies zou werken met betrekking tot de uitlegbaarheid en uitvoerbaarheid en daarop hebben de organisaties gereageerd. VWS heeft hierbij een faciliterende rol gespeeld. Het RIVM is inhoudelijk verantwoordelijk voor de uitgangspunten en heeft opmerkingen zo nodig verwerkt in de definitieve versies. De eerste versie is verschenen op 20 maart. Gaandeweg zijn de uitgangspunten aangepast. Op de RIVM website staat onder de uitgangspunten vermeld wanneer aanpassingen zijn gepleegd. Inmiddels sluit het RIVM -op aanvraag- aan bij het wekelijks overleg met de koepelorganisaties, waardoor zij vragen en onduidelijkheden kunnen beantwoorden en toelichten.

7.

Deelt u de mening dat de richtlijnen in strijd zijn met de Arbowet omdat sommige zorgverleners ernstig ziek zijn geworden en blijvende schade hebben overgehouden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord vraag 7.

Het is te betreuren dat zorgmedewerkers ziek zijn geworden. De Arbowetgeving is erop gericht om werkenden zo goed mogelijk te beschermen tegen schadelijke gevolgen van werk. Helaas is niet altijd uit te sluiten dat er soms toch schadelijke gevolgen zijn.

8.

Waarom heeft de arbeidsinspectie niet onderzocht of de richtlijnen overeenkomen met Arbowetgeving? Welke juridische basis ligt ten grondslag aan de werkwijze van de arbeidsinspectie om in de handhaving te toetsen aan de RIVM-richtlijnen, ook toen helemaal niet duidelijk was of deze richtlijnen wel tot een veilige werkomgeving leidden?

9.

Waarom was de Nederlandse arbeidsinspectie niet nauwer betrokken bij het opstellen van de richtlijnen in plaats dat zij werd opgedragen het RIVM te volgen? Heeft de arbeidsinspectie ook niet een eigenstandige bevoegdheid om te bepalen welke normen gehanteerd worden om de veiligheid van zorgverleners te waarborgen?

Antwoord vraag 8 en 9.

In mijn brief van 15 april (kenmerk 1675769-204341-PG) heb ik u laten weten dat de Inspectie SZW tijdelijk de door het RIVM gehanteerde normen en instructies voor gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen als uitgangspunt hanteert bij haar toezichtstaken.

Het gaat om professionele richtlijnen die door deskundigen worden opgesteld en daarop vindt geen toetsing door de Inspectie SZW plaats. De Inspectie SZW heeft een zelfstandige rol in het toezicht op basis van de Arbowet. Op basis van deze wet is de werkgever verantwoordelijk voor de werkomstandigheden van de werknemers. De werkgever moet de risico's op de werkvloer inventariseren, evalueren en op basis daarvan passende maatregelen nemen. De Inspectie ziet daarop toe en treedt zo nodig handhavend op. In mijn brief van 15 april (kenmerk 1675769-204341-PG) heb ik u laten weten dat de Inspectie SZW tijdelijk de door

het RIVM gehanteerde normen en instructies voor gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen als uitgangspunt hanteert bij haar toezichtstaken.

10.

Hoe kan het dat het RIVM stelt dat er bij het opstellen wel rekening is gehouden met schaarste en het ministerie dat dit niet het geval is? Op welke wijze is het schaarsteargument uiteindelijk uit de richtlijn van het RIVM verdwenen? Is daarover contact geweest tussen het ministerie en het RIVM?

Antwoord vraag 10.

Door zowel het RIVM als VWS is steeds aangegeven dat de uitgangspunten gebaseerd zijn op de veiligheid van zorgmedewerkers en patiënten/cliënten en de risico's van specifieke handelingen in de zorg. Daarbij was gepast gebruik op basis van de uitgangspunten ook gewenst, niet bepalend, gezien de context van mondiale schaarste.

11.

Deelt u de mening dat de richtlijnen schaarste in de hand werkten en dat als de richtlijnen meer waren gericht op veiligheid er meer prikkels waren die ertoe zouden hebben geleid om beschermingsmiddelen te bemachtigen en dit ook zou zijn gelukt?

Antwoord vraag 11.

Die mening deel ik niet. Het devies voor het LCH was om maximaal in te kopen via betrouwbare kanalen en dat heeft de schaarste doen afnemen. Deze schaarste gold overigens wereldwijd. Er was een toename van 60x de normale vraag.

12.

Deelt u de mening dat het argument van schijnveiligheid van wantrouwen getuigt richting zorgverleners omdat zij wel degelijk weten hoe ze deze materialen moeten gebruiken?

Antwoord vraag 12.

Het is belangrijk dat zorgverleners de beschermingsmiddelen goed gebruiken. In verschillende filmpjes en instructies van koepel- en beroepsverenigingen wordt daaraan aandacht besteed. De beroepsvereniging V&VN heeft een praktische handreiking opgesteld. Ook de bonden hebben een handreiking opgesteld. Bovendien kunnen zorgmedewerkers beredeneerd afwijken van de uitgangspunten omtrent het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Dit geeft aan dat er voldoende vertrouwen is in de kennis en inschattingsvermogen van zorgmedewerkers.

13.

Wat vindt u ervan dat het RIVM erkent dat het argument van schijnveiligheid gebaseerd is op de persoonlijke ervaring van de heer van Dissel en zijn observaties in de dagelijkse praktijk? Deelt u de mening dat dit veel te summier is en het argument van tafel kan?

