



AC-1069

agenda

Betreft	116e vergadering van het Audit Committee VWS
Vergaderdatum en tijd	9 oktober 2020 13:00 tot uiterlijk 14:30 uur
Vergaderplaats	Webex

Agendapunten

1. Opening en mededelingen (13:00-13:10 uur)
De verslaglegging van het Audit Committee van 13 maart 2020 (AC-1068) is vertraagd en wordt nagezonden ter schriftelijke vaststelling.
2. Memo Rechtmatigheid (AC-1070) (13:10-13:40 uur)
FEZ heeft in afstemming met de ADR een memo opgesteld over de rechtmatigheidsvraagstukken bij de COVID-19-maatregelen. Het AC wordt gevraagd op dit memo te reflecteren. FEZ adviseert het AC en de Bestuursraad te adviseren om in te stemmen met scenario 3.
3. Strategische risicogesprek (13:40-14:20 uur)
Het AC wordt geadviseerd om het risicogesprek te voeren aan de hand van een reflectie op de laatste voortgangsrapportage COVID-19 (AC-1071) en de aanbiedingsbrief lessons learned (AC-1072).
4. Rondvraag en sluiting (14:20 -14:30 uur)

Secretaris Generaal

Financieel-Economische
Zaken
Ontwikkeling Financieel Beleid
en Beheer

Bezoekadres:

Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Coördinerend adviseur

Datum

6 oktober 2020

Nummer

116

Kenmerk

Aantal pagina's

1

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



Audit Committee

AC-1068

Secretaris Generaal
Financieel-Economische
Zaken
Ontwikkeling, Financieel
Beleid en Beheer

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Coördinerend Adviseur

verslag

Betreft	115 ^e vergadering van het Audit Committee VWS
Vergaderdatum en tijd	13 maart 2020 13:30 tot 15:00 uur
Vergaderplaats	VWS, C04.10

Datum
13 maart 2020

Nummer
AC-115

Aantal pagina's
2

Aanwezig: [redacted] (voorzitter), dhr. [redacted], [redacted], mw. [redacted] (AR), [redacted] (externe leden), [redacted] (extern lid), [redacted] (ADR), [redacted] (ADR), [redacted] (secretaris).
Afwezig: mw. [redacted], Van [redacted], Van [redacted] (extern lid).

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

1. Opening en mededelingen

De voorzitter opent de vergadering. Er zijn geen mededelingen.

2. Jaarverslag VWS 2019, Auditrapport VWS 2019 en FEZ-reactie

Auditrapport VWS 2019

Dhr. [redacted] licht het Auditrapport toe. Het financieel beheer van VWS is in het algemeen op orde, maar staat wel op onderdelen onder druk. VWS heeft veel ambitie, er gebeurt veel en VWS heeft te maken met complexe regelgeving. De ADR ziet voorts nog wel een aantal verbeteringen voor zich en ziet ook vooruitgang. De ADR heeft vier bevindingen: één gemiddelde (staatssteun) en drie lichte (subsidiebeheer, inkoopbeheer en informatiebeveiliging).

Dhr. [redacted] geeft aan op basis van signalen uit de organisatie het controleproces te willen evalueren en in het vervolg per kolom de bevindingen te willen bespreken.

Bij de bevinding op de staatsteuntoets maken de staatssteunjuristen van VWS een andere wegging dan de ADR: WJZ-juristen vinden bepaalde staatssteunregelingen rechtmatig, terwijl de ADR deze onrechtmatig vindt.

Dhr. [redacted] zegt een punt te willen maken van de opmerkingen van VWS over de accountantsoordelen ten aanzien van de staatsteuntoetsen. Hij zegt dat de ADR-onderzoeken in lijn zijn met de vaktechnische lijnen van de toezichhouders van de ADR. Hij zegt dat de ADR geen juridische toets doet, maar kijkt naar de comptabele rechtmatigheid.

Dhr. [REDACTED] is blij met de constatering dat VWS vooruitgang heeft gemaakt. Hij vraagt om een onderbouwing bij de bevindingen bij de informatiebeveiliging en de staatssteuntoetsen, aangezien VWS niet kan leren als de reactie van de ADR is dat zaken niet kunnen worden aangetoond en verdere onderbouwing achterwege blijft.

Secretaris Generaal
Financieel-Economische
Zaken
Ontwik. Fin.I Beleid en
Beheer

Dhr. [REDACTED] geeft aan dat de complexiteit van de subsidieregelingen toeneemt. Hou het simpel en stop met maatwerk.

Datum
13 maart 2020

Nummer
AC-113

VWS en ADR gaan de staatssteuntoetsing evalueren.

Jaarverslag VWS

Dhr. [REDACTED] licht het jaarverslag van VWS op hoofdlijnen toe.

Dhr. [REDACTED] complimenteert VWS bij de toelichting in het jaarverslag in het bijzonder bij de tabellen, waarbij de lezer stapsgewijs wordt meegenomen. Het valt hem op dat er een groot verschil zit tussen de vastgestelde begroting en de verantwoorde bedragen. Hij vindt het wel een zoektocht om verklaringen daarvoor te vinden. Al met al vindt hij het een knap stuk werk.

Dhr. [REDACTED] sluit zich aan bij de lovende woorden van dhr. [REDACTED] en stelt voor om na afronding van de Contourennota het geheel van projecten en activiteiten overzichtelijker te groeperen.

3. Rondvraag en sluiting

-

Audit Committee VWS

SG
Financieel-Economische
Zaken
Ontwikkeling Financieel Beleid
en Beheer

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

memo

Rechtmatigheid COVID-19-uitgaven

Inlichtingen bij

Senior adviseur

Aanleiding

De ADR en VWS zijn in gesprek over de gevolgen van de COVID-19-maatregelen binnen VWS voor de controleactiviteiten voor het jaar 2020. Daarbij heeft de ADR aangegeven onder andere de COVID-19-uitgaven als belangrijk aandachtspunt te zien en reeds te willen beginnen met het beoordelen van dossiers. VWS (financieel adviseurs en FEZ) hebben daarop gereageerd dat het nu nog te vroeg is om de opgevraagde dossiers op orde te hebben. Immers, de bij de eerste golf betrokken directies zijn nu ook nog druk met het bestrijden van de crisis en met de tweede golf die is gestart. Dit vraagt veel van een reeds zwaar belaste VWS-organisatie (zowel beleid als de financiële functie).

De controleplanning van de ADR vraagt op dit moment handelingen van VWS die VWS nu nog niet kan verrichten vanwege de focus op de crisisbestrijding. De ADR heeft aangegeven dat, door het ontbreken van geschikte controle-informatie, op dit moment geen tussentijds beeld te kunnen geven over de rechtmatigheid en getrouwheid. De omvang van deze onzekerheden is zodanig dat deze mogelijkervijze van invloed kan zijn op de oordeelsvorming van de ADR. De ADR heeft daarbij ook gewezen op het feit dat dit ook een mogelijk effect heeft op de werkzaamheden van de Algemene Rekenkamer (AR), omdat bij de uitvoering van haar controletaak gesteund wordt op de werkzaamheden van de ADR.

Vraag aan het Audit Committee

Reflecteren op de VWS-aanpak. FEZ adviseert het Audit Committee om de Bestuursraad te adviseren om in te stemmen met scenario drie.

Wat heeft VWS tot dusverre gedaan?

De stand van de COVID-19-gerelateerde uitgaven bedragen bij de stand van de derde Incidentele Suppletoire Begroting voor het jaar 2020 € 5.051 miljoen.

De grootste aandacht op rechtmatigheidsgebied hebben de LCH-gerelateerde uitgaven en de zorgbonus gekregen (€ 1.589 respectievelijk € 1.327 miljoen, goed voor 58% van de COVID-19-gerelateerde uitgaven). Deze dossiers zijn complex en vergen veel aandacht. Desalniettemin is VWS op beide dossiers actief bezig om de rechtmatigheid te bevorderen door intensief overleg met Mediq over de goederenstomen en de afrekening van de verstrekte voorschotten. Op het dossier van de zorgbonus stuurt VWS op rechtmatigheidsbevordering en heeft VWS zelf rechtmatigheidsrisico's (M&O) gesignaleerd. Ook is een exercitie gestart om de uitgaven die VWS zelf heeft gedaan, voordat het LCH operationeel was, in kaart te brengen en informatie te verzamelen. Tevens zijn alle relevante documenten uit mailboxen en op netwerkschijven veilig gesteld.

Datum

1 oktober 2020

Aantal pagina's

7

In het algemeen kan worden gesteld dat veel maatregelen met een spoedeisend karakter onder veel tijdsdruk tot stand zijn gekomen. Opdrachten kunnen bijvoorbeeld mondeling zijn gegeven, relevante documentatie kan nog in mailboxen zitten en niet bijeengebracht. Het kost tijd om dat beeld alsnog te verkrijgen. Daarbij is het de vraag wat het achteraf in beeld brengen, en zo mogelijk repareren, kost en wat het oplevert.

SG
Financieel-Economische
Zaken
Ontwikkeling Financieel Beleid
en Beheer

Datum
1 oktober 2020

Daarnaast heeft VWS in de eerste en de tweede incidentele suppletoire begrotingen al winstwaarschuwingen afgegeven over de gevolgen van het in een spoedeisende situatie moeten handelen op de rechtmatigheid van de gedane uitgaven en aangegane verplichtingen. In de voortgangsbrief COVID-19 is hier ook een paragraaf aan gewijd naar aanleiding van vragen van het CDA-Kamerlid Van den Berg (zie bijlage 1).

De controleplanning van de ADR

De controleplanning van de ADR is normaliter zodanig ingericht dat verspreid over het gehele controlejaar de werkzaamheden worden uitgevoerd. Doel van het verdelen van de werkzaamheden over het gehele jaar is het voorkomen van een piekbelasting bij VWS en ADR op het eind van het controlejaar. Ook biedt dit VWS de mogelijkheid om maatregelen te nemen op basis van de tussentijdse uitkomsten.

In bijlage 2 is weergegeven wat de impact is van ontbrekende informatie op de oordeelsvorming van de ADR.

Wat is de aanpak die VWS voorstelt?

In het kader van het opstellen van de Bedrijfsvoeringparagraaf bij het jaarverslag dient VWS normaliter in beeld te hebben waar de rechtmatigheidsrisico's zitten.

Daarbij zijn er vier scenario's:

1. het vergt teveel tijd en capaciteit van een overbelaste organisatie (beleid en financiële functie) om te inventariseren welke informatie beschikbaar is en welke niet. VWS besluit tot het niet nemen van additionele acties en accepteert dat er ten aanzien van de COVID-19-maatregelen voor de jaren 2020 en 2021 onzekerheid ten aanzien van de rechtmatigheid zal zijn.
2. VWS gaat zich voor de maatregelen in het kader van COVID-19 richten op het op orde brengen van de belangrijkste informatie die benodigd is om politieke verantwoording af te kunnen leggen, met name ten aanzien van de beleidsdoelstellingen. VWS hanteert daarbij een politieke risicoanalyse in plaats van een financieel beheersmatige insteek. Te denken valt aan een sluitend beeld verkrijgen van de voorraden persoonlijke beschermingsmiddelen (aantallen, locaties et cetera), de locaties en de geschonken IC-apparatuur. Concreet kan dan bijvoorbeeld wel antwoord worden gegeven op de vraag waar een partij mondkapjes ligt, maar niet waarom in een inkoopdossier een behoeftestelling ontbreekt of de motivering waarom VWS in een specifiek geval een beroep doet op de "dwingende spoed"-bepaling in de aanbestedingswet. Ook in dit scenario accepteert VWS dat de COVID-19-maatregelen voor de jaren 2020 en 2021 tot onzekerheden in de rechtmatigheid leiden.
3. Naast scenario twee ook een analyse maken van de benodigde acties om de COVID-19-dossiers zoveel mogelijk op orde te krijgen. Op basis van deze analyse legt FEZ de Bestuursraad een voorstel voor waarbij wordt ingegaan op de extra baten (in termen van een beter oordeel) van extra inspanning (van het op orde brengen van de dossiers met inachtneming van wat dat van de VWS-organisatie vraagt). Hierbij zal ook worden

ingegaan op het tijdpad (haalbaarheid voor 15 maart 2021) en de vraag of het mogelijk is om tussen Auditrapport en Interimrapportage 2021 de verbeterslag te voltooien.

4. No matter what, alles op alles zetten om de dossiers op orde te krijgen om de ADR-planning te halen. Dit vergt veel extra capaciteit om voor 15 maart af te ronden en geeft dan nog geen garanties dat VWS geen bevindingen of onvolkomenheden treft.

SG
Financieel-Economische
Zaken
Ontwikkeling Financieel Beleid
en Beheer

Datum
1 oktober 2020


Het voorstel is om in te stemmen met scenario drie.

Dit betekent dat VWS in de Bedrijfsvoeringparagraaf moet toelichten dat VWS in deze exceptionele crisissituatie bewust de gangbare procedures heeft losgelaten en meldt welke inspanningen zijn geleverd en zal inventariseren wat extra inspanning op het op orde brengen van de rechtmatigheid heeft opgeleverd en (eventueel) het risico aanvaardt dat voor het jaar 2020 negatieve appreciaties van ADR en AR het gevolg zijn geweest. Daarbij staat het sterker om op basis van een analyse een weloverwogen besluit te hebben genomen dan op voorhand een negatieve appreciatie te accepteren.

Onze taxatie is, gelet op meerdere uitspraken van de Kamer, dat het verdedigbaar is om rechtmatigheid van de uitgaven en verplichtingen minder zwaar te laten wegen dan het snel reageren in deze crisissituatie, onder vermelding van de boven geschetste lijn.

Vergeleken met andere departementen verkeert VWS in een unieke positie en dat is niet vanwege de omvang van de COVID-19-maatregelen. Andere departementen hebben maatregelen genomen die binnen het bestaande beleidsinstrumentarium passen (bijv. SZW dat via UWV, een uitvoerings-ZBO, heeft kunnen opereren). VWS heeft ook veel maatregelen genomen die buiten het gangbare beleidsinstrumentarium vielen (zelf mondkapjes inkopen, in het buitenland testcapaciteit inkopen, in vaccinontwikkeling participeren of de constructie met Mediq en het LCH). Deze unieke positie versterkt de argumentatie om voor een beperkte periode de gangbare procedures te hebben losgelaten met risico's op onzekerheden in de rechtmatigheid.

Naast de reeds gecommuniceerde rechtmatigheidsrisico's is daarbij het voorstel om periodiek in de voortgangsbrieven COVID-19 bovenstaande lijn aan de Kamer te melden.


Senior adviseur

Bijlage 1: Paragraaf uit voortgangsbrief COVID-19 van 21 september 2020

SG
Financieel-Economische
Zaken
Ontwikkeling Financieel Beleid
en Beheer

Rechtmatigheid COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen (toezegging aan het lid Van den Berg)

Tijdens de behandeling van de eerste Incidentele Supplettoire Begroting (ISB) van het ministerie van VWS heb ik toegezegd aan het lid Van den Berg, om toe te lichten welke aanvullende maatregelen VWS neemt om de rechtmatigheid van de COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen te bevorderen.

Datum
1 oktober 2020

In het algemene deel van de Memorie van Toelichting bij de eerste ISB en de eerste ISB is aangegeven dat, vanwege het spoedeisende karakter van de COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen, de kans op onzekerheden en fouten in de rechtmatigheid groter is. De reden hiervoor is dat de gebruikelijke zorgvuldigheid om de rechtmatigheid te bevorderen de snelheid van handelen, die bij aanvang van COVID-19-crisis nodig was, ernstig zou belemmeren. Immers, het kabinet moest snel handelen om COVID-19 het hoofd te kunnen bieden. Bij dit dilemma heeft het kabinet besloten om alles te doen wat nodig was om de crisis te bestrijden, ook in de gevallen dat er nog geen of onvoldoende zekerheid of dat paste binnen de comptabele wet- en regelgeving.

De COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen zijn vormgegeven langs de lijnen van de bestaande instrumenten die binnen de comptabele wet- en regelgeving voorhanden zijn: inkopen, subsidies, bijdragen, garanties, voorschotten. De rechtmatigheidseisen zijn voor die instrumenten duidelijk. Na aanvankelijk in de spoedsituatie van de COVID-19-crisis gehandeld te hebben, heeft VWS aanvullend op het handelen in de spoedsituatie maatregelen getroffen om onzekerheden en fouten in de rechtmatigheid tot een minimum te beperken. Derhalve zijn de aanvullende maatregelen in deze niet zozeer nieuwe maatregelen, maar maatregelen die VWS heeft getroffen om de spoedeisende handelingen naderhand binnen de bestaande kaders te verantwoorden: rechtmatigheidsacties aanvullend op de spoedeisende acties om als VWS verantwoordelijkheid te nemen in de COVID-19-crisis.

Zo heeft VWS voor wat betreft de aanbestedingen/inkopen die VWS zelf heeft gedaan de actie opgezet om alsnog alle relevante documenten die in een inkoopdossier behoren te zitten, bijeen te brengen. Hoe completer een dossier, des te kleiner de kans is op onzekerheden. Immers, op basis van een compleet dossier kan met zekerheid over het al dan niet zich voordoen van fouten in de rechtmatigheid worden gesproken. Ten aanzien van aanbestedingen/inkopen heeft de Europese Commissie aangegeven dat een beroep mag worden gedaan op de "dwingende spoed"-bepaling in de Aanbestedingswet, waardoor direct gegund kan worden aan een marktpartij zonder eerst te hoeven aanbesteden (art. 2.32 lid 1 sub c Aw). Aandachtspunten bij de inkoopdossiers zijn, naast de volledigheid van het dossier, onder meer: behoeftestelling, adequate motivering van de keuze voor de geselecteerde partij, de prestatieverklaring en gefactureerd bedrag is niet hoger dan de aangemaakte verplichting.

Naast inkopen is ook het subsidie-instrument ingezet (bijvoorbeeld de zorgbonus), alsmede bijdragen (aan agentschappen, ZBO's/RWT's, medeoverheden en internationale organisaties (bijvoorbeeld de Coalition for Epidemic Preparedness

Innovations (CEPI)). Ten aanzien van staatssteun heeft de Europese Commissie, naast de Tijdelijke Kaderregeling Covid-19, specifiek voor de zorg een soepelere lijn uitgezet. Deze lijn is te vinden op de website van de Europese Commissie¹. VWS spant zich in om uw Kamer ook over subsidies en bijdragen te kunnen verantwoorden in termen van rechtmatigheid en financieel beheer.

SG
Financieel-Economische
Zaken
Ontwikkeling Financieel Beleid
en Beheer

Datum
1 oktober 2020

Bij de eerdergenoemde zorgbonus speelt eveneens de spanning tussen beleidsmatige wenselijkheid en zekerheid over de rechtmatigheid, zij het niet vanwege het spoedeisende karakter, maar vanwege de wensen waaraan de zorgbonus moet voldoen. De zorgbonus is een initiatief van de Tweede Kamer waarbij de Kamer ook heeft aangegeven dat de administratieve lasten beperkt moeten zijn, de uitvoering eenvoudig en in 2020 voor de doelgroep beschikbaar. Daarbij speelt dat de doelgroep van de zorgbonus een gerichte benadering vergt met oog op de doeltreffendheid. Alleen al deze elementen (lage administratieve lasten, eenvoudig uitvoerbaar, een specifieke doelgroep en in 2020 door de doelgroep ontvangen) zijn bepalend voor en leiden tot druk op de rechtmatigheidswaarborgen die in het subsidie-instrument zijn ingebouwd. Indien er over de besteding van het subsidiegeld een hoge mate van verantwoording wordt vereist, leidt dit tot hogere administratieve lasten. Omgekeerd leidt een keuze voor lagere administratieve lasten tot minder controle over de besteding, waardoor er een grotere kans is op fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik ontstaat. Ook hier vergt het derhalve een zorgvuldige afweging om beleidsmatige wensen en rechtmatigheid recht te kunnen doen. De regeling die tot stand is gekomen is de uitkomst van de zorgvuldige belangenafweging. Bij het opstellen van de regeling zijn de Aanwijzingen voor subsidieverstrekking (ook wel bekend als het 'Uniform subsidiekader' of USK) gevolgd.

Een van de grotere posten die ik ook wil noemen, zijn de voorschotten aan het LCH. Het LCH is door middel van voorschotten door VWS voorzien van financiële middelen om (additioneel ten opzichte van bestaande marktpartijen) te kunnen voorzien in voldoende kwalitatief goede PBM en testkits. Daarbij heeft VWS een garantie afgegeven, zodat het LCH geen financiële risico's loopt bij het handelen namens VWS. Ook hier zal VWS op rechtmatigheid sturen van de voorschottenverlening en later bij het afrekenen van de verleende voorschotten.

Samengevat: doordat VWS in een spoedsituatie moest handelen, bestaat de kans dat niet alle uitgaven en verplichtingen rechtmatig tot stand zijn gekomen. Deels wordt dit ondervangen door ruimte die de Europese Commissie heeft geboden op het gebied van staatssteun en aanbestedingsrecht. VWS spant zich in om ten aanzien van de aanbestedingen, de subsidies en de voorschotverlening de zaken op orde te krijgen. De zorgbonus is daarbij een dossier waarbij de spanning tussen beleidsmatige wenselijkheid en rechtmatigheid het sterkst voelbaar is. De inspanningen van VWS zijn gericht op het zoveel mogelijk beperken van onzekerheden en fouten.

¹ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_20_458

Bijlage 2

De impact van ontbrekende informatie op de oordeelsvorming van de ADR

De impact is afhankelijk van welk aspect hierdoor beïnvloed wordt. Raakt het rechtmatigheidsaspecten (naleving wet- en regelgeving) dan komt dit, afhankelijk van de omvang, tot uiting in de Bedrijfsvoeringparagraaf (BVP). Heeft dit effect op het getrouwe beeld van de verantwoording, dan kan dit van invloed zijn op de strekking de controleverklaring. Deze invloed is afhankelijk van de aard en de financiële omvang van de bevindingen:

- de informatie is er niet. Het ontbreken van voldoende en geschikte controle-informatie leidt tot onzekerheden met betrekking tot de rechtmatigheid en ook de getrouwheid² van de verantwoorde bedragen. Omvang van de onzekerheden met betrekking tot de rechtmatigheid kan van invloed zijn op het al dan niet vermelden van deze onzekerheden in de BVP. Omvang van de onzekerheden met betrekking tot de getrouwheid kan van invloed zijn op de strekking van de controleverklaring van de ADR.
- de informatie is er wel maar niet op korte termijn presenteerbaar. Dit leidt tot mogelijk een aanzienlijke inspanning van de financiële functie van VWS. Beschikbare informatie moet worden verzameld en gestructureerd, en daar waar deze bij derden opgevraagd moet worden (bijvoorbeeld bij levering van diensten door derden) zullen mogelijk met terugwerkende kracht afspraken moeten worden gemaakt over het verkrijgen van informatie en de betrouwbaarheid hiervan. Afhankelijk van deze inspanning zal de ADR na moeten gaan of de verzamelde informatie voldoende en geschikt is als controle-informatie. Ook zal het tijdstip waarop voldoende en geschikte controle-informatie beschikbaar is van invloed zijn op de afronding van de controlewerkzaamheden van de ADR. De ADR is gehouden aan vaktechnische vereisten die een zekere doorlooptijd kennen. Hoe later informatie beschikbaar is, hoe later de controlebevindingen beschikbaar zijn.

2) Handboek Auditing Rijksoverheid: De controle op het getrouwe beeld houdt vijf toetsingsvragen in:

- a. heeft de verplichting, de uitgave of de ontvangst daadwerkelijk plaatsgevonden en heeft deze betrekking op het ministerie (bestaan)? Ten aanzien van in eerste instantie de verplichtingen (en bij toepassing van de Aanwijzingsregeling 'verplichtingen=kas' ook de transactie-uitgaven) en transactieontvangsten dient in dit verband te worden nagegaan dat een in relatie tot de prijs aanvaardbare tegenprestatie is overeengekomen en dat deze ook daadwerkelijk is geleverd (aanvaardbaarheid en levering);
- b. zijn alle verplichtingen, uitgaven en ontvangsten die in de departementale verantwoordingsstaat dienen te worden opgenomen, daarin ook inderdaad opgenomen (volledigheid)?;
- c. is de verplichting, de uitgave of de ontvangst voor het juiste bedrag in de departementale verantwoordingsstaat opgenomen (juistheid)?;
- d. is de verplichting, de uitgave of de ontvangst op het juiste tijdstip verantwoord (tijdigheid)?;
- e. is de verplichting, de uitgave of de ontvangst, gelet op de aard ervan, op het juiste begrotingsartikel geboekt (rubricering)?

SG
Financieel-Economische
Zaken
Ontwikkeling Financieel Beleid
en Beheer

Datum
1 oktober 2020

- De informatie is beschikbaar en presenteerbaar. De verzamelde informatie is voldoende om inzicht te geven in de rechtmatigheid van de aangegeven verplichtingen, uitgaven en ontvangsten. Dergelijke informatie kan door de ADR als voldoende en geschikte controle-informatie worden gebruikt. Beschikbaarheid houdt ook in dat er geen vertraging in het controleproces ontstaat zodat afronding van de controlewerkzaamheden voor 15 maart 2021 voor de ADR haalbaar is.

SG
Financieel-Economische
Zaken
Ontwikkeling Financieel Beleid
en Beheer

Datum
1 oktober 2020

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
1748207-210577-PG

Bijlage(n)
5

Uw brief

Datum 21 september 2020
Betreft Stand van zaken COVID-19

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

Geachte voorzitter,

1. Inleiding

Het coronavirus is inmiddels al ruim een half jaar onder ons. Na de eerste golf van besmettingen in maart en april, die het leven kostte aan ruim 6.000 Nederlanders en een ongekend beslag legde op de (ziekenhuis)zorg in ons land, kwamen we vanaf mei tijdelijk in iets rustiger vaarwater. De laatste weken is het aantal besmettingen echter weer snel opgelopen. Zodanig zelfs dat het nodig bleek om in een aantal regio's aanvullende maatregelen te nemen. In mijn brief van 18 september heb ik uw Kamer daarover geïnformeerd¹. Om te voorkomen dat het aantal besmettingen verder toeneemt, het aantal COVID-19 patiënten in de ziekenhuizen verder oploopt en er nog meer maatregelen nodig zijn is het van belang dat we ons aan de basisregels moeten blijven houden: werk zoveel mogelijk thuis, was regelmatig je handen, houd anderhalve meter afstand, vermijd drukte en laat je testen bij klachten.

Dat het aantal besmettingen oploopt komt doordat we het steeds moeilijker vinden om ons aan de maatregelen te houden. Dat is natuurlijk logisch, want het is heel menselijk om dicht bij elkaar te willen zijn. Maar het is toch echt nodig dat we voorlopig afstand bewaren. Door maatregelen waar mogelijk regionaal te nemen in plaats van landelijk, zoals in het begin van de coronacrisis, zorgen we er in ieder geval voor dat mensen in regio's waar het wel goed gaat niet onnodig belast worden. Daarnaast zetten we steeds meer in op communicatie naar specifieke doelgroepen, zoals jongeren, jongvolwassenen, mensen met een migratie-achtergrond, ouderen en mensen met een beperking. Hiermee willen we vanuit de overheid iedereen maximaal ondersteunen om de maatregelen vol te houden.

Dat dit een heel ingrijpende situatie is voor individuele Nederlanders en de samenleving als geheel is helder. Gelukkig zijn er inmiddels steeds meer positieve ontwikkelingen en vooruitzichten te melden. Wereldwijd werken farmaceuten aan de ontwikkeling van een vaccin. De Europese Commissie zet zich in om namens alle

¹ 2020Z16724

lidstaten van de Europese Unie zogenoemde *advance payment agreements* te sluiten met aanbieders van een kansrijk kandidaat-vaccin tegen COVID-19. Verkennde gesprekken met zes verschillende vaccinproducenten zijn succesvol afgesloten; met twee producenten is het contract inmiddels getekend. Enkele van deze vaccins bevinden zich momenteel in de laatste testfase. Het is nog onduidelijk wanneer deze studies worden afgerond, maar het is mogelijk dat nog in het laatste kwartaal van dit jaar resultaten beschikbaar komen. Indien deze testresultaten succesvol zijn, kunnen de vaccins in de eerste maanden van 2021 beschikbaar zijn. In mijn brief over de vaccinatiestrategie, die parallel met deze aan uw Kamer wordt gestuurd, ga ik hier verder op in.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Verder heb ik goede hoop dat met de inzet van snelle antigentesten en innovatieve testmethoden die momenteel worden ontwikkeld, de samenleving steeds meer open kan in de periode dat het virus nog onder ons is. In mijn brief van 18 september jl. heb ik geschetst welke ontwikkelingen er op dit terrein spelen.

Leeswijzer

In deze brief ga ik allereerst in op de stand van zaken rondom testen en traceren (paragraaf 2). Vervolgens zal ik meer toelichten over de Coronamelder (paragraaf 3). Daarna breng ik u op de hoogte over de doorontwikkeling van het dashboard (paragraaf 4). Daaropvolgend ga ik in op de stand van zaken rondom vaccins (paragraaf 5), opschaling IC/klinische bedden (paragraaf 6), opschalen reguliere curatieve zorg (paragraaf 7), persoonlijke beschermingsmiddelen (paragraaf 8), kwetsbare ouderen in verpleeghuizen (paragraaf 9), kwetsbare ouderen thuis (paragraaf 10), kwetsbare ouderen thuis (paragraaf 11), andere kwetsbare groepen (paragraaf 12), innovatieve behandelingen (paragraaf 13), actuele ontwikkelingen COVID-19-situatie in het Caribisch deel van het Koninkrijk (paragraaf 14), bonus voor zorgprofessionals (paragraaf 15), aandacht voor elkaar (paragraaf 16) en publiekscommunicatie (paragraaf 17). In de laatste paragraaf (paragraaf 18) zal ik ingaan op diverse onderwerpen zoals de tegemoetkoming voor amateursportorganisaties (TASO), onderzoek Q-koorts en COVID-19, C-support, het artikel 'A Smoking Gun': Infectious Coronavirus Retrieved From Hospital Air uit de New York Times en tot slot de rechtmatigheid van COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen.

Ik stuur deze brief mede namens de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Met deze brief voldoe ik aan:

- Het verzoek van het lid Krol uit ordedebat 8 september jl. om in te gaan op knelpunten in relatie tot de GGD.
- De toezegging aan de D66-fractie over de manier waarop een COVID-19 vaccin toch voor de Nederlandse markt beschikbaar blijft.
- De motie Dik-Faber met het verzoek om in overleg met cliëntenorganisaties oplossingen uit te werken en daarbij ook te kijken naar het preventief verstrekken van medische mondklappers voor specifieke groepen (Kamerstuk 25 295, nr. 491)
- De motie Jetten met de vraag om te onderzoeken of de maatregelen in geval van een verhoogde omgevingsprevalentie of uitbraak bij verpleeghuizen ook van toepassing zijn voor onderdelen van de zorg thuis, gehandicaptenzorg en

ggz en indien dat het geval is, deze maatregelen zo spoedig mogelijk in te zetten (Kamerstuk 25 295, nr. 530).

- De motie Van Brenk over de oprichting van een nationaal monument van rouw (Kamerstuk 25 295, nr. 338).
- De motie Azarkan Kamerstuk over het monitoren van negatieve gezondheidseffecten als gevolg van de coronacrisis (Kamerstuk 25 295, nr. 335).
- De toezegging aan het lid Heerma om onderzoek te laten doen naar de relatie tussen een (doorgemaakte) infectie met Q-koorts en extra kwetsbaarheid voor COVID-19.
- De motie van Jetten/Marijnissen die verzoekt om te bezien hoe vraaggerichte nazorg kan worden ingericht voor post-COVID-19 patiënten waarbij zorg, begeleiding en onderzoek worden gecombineerd, en hierin de ervaringen van onder meer Q-support mee te nemen (Kamerstuk 25 295 nr. 325)
- De toezegging aan het lid Sazias om de Kamer informeren over de uitwerking van de opdracht inzake de motie Jetten/Marijnissen.
- De toezegging aan het lid Wilders om kennis te nemen van het artikel 'Smoking Gun': Infectious Coronavirus Retrieved From Hospital Air uit de New York Times van 11 augustus.
- De toezegging aan het lid van den Berg om inzicht te geven in de rechtmatigheid van COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen

Kenmerk
1748207-210577-PG

Daarnaast heeft de commissie VWS mij op 18 september 2020 (kenmerk 2020Z16719) verzocht om een kabinetsreactie op het bericht 'Mondkapjesrichtlijn RIVM voor ouderenzorg tóch gebaseerd op schaarste' te ontvangen. Ik zal u hierover separaat mijn reactie sturen.

2. Testen en traceren

Laatste cijfers bron- en contactonderzoek

Allereerst schets ik een beeld over hoe het nu verloopt met het bron- en contactonderzoek (BCO). In de wekelijkse update van het RIVM over de epidemiologische situatie COVID-19 in Nederland van 15 september jl. worden er cijfers omtrent het BCO gepresenteerd. In de periode van 8 tot 15 september zijn er 8.265 COVID-19 patiënten door de GGD'en gemeld, de week ervoor lag dit getal op 5.427. De afgelopen weken is naar aanleiding van bijna alle positieve testuitslagen een BCO uitgevoerd, ondanks de toenemende besmettingsdruk. In de weken 34 en 35 lag dit percentage rond de 95%. De afgelopen weken wordt er per BCO tussen de twee en drie *nieuwe* huisgenoten of nauwe contacten geïdentificeerd. Zij worden benaderd door de GGD met het strikte advies om tien dagen in quarantaine te gaan.

Sinds 6 juli is in 36,3% van de besmettingen een gerelateerd ziektegeval geïdentificeerd én wordt een setting van besmetting vermeld in het registratiesysteem. In meer dan de helft van die situaties is de thuissituatie de waarschijnlijke setting van besmetting. In de gevallen dat er geen gerelateerd ziektegeval is geïdentificeerd en dus geen setting van besmetting is geregistreerd, is er vaak wel een serieus vermoeden van de setting van besmetting. Deze wordt echter niet geregistreerd bij de GGD, bijvoorbeeld omdat het mogelijk gerelateerde ziektegeval zich niet heeft laten testen. In werkelijkheid is dus in meer gevallen bekend wat de mogelijke setting van besmetting is.

Uit het regionale beeld komt naar voren dat de meeste besmettingen zich concentreren in de regio's met de grote steden. Alleen al van de 1.977 positief geteste mensen op vrijdag 18 september, komen 416 meldingen uit Amsterdam-Amstelland, 328 uit Rotterdam-Rijnmond, 196 uit Haaglanden en 165 uit Utrecht.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Naast de individuele besmettingen zijn er op dit moment 633 actieve clusters met een gemiddelde grootte van 6,5 personen per cluster. De range is 3-277. Een cluster betreft een groep van minimaal 3 besmette personen die aan elkaar gerelateerd zijn. De bron voor de meeste besmettingen is de thuissituatie, in 37% van de clusters. Daarnaast worden verpleeghuizen, werksituaties, kennissen en vrienden én horeca vaak genoemd als setting van een cluster.

Risicogericht BCO

In bepaalde regio's wordt in overleg met de veiligheidsregio en het RIVM overgegaan tot een meer risicogerichte aanpak van het BCO. Dit gebeurt op dit moment in meerdere regio's. De belangrijkste reden voor het overgaan tot een risicogericht BCO is dat de betreffende regio vanwege de besmettingsdruk onvoldoende capaciteit, inclusief de hulp van de nabij gelegen regio's en de inzet vanuit de landelijke schil, beschikbaar heeft om alle BCO's conform het RIVM protocol uit te voeren. Het uitvoeren van het risicogericht BCO verhoogt de snelheid waarmee het BCO kan worden opgestart. Hierdoor kan de positief geteste persoon en dienst contacten na de testuitslag snel geïnformeerd worden.

In de handreiking *maatregelen bij clusters en regionale verspreiding van COVID-19* van het RIVM² wordt ingegaan op hoe dit risicogericht BCO eruit kan zien. In deze handreiking worden drie scenario's benoemd: clusters zonder verdergaande verspreiding in de samenleving, clusters met verdergaande verspreiding in de samenleving en wijdverspreide community transmissie. In de eerste twee scenario's wordt aangeraden om het BCO bij clusters aan te scherpen. Als er sprake is van clusters met verdergaande verspreiding in de samenleving kan er bijvoorbeeld voor gekozen worden alle contacten gerelateerd aan het cluster te adviseren in quarantaine te gaan, dus ook niet nauwe contacten. Met dergelijke aanscherpingen van het BCO kan de keten van besmetting bij clusters sneller doorbroken worden. In het laatste scenario, wijdverspreide community transmissie, kunnen gezien de toename van de besmettingsdruk capaciteitsoverwegingen bij BCO een rol gaan spelen. Een GGD kan er in deze situatie conform de handreiking voor kiezen om de positief geteste personen zelf hun contacten te laten informeren of het bellen van nauwe contacten te prioriteren boven het bellen van huisgenoten. Huisgenoten worden immers vaak tegelijkertijd met de positief geteste persoon geïnformeerd. Een GGD kan ook in overleg met het RIVM bekijken om tijdelijk de registratielast te verlagen, waarbij opgemerkt dient te worden dat dit niet mag betekenen dat het zicht op het virus afneemt. Met deze maatregelen blijft de kern van het BCO (het achterhalen van de mogelijke bron van besmetting en het identificeren van contacten) behouden, ook in het geval van wijdverspreide community transmissie. Wel wordt de werkdruk voor de GGD verlicht waardoor een groter aantal BCO kan worden opgestart. Het is belangrijk om te benadrukken dat al deze maatregelen zo tijdelijk mogelijk van aard moeten zijn.

Verloop opschaling BCO capaciteit

² <https://ici.rivm.nl/covid-19/clusters-regionale-verspreiding>

Op 28 augustus jl. heeft GGD GHOR Nederland (GGD GHOR) het plan *Doorontwik- kelen en versnellen BCO capaciteit* opgeleverd. Dit plan heb ik reeds naar uw Ka- mer verstuurd³. In dit plan staat beschreven hoe GGD GHOR de paraatheid van de BCO capaciteit wil versterken en hoe de opschaling er in september uit zal zien. Conform dit plan wordt de regionale capaciteit en de landelijke schil verder uitge- breid, zodat er eind september voldoende capaciteit is voor ongeveer 1.500 BCO per dag (op reguliere wijze). Op dit moment is er capaciteit voor ongeveer 1.200 BCO per dag (op reguliere wijze). Daarmee wordt de opschaling volgens plan uit- gevoerd. Gezien de actuele besmettingsdruk, moesten enkele regio's noodzakelij- kerwijs overstappen op het risicogericht BCO. Ondanks de versnelde en doorlo- pende opschaling van BCO capaciteit bij de GGD'en (regionaal en landelijk), is het niet de verwachting dat op zeer korte termijn overal weer regulier BCO mogelijk is.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Met dit plan is de herijking van de opschaling in capaciteit nog niet afgerond. Zoals ik aangaf in mijn brief van 28 augustus jl. zal GGD GHOR de uitgangspunten van de opschaling periodiek herijken. Er wordt op dit moment hard gewerkt aan een *integraal opschalingsplan testen en traceren* waarin een doorkijk wordt gegeven naar de benodigde capaciteit bij de GGD voor het najaar. Hierover lopen nu gesprekken tussen het RIVM, GGD GHOR en VWS over de te hanteren uitgangspunten in het licht van de toenemende besmettingsdruk. Overigens heeft GGD GHOR aangegeven voorlopig maximaal te blijven opschalen in BCO capaciteit, ook na eind september.

Toezicht op testen en bron- en contactonderzoek

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft in de zomerperiode intensief onderzoek gedaan naar de uitvoering van het testbeleid en het bron- en contact- onderzoek. Er is gekeken naar de gehele keten; van afnemen van testen tot on- derzoek door laboratoria en het uitvoeren van bron- en contactonderzoek. Ook heeft de IGJ 289 burgers gevraagd naar ervaringen met het testen en het bron- en contactonderzoek door de GGD'en. Op 17 september heeft de inspectie de uit- komsten van dit onderzoek op haar website gepubliceerd⁴.

De IGJ heeft grote waardering voor de manier waarop de GGD'en het testen en het BCO in korte tijd hebben opgezet. Daarnaast concludeert de inspectie dat het testen en het bron en contact-onderzoek over het algemeen goed gaat. Ze advi- seert te werken aan de organisatiestructuur en de professionalisering van de ke- ten. Wanneer te veel mensen zonder klachten zich laten testen en wanneer het aantal nauwe contacten van besmette personen erg hoog blijkt te zijn, worden de bestaande knelpunten binnen het testen en BCO uitvergroet. Dit vraagt veel capa- citeit, onder andere van laboratoria. De IGJ doet aanbevelingen om het functione- ren van de keten te verbeteren.

Ik vind het belangrijk hier nogmaals te benadrukken dat wat betreft de financie- ring omtrent testafnames en capaciteit voor BCO ik niet duidelijk genoeg kan zijn: kosten mogen geen rol spelen in het opschalen. Voor het inschakelen van andere

³ Kamerstuk 25 295, nr. 510

⁴ <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2020/09/17/ggden-zijn-goed-op-weg>

testafname partijen heb ik recent een brief gestuurd naar GGD'en, op welke manier zij dit kunnen organiseren. Voor het opschalen in BCO capaciteit heb ik afspraken gemaakt met GGD GHOR.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Later deze maand rondt de IGJ een breed onderzoek naar het aanbod, de beschikbaarheid en de kwaliteit van coronatesten af.

Regie op de keten van testen en traceren

Tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen van 17 september jl. is er berichtgeving in Trouw verschenen over een brief van de voorzitter van de GGD GHOR, de heer Rouvoet, aan mij aangaande het testbeleid. Deze brief, die de vorm van een emailbericht heeft, treft u bijgevoegd aan. Op verzoek van uw Kamer geef ik u hierbij een reactie op deze berichtgeving. Tevens ga ik daarmee in op het verzoek van de heer Krol uit het ordedebat van 8 september jl. om in te gaan op knelpunten in relatie tot de GGD.

Op 16 september heb ik een mail ontvangen van de heer Rouvoet waarin wordt ingegaan op de huidige krapte in de testcapaciteit, het voorrangbeleid voor zorgpersoneel en onderwijzend personeel (primair- en voortgezet onderwijs), het nemen van maatregelen om de verspreiding van het virus tegen te gaan, en de stand van zaken omtrent het te verwachten opschalingsplan testen en traceren voor oktober-december. Naar aanleiding van deze mail heb ik op de avond van 17 september een goed gesprek gevoerd met de directeurs Publieke Gezondheid (DPG), de voorzitter van de GGD GHOR Nederland, een vertegenwoordiger van de Veiligheidsregio's, de directeur van het LCDK en de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM. Wij hebben gesproken over de verschillende onderwerpen uit de mail. Bij individuele DPG'en bestaat behoefte nog meer meegenomen te kunnen worden in de afwegingen tussen bron- en contactonderzoek, en maatregelen.

Samen met de GGD'en, het RIVM, het Landelijke Coördinatieteam Diagnostische Keten (LCDK) en Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) deel ik de behoefte om de regie op de gehele keten van testen, bron- en contactonderzoek en maatregelen te versterken. Momenteel speelt de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) hier een rol in. Om sterker te kunnen sturen op de verbetering van de samenwerking tussen ketenpartners, een toekomstbestendig inrichting van het testlandschap zal ik de rol van de LCT intensiveren. Ik zal binnenkort een nieuwe voorzitter benoemen van de LCT. Over diens opdracht zal ik uw Kamer nader informeren. Daarnaast zal ik de komende weken de positionering en de operationele slagkracht van het LCDK versterken. Het LCDK krijgt het mandaat om te kunnen sturen op teststromen, inclusief de hiervoor noodzakelijke allocatie van schaarse materialen voor laboratoria.

De noodzaak van het verstevigen van de regie wordt onderschreven door de resultaten van het rapport van de IGJ naar de uitvoering van het testbeleid en het bron- en contactonderzoek. In mijn brief van 28 augustus jl. aan uw Kamer ben ik reeds ingegaan op de verantwoordelijkheidsverdeling in het stelsel van volksgezondheid. Wettelijk gezien is er geen sprake van centrale aansturing vanuit het ministerie van VWS of door GGD GHOR op de regionale GGD-en. Zoals eerder met uw Kamer gedeeld zijn de GGD'en regionaal georganiseerd en staan, in geval van

bestrijding van een A-ziekte, onder aansturing van de voorzitters veiligheidsregio's. De minister van VWS is verantwoordelijk bij de bestrijding van een A-ziekte. De minister van VWS geeft leiding aan de bestrijding en kan (als ultiem instrument) de voorzitter van de veiligheidsregio een aanwijzing geven (art. 7 Wpg). Het samenspel met de afzonderlijke GGD'en vindt dus plaats op verschillende niveaus, en vanuit verschillende posities en rollen. Vanuit mijn positie als minister van VWS schep ik de kaders waarin organisaties opereren. En ben ik opdrachtgever richting de organisaties in de keten. Onderdeel van goed opdrachtgever- en opdrachtnemerschap is dat inzichtelijk is hoe de uitvoering van de opdracht verloopt, en dat deze resultaten transparant zijn. Met deze informatie kan nog beter gestuurd worden op, met name, de overgangen in de keten en daarmee de doorlooptijden te verbeteren. De basis van een effectieve aanpak van de verspreiding van het virus.

Kenmerk
1748207-210577-PG

3. CoronaMelder

Op donderdag 3 september heeft uw Kamer ingestemd met het wetsvoorstel Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19. Dit wetsvoorstel ligt momenteel ter behandeling voor bij de Eerste Kamer. Zoals ik in mijn brief van 11 september heb gemeld, heb ik de praktijktest met CoronaMelder aangepast ten aanzien van testen na notificatie zonder klachten⁵. Na behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer, en uitgaande van een positieve uitkomst, zal ik uw Kamer informeren over de datum van landelijke introductie van CoronaMelder. Zoals eerder aangegeven, zal in de handelingsadviezen de op dat moment geldende richtlijn van het Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) worden gevolgd. Tevens zal in de voorbereiding op de landelijke introductie, extra aandacht besteed worden aan het vrijwillige karakter van het gebruik van CoronaMelder.

4. Doorontwikkeling dashboard

Nieuw ontwerp met meer lokale en regionale cijfers

Het coronadashboard geeft ons sinds begin juli zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus. Inmiddels is het dashboard ver ontwikkeld. Sinds dinsdag 15 september heeft het coronadashboard een nieuw ontwerp waarmee ook meer lokale en regionale cijfers duidelijk inzichtelijk zijn geworden. Zo kan men nu bijvoorbeeld ook zien wat het aantal positief geteste mensen is in ieders gemeente.

Deze regionale en lokale cijfers worden steeds belangrijker nu we het aantal besmettingen weer zien oplopen. We moeten maatregelen nemen daar waar het virus de ruimte krijgt. Door goed inzichtelijk te hebben hoe besmettingen oplopen, kunnen we met gerichte maatregelen in de regio's waar dat nodig is, het virus hard raken maar de samenleving niet.

Om duidelijk te kunnen maken wat de situatie is in een bepaalde regio, maken we gebruik van een escalatieladder. Verschillende regio's worden aan de hand daarvan ingeschaald op besmettingsrisico. Ik heb in mijn brief van 18 september toegelicht. Het risiconiveau waarin een regio zich bevindt, is terug te zien op een kaart op het coronadashboard. Het streven is om op korte termijn ook de geldende maatregelen in een regio te ontsluiten via het dashboard. Voor nu kan via het dashboard al doorgelinkt worden naar de maatregelen die gelden in de regio's met een verhoogd besmettingsrisico.

⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 537

Vooruitblik

Het dashboard wordt komende periode verder uitgewerkt. Om het dashboard zo goed mogelijk te laten aansluiten bij onze gebruikers (burgers, bestuurders, professionals, journalisten en beleidsmakers), wordt het dashboard continu getoetst door middel van gebruikersonderzoeken. Ook wordt een communicatiestrategie uitgewerkt om de verschillende doelgroepen van het dashboard zo optimaal mogelijk te kunnen bedienen.

Kenmerk

1748207-210577-PG

Daarnaast wordt permanent gewerkt aan het toevoegen van nieuwe databronnen en het vergroten van de kwaliteit. Zo geeft het dashboard binnenkort ook inzicht in het percentage positieve testen en wordt verpleeghuisdata verbeterd en ook regionaal zichtbaar. Tevens wordt gewerkt aan het inzichtelijk maken van gedragsindicatoren.

5. Vaccins

De Europese Commissie heeft met zes verschillende vaccinproducenten verkennende gesprekken succesvol afgesloten over de aanschaf van een vaccin tegen het coronavirus; met twee producenten is het contract inmiddels getekend. In deze gesprekken zijn ook afspraken gemaakt over levering aan de lidstaten. Elk land krijgt naar rato van het inwonersaantal een deel van de vaccins. Met deze afspraken is de levering van vaccins geborgd, ook aan de Caribische delen van het Koninkrijk. Hiermee geef ik invulling aan de toezegging die ik tijdens het debat van 25 juni jl. heb gedaan aan de D66-fractie over de manier waarop een COVID-19 vaccin toch voor de Nederlandse markt beschikbaar blijft. Voor de overige stappen die ik zet in het kader van de COVID-19 vaccinatiestrategie, verwijs ik u naar mijn brief over de voorbereidingen van een COVID-19 vaccinatieprogramma, die ik uw Kamer parallel aan deze voortgangsbrief stuur.

6. Opschaling IC en bijbehorende klinische capaciteit

Naar aanleiding van het plan van Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) zijn ROAZ-en en ziekenhuizen druk bezig met de opschaling van de IC- en klinische COVID-19-capaciteit. Voor een actueel overzicht van het aantal COVID-patiënten dat op de Intensive Care (IC) verblijft en het aantal non-COVID-19-patiënten op de IC verwijs ik graag naar de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS).⁶ Om de oplopende druk bij de ziekenhuizen gelijkmatig te verdelen worden de patiënten in de drukke regio's weer verspreid.

Ziekenhuizen benadrukken in het kader van de opschaling het belang van de continuïteit van de reguliere zorg en spannen zich in om deze zoveel mogelijk doorgang te laten vinden. Voor de continuïteit van de reguliere zorg én voor de opschaling van de IC-capaciteit en klinische capaciteit is het beschikbaar hebben van voldoende personeel een zeer belangrijke factor. Tevens is de betrokkenheid van medewerkers hierbij onontbeerlijk. Zeker in een periode waarin er veel wordt gevraagd van eenieder en waarin onzekerheid is over een eventuele tweede golf, is het van groot belang dat zorgprofessionals gehoord en betrokken wordt in de uitwerking van de plannen die gemaakt worden. Medezeggenschap van verpleegkundigen is hierin dus een belangrijk thema. Ik heb uw Kamer op 15 september 2020

⁶ <https://lcps.nu/>

reeds geïnformeerd over het advies van de Chief Nursing Officer over de positionering van verpleegkundigen⁷.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Meer specifiek heeft de minister voor Medische Zorg en Sport in gesprek met de NVZ, de NFU en V&VN onder de aandacht gebracht dat zij verwacht dat het verpleegkundig perspectief goed betrokken wordt bij de IC-opstapeling. Dit is bevestigd door de bestuurders van deze organisaties.

Het ministerie van VWS zal de ziekenhuizen die gaan opschalen, op basis van de afspraken die hierover zijn gemaakt, een kostendekkende en doelmatige vergoeding geven voor kosten die direct gekoppeld zijn aan de opstapeling. Op dit moment wordt deze subsidieregeling nader uitgewerkt. Over de voortgang van de opstapeling heb ik regelmatig overleg met onder andere de ROAZ-voorzitters en de ziekenhuiskoepels. Ten aanzien van de beademingsapparatuur kan ik u mededelen dat op basis van de inventarisatie bij alle opstapelende ziekenhuizen naar benodigde beademingsapparatuur in het kader van de opstapeling geconcludeerd is dat er kan worden voldaan aan de eerste en tweede voorkeur van de ziekenhuizen zelf. In september wordt de apparatuur aan de ziekenhuizen voor de opstapelingsfasen tot en met 1.350 IC-bedden uitgeleverd. Daarna wordt gewerkt aan uitlevering voor de opstapeling richting 1.700 IC bedden. De beademingsapparatuur zal door VWS aan de ziekenhuizen worden geschonken.

7. Stand van zaken opschalen reguliere curatieve zorg

De ontwikkeling in de mate waarin reguliere zorg weer wordt verleend, heeft nog altijd onze aandacht. Het is van belang dat COVID-19 en reguliere zorg zoveel mogelijk naast elkaar worden geleverd, ook wanneer we met een opleving van het virus te maken krijgen. Recent zijn enkele nieuwe rapportages uitgebracht door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). VWS heeft de NZa gevraagd om de opstapeling van de reguliere zorg te coördineren. Zoals eerder toegezegd, wordt uw Kamer bij deze hierover geïnformeerd⁸.

Nadat de planbare zorg in de gehele curatieve sector sinds half maart is afgenomen, lijkt de zorg zich te ontwikkelen naar een nieuwe normale situatie waarin de benodigde zorg weer geleverd wordt. Over het algemeen is een stevig herstel te zien en dat is mede doordat zorgaanbieders en de ROAZ-regio's, samen met veldpartijen en de NZa, de opstapeling van zorg in gezamenlijkheid hebben opgepakt. Hieronder licht ik de situatie per sector toe.

Medisch-specialistische zorg (msz)

Het wekelijks aantal verwijzingen van de huisarts naar het ziekenhuis is weer terug op het niveau van vorig jaar. In totaal zijn er dit jaar ruim 800.000 minder verwijzingen ten opzichte van vorig jaar. Uit de rapportage van juli⁹ bleek dat een relatief groot aantal patiënten in juni voor het eerst gezien is. Dit zou kunnen betekenen dat de achterstand die is ontstaan in maart en april nu wordt ingehaald. Vooral bij de specialismen KNO, oogheelkunde en orthopedie, over het algemeen de specialismen waar in maart het snelst werd afgeschaald, is die stijging het

⁷ Kamerstuk 29 282, nr. 411

⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 428

⁹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316708_22/1/

grootst. De NZa stelt in hun rapportages over de oncologische zorg^{10 11} dat bij sommige oncologische verwijzingen er mogelijk ook sprake is van een inhaalslag. Inmiddels blijkt uit de rapportage van augustus dat in juli het aantal behandelde patiënten in ziekenhuizen gelijk of iets hoger is dan in juli 2018 en juli 2019¹².

Kenmerk
1748207-210577-PG

Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

De zesde rapportage voor de ggz toont dat het aantal verwijzingen vanuit de huisarts net zo hoog is als voor de COVID-19-uitbraak, maar niet hoger. Er is dus (nog) geen sprake van een inhaaleffect. Vanaf half maart zijn er ongeveer 65.000 minder verwijzingen geweest. Kijkend naar de cijfers die ggz-aanbieders tot 1 augustus hebben aangeleverd, is er in de wachttijden in de ggz weinig verandering zichtbaar. De NZa heeft in de rapportages van juli en augustus voor het eerst gebruik gemaakt van actuele registratiedata over behandeltrajecten van enkele ggz-instellingen. Op basis van deze (niet representatieve) data constateert de NZa onder andere dat het aantal nieuw gestarte behandelingen sinds de COVID-19-maatregelen sterk gedaald is en nog niet op het niveau van voorgaande jaren zit. Hierin speelt de zomervakantie ook mee. Dit zou deels een verklaring kunnen zijn voor het feit dat de wachttijden nog niet teruglopen. Op 23 september vindt er weer een koepeloverleg over de corona-crisis met de ggz-sector plaats, dan zullen deze ontwikkelingen geagendeerd worden.

In de augustus-rapportage presenteert de NZa ook voor het eerst data over het aantal minuten directe behandeltijd. Het aantal directe patiëntgebonden minuten daalde na invoering van de corona-maatregelen, maar ligt inmiddels hoger dan vorig jaar. Ook geeft de rapportage inzicht in de ontwikkeling van het aantal opnamedagen. Het aantal opnamedagen is in de eerste periode na de invoering flink gedaald (40%), herstelt langzaam en zit inmiddels weer dicht bij het oude niveau. Het beeld van het aantal patiënten met een openstaand zorgtraject dat zorg heeft ontvangen (directe behandelminuten of opnamedagen) lijkt niet veel te verschillen met voorgaande jaren. Met name de daling van het aantal gestarte zorgtrajecten is een aandachtspunt, ook in het kader van de aanpak van de wachttijden. Zoals de staatssecretaris in zijn brief aan uw Kamer van 1 juli jl. aangaf werken veldpartijen en VWS aan een ambitieuze agenda om deze wachttijden aan te pakken¹³. De staatssecretaris zal u hier in september over de voortgang informeren.

Huisartsenzorg

Wat betreft huisartsenzorg heeft het Nivel in opdracht van de NZa onderzoek gedaan naar de doorgang van deze zorg in de afgelopen periode¹⁴. Hieruit blijkt dat huisartsen een kwart minder patiënten in hun praktijk zagen in de periode van 9 maart tot 24 mei en de helft minder visites aan patiënten aflegden. Huisartsen zagen vooral mensen die (mogelijk) COVID-19 hadden, patiënten met lichte klachten bleven veelal weg. Wel is een stijging te zien in het aantal consulten via de telefoon, beeldbellen of e-mail. Op dit moment is de zorgvraag weer zo goed als terug op het niveau van voor de COVID-19 uitbraak.

Wijkverpleging

¹⁰ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316707_22/1/

¹¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_319568_22/1/

¹² https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_319567_22/1/

¹³ Kamerstuk 25 424, nr. 546

¹⁴ <https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003787.pdf>

Begin juli heeft de NZa een eerste rapportage¹⁵ voor wijkverpleging uitgebracht. Deze analyse is gebaseerd op data van vier relatief grote aanbieders van wijkverpleging. Het is daarmee geen representatieve weergave voor de hele sector, maar geeft wel een indicatie van de impact van COVID-19 op de afbouw en opstart van wijkverpleging. Bij deze vier aanbieders daalde tussen half maart en eind april het aantal zorgvragen. Op het laagste niveau van de analyseperiode waren er 13,4% minder cliënten en is het totale aantal uren geleverde zorg zo'n 19% lager dan voor de uitbraak. Hier zijn verschillende redenen voor zoals het stilvallen van vervolgzorg vanuit het ziekenhuis, een vermindering van de instroom van nieuwe cliënten via de huisarts en minder verplaatsing naar het verpleeghuis. In sommige gevallen hebben cliënten zorg zelf afgezegd of is in overleg met de cliënt zorg afgeschaald. De noordelijke provincies kende daarbij minder terugval in zorg dan de zuidelijke provincies. Inmiddels is de wijkverpleging via de reguliere wijkroutes weer toegenomen.

Daarnaast heeft de NZa onderzocht wat de relatie is tussen het af- en opschalen van electieve ziekenhuiszorg en de wijkverpleging. Slechts 2% van de cliënten in de wijkverpleging heeft daarvoor planbare ziekenhuiszorg ontvangen. Als niet planbare ziekenhuiszorg hierbij wordt opgeteld, gaat het om 7% van de cliënten in de wijkverpleging. Nu de ziekenhuizen steeds meer reguliere zorg opstarten, is het belangrijk dat zij dat in samenhang met andere partners in de zorgketen doen. Om de doorstroom naar wijkverpleging optimaal te houden, is het van belang om aanbieders van wijkverpleging goed te betrekken bij de opstart van zowel urgente als niet urgente ziekenhuiszorg in de regio.

Inmiddels is via de tweede rapportage wijkverpleging¹⁶ declaratiedata beschikbaar die ook de landelijke ontwikkelingen weergeeft. Te zien is dat de omzet en het aantal (nieuwe) cliënten na een daling in april weer toeneemt in mei en juni. De totale uitgaven aan wijkverpleging zijn in april 2020 met 8% gedaald in vergelijking met april 2019. Het aantal nieuwe cliënten was die maand zo'n 20% minder dan het jaar daarvoor. Op basis van een indicatie van de cijfers van vier grote aanbieders valt op te maken dat ook in de periode na juni weer meer uren zorg wordt geleverd. Bij deze vier aanbieders is halverwege augustus het niveau van 2019 echter nog niet gehaald.

Zorg in andere sectoren

Ook de mondzorg en paramedische zorg zijn na een periode van zeer beperkte zorgverlening weer opgeschaald. Mondzorgpraktijken kennen inmiddels een omzet van zo'n 95% vergeleken met dezelfde periode in 2019, mede dankzij het hantieren van ruimere openingstijden. Beroepsgroepen in de paramedische zorg hadden op 30 april jl. een document gereed over hoe de paramedische zorg op verantwoorde wijze opgeschaald kon worden. Bij de NZa zijn geen signalen bekend over problemen bij de opschaling in deze sector.

Komende periode

De NZa blijft de reguliere zorg in de curatieve sector, maar daarnaast ook in de langdurige zorg, de komende tijd nauwkeurig volgen en monitoren. De NZa is alert op signalen en meldingen van knelpunten in de toegankelijkheid van zorg,

¹⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_315615_22/1/

¹⁶ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_320193_22/1/

ook door hierover in gesprek te blijven met de belangrijkste betrokken organisaties, en houdt ook de ontwikkeling in wachttijden in de gaten. Dit is te meer van belang nu als gevolg van de snelle toename van de besmettingen de zorg ook meer onder druk komt te staan.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Bevolkingsonderzoeken naar kanker

In zijn antwoorden op feitelijke vragen van uw Kamer gaf de staatssecretaris van VWS op 24 augustus 2020 aan dat de bevolkingsonderzoeken naar kanker inmiddels weer volop zijn gestart¹⁷. Gelet op de gezondheidswinst die met de bevolkingsonderzoeken naar kanker wordt gerealiseerd is het van belang dat deze zo goed mogelijk blijven doorgaan, ook bij een heropleving van het virus. Er wordt hard gewerkt om de achterstanden te beperken en zo snel mogelijk in te halen. Dit is alleen mogelijk wanneer bij een tweede golf van het virus de bevolkingsonderzoeken naar kanker door blijven gaan. De staatssecretaris heeft daarom aan het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM gevraagd samen met de ketenpartners te kijken wat hiervoor nodig is. Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek en de ketenpartners treffen nu de voorbereidingen om te kunnen ingrijpen wanneer dit nodig blijkt.

Zoals de staatssecretaris op 24 augustus aangaf, zijn er korte lijnen tussen het Centrum voor Bevolkingsonderzoek en de vervolgzorg. De beschikbaarheid van vervolgzorg zal nauw worden gemonitord op regionaal niveau. Dit biedt de mogelijkheid om bij te sturen als een tijdelijke regionale opleving van het virus leidt tot een beperkte beschikbaarheid van reguliere zorg. In dat geval kunnen uitnodigingen of afspraken in die regio bijvoorbeeld worden uitgesteld of kunnen cliënten naar aanpalende regio's worden verwezen voor vervolgonderzoek. Hiermee kunnen de gevolgen van regionale tijdelijke pieken worden opgevangen zonder grote gevolgen voor de deelnemers.

Bij een grote landelijke uitbraak kunnen meer ingrijpende maatregelen nodig zijn. Opties zijn dan het tijdelijk verlengen van de uitnodigingsinterval bij de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker en darmkanker, en het toepassen van triage in de zorg bij de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker en borstkanker. Met dit laatste wordt bedoeld dat cliënten met een ernstigere afwijking voorrang krijgen en cliënten met een minder ernstige afwijking langer wachten op het vervolgonderzoek. De betrokken zorgverleners maken de afweging welke cliënten met spoed gezien moeten worden en welke cliënten iets langer kunnen wachten. Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek heeft deze strategie met de betreffende beroepsgroepen en de patiëntvertegenwoordigers afgestemd.

8. Voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)

In mijn brief van 6 augustus jl.¹⁸ heb ik u geïnformeerd dat het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) beschikbaar blijft als noodlijn voor zorginstellingen en zorgverleners in zowel de cure als de care. Het LCH heeft op dit moment voldoende voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen opgebouwd om aan de huidige vraag te voldoen. Het LCH heeft ons voor de zomer laten weten voorbereid te zijn op een piekverbruik zoals in de periode maart/april gedurende 10 weken. Het LCH heeft daarbij specifiek gekeken naar het reguliere verbruik

¹⁷ Kamerstuk 32 793, nr. 490

¹⁸ Kamerstuk 25 295 nr. 469

voor de corona-uitbraak en het piekverbruik in de periode maart en april jl. Ter illustratie: het LCH heeft in totaal ruim 1 miljard chirurgische mondmaskers besteld. Hiervan zijn er op dit moment al 700 miljoen in Nederland op voorraad waarvan 535 miljoen chirurgische maskers direct leverbaar. Daarnaast zijn er in totaal van de ruim 695 miljoen bestelde handschoenen inmiddels 289 miljoen op voorraad en 175 miljoen direct leverbaar. De actuele stand van de voorraden wordt wekelijks gepubliceerd op de website over het LCH¹⁹.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Op dit moment laten we nader analyseren wat vraag en aanbod van persoonlijke beschermingsmiddelen onder verschillende scenario's doet zoals ook meer preventief gebruik in verpleeghuizen of andere sectoren in de zorg als het aantal besmettingen in de regio sterk stijgt. We verwachten u daar eind september verder over te informeren.

Inmiddels zien we dat zorginstellingen steeds beter in staat zijn beschermingsmiddelen in te kopen bij hun eigen leveranciers. Met uitzondering van onderzoekshandschoenen – en in mindere mate isolatiejassen - lijken de meest gebruikte beschermingsmiddelen goed leverbaar. Ook zien we dat zorginstellingen en zorgverleners zelf extra voorraden voor een bepaalde periode aanleggen om voorbereid te zijn op toekomstig piekverbruik. Het LCH zou dan alleen nodig zijn waarvoor het bedoeld is: als noodvoorziening. De wereldwijde markt van persoonlijke beschermingsmiddelen blijft grillig en waakzaamheid blijft dus geboden. Daarom worden signalen over mogelijke tekorten nadrukkelijk nagetrokken.

Om minder afhankelijk te zijn van de internationale markt stimuleren we waar mogelijk de productie van beschermingsmiddelen in Nederland zoals chirurgische maskers en FFP2-maskers. Inmiddels zijn er drie fabrikanten gestart met het produceren van FFP2-maskers en lopen er ook drie initiatieven op het gebied van de productie van chirurgische maskers. Daarnaast zijn er initiatieven ontstaan voor de levering van benodigde grondstoffen voor met name voor mondmaskers. Tot slot zijn er momenteel oriënterende gesprekken met een ondernemer in Nederland om te onderzoeken of productie van onderzoekshandschoenen in Nederland mogelijk is.

9. Kwetsbare ouderen in verpleeghuizen

De cijfers

De stand van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in verpleeghuizen is op dit moment als volgt:

- Het RIVM (peildatum 21 september) schat dat tot nu toe bij ruim 9.150 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ruim 2.950 mensen als overleden zijn gemeld.²⁰ Veel mensen herstellen dus gelukkig ook weer.

¹⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/tijdelijke-crisisstructuur/landelijk-consortium-hulpmiddelen/actuele-voorraad-persoonlijke-beschermingsmiddelen-voor-zorg>

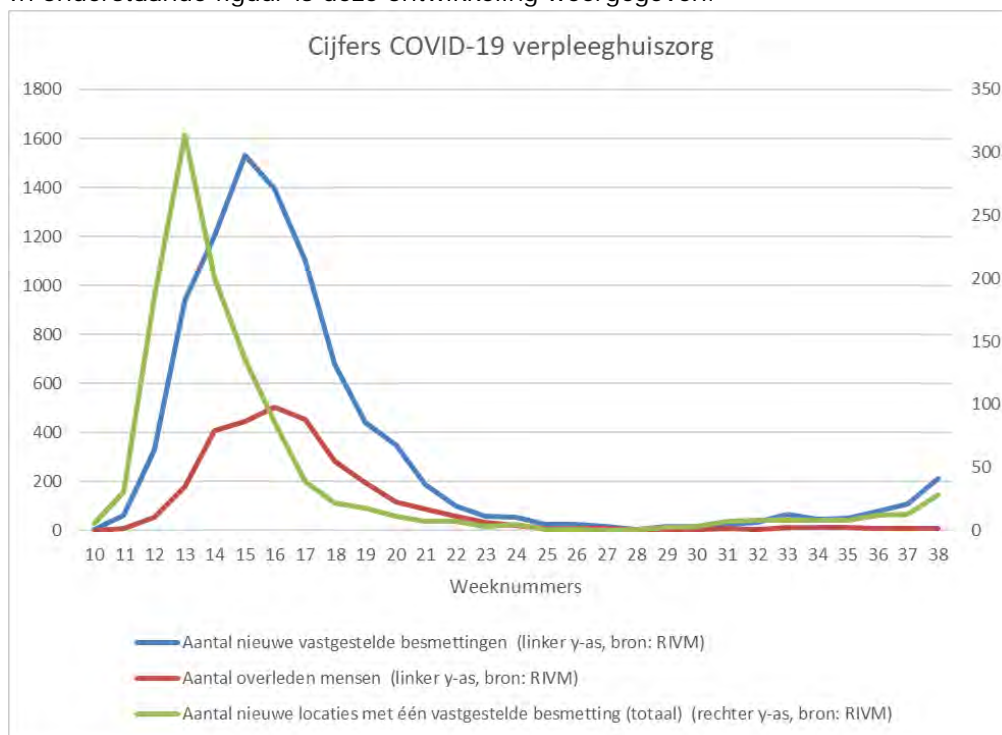
²⁰ Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

- Op 1 januari 2020 woonden circa 120.000 zeer kwetsbare mensen in een verpleeghuis. Dit betekent dat bij ruim 7,5% van de bewoners COVID