Antwoord vraag 13.

De uitspraak van de heer Van Dissel werd volgens het RIVM ondersteund door expert opinions, gebaseerd op onderzoek en betrof niet alleen een persoonlijke ervaring van de heer Van Dissel.

14.

Waarom is niet eerder aangesloten bij de handelswijze van onder andere Duitsland waar asymptomatische overdracht van het virus eerder erkend werd waardoor ook eerder preventief mondklappers werden voorgeschreven in richtlijnen?

Antwoord vraag 14.

Ieder land maakt zijn eigen afweging op basis van de specifieke situatie en wetenschappelijke adviezen. De uitgangspunten van het RIVM zijn steeds gebaseerd op de actuele kennis van deskundigen omtrent het virus en hun risico-inschatting van het besmettingsrisico ingeval van patiënten met (verdenking van) Covid-19. Het OMT heeft in zijn advies van 27 augustus geadviseerd dat introductie van het virus in een verpleeghuis wanneer de omgevingsprevalentie toeneemt kan worden voorkomen door preventief gebruik van pbm door medewerkers.

15.

Hoe kan het dat het RIVM het niet altijd nodig vond bij (verdenkingen van) besmettingen mondkmaskers te dragen als er anderhalve meter afstand kon worden gehouden tot de patiënt?

Antwoord vraag 15.

Dit vloeit voort uit de aard van het virus en de manier waarop het verspreid wordt. Als het mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden is de kans op besmetting zeer klein en niet nodig om mondkmaskers te dragen. Anders dan in de Nieuwsuur-uitzending werd gesuggereerd is de situatie in een verpleeghuis wezenlijk anders in de het openbaar vervoer. In het verpleeghuis gaat het om een medisch mondkmasker en is bovendien triage mogelijk en kennen de zorgmedewerkers hun cliënten en kunnen zich zodoende een oordeel vormen. De zorgmedewerkers kunnen daarnaast ook gebruik maken van de praktische handreikingen voor het gebruik van beschermende middelen gemaakt door de beroepsorganisatie V&VN. Ook de bonden hebben een handreiking opgesteld.

16.

Hoe kan het dat zelfs bij contact dat wel binnen de anderhalve meter plaatsvond maar enkel vluchtig was, ook een mondkapje niet nodig werd geacht? Hoe kan het dat op straat de anderhalve meter werd gehandhaafd maar zorgverleners gewoon onbeschermd dichtbij kwetsbare patiënten mochten komen? Hoe legt u dit uit?

Antwoord vraag 16.

De uitgangspunten van het RIVM zijn steeds gebaseerd op de actuele kennis van deskundigen omtrent het virus en hun risico-inschatting van de besmettingsrisico's in bepaalde behandel- en verpleegsituaties ingeval van patiënten met (verdenking van) Covid-19. Het RIVM heeft aangegeven dat op grond van de medische risico-inschatting is geoordeeld dat het risico van een vluchtig contact binnen de 1,5 meter (bijv. aanreiken van een glas water en dergelijk, waarna de 1,5 meter weer in acht genomen wordt) geduid moet worden als een contact met een zeer klein risico op besmetting. Daarnaast geldt dat zorgverleners op basis van hun professionele in specifieke situaties beredeneerd kunnen afwijken van de uitgangspunten.

Overigens heeft het RIVM dit uitgangspunt sinds 17 augustus aangepast, omdat het in de dagelijkse praktijk tot onduidelijkheid en problemen bleek te leiden.

Zie: <https://www.rivm.nl/toelichting-op-aanpassing-uitgangspunten-mondneusmaskers>.

17.

Hoe kan het dat veel zorgverleners nog werken met chirurgische maskers terwijl we weten dat deze niet voldoende bescherming bieden zoals FFP-maskers dat doen?

Antwoord vraag 17.

Op 19 maart is er een advies aan het OMT voor het gebruik van het type mondkmaskers, het verlengd gebruik en het hergebruik goedgekeurd. Het advies houdt in dat op basis van de huidige kennis ten aanzien van de transmissieroute

van COVID-19 via druppels en (in)direct contact, een chirurgisch mondneusmaker type IIR voldoende bescherming biedt voor gezondheidsmedewerkers die patiënten moeten verzorgen met COVID-19 (WHO, Leidraad-NVMM). Het gebruik moet aansluiten op de taken en functies van de verschillende medewerkers, en is o.a. afhankelijk van of er hoog-risicohandelingen worden verricht. Voor aerosolvormende handelingen is een FFP2-masker vereist.

18.

Erkent u dat in de thuiszorg en in de gehandicaptenzorg ook niet altijd anderhalve meter afstand kan worden gehouden en dat het onverklaarbaar is dat zo lang volgehouden is dat in de huishoudelijke zorg geen mondmaskers nodig zijn?

Antwoord vraag 18.

Het klopt dat zeker in de gehandicaptenzorg de 1,5 meter moeilijk vol te houden is. Dit geldt ook voor cliënten met dementie (thuis of in het verpleeghuis). De zorgprofessional kan altijd beredeneerd afwijken van de richtlijn en wel kiezen voor het gebruik van mondmaskers. De huishoudelijke medewerkers verrichten veelal geen handelingen waarbij gevaar voor besmetting is. Zij kunnen afstand blijven houden van de cliënt. Daarnaast zijn er voor huishoudelijke medewerkers 'reservepakketjes' gemaakt, die gebruikt kunnen worden bij onverwachte situaties of bij een 'niet pluis' gevoel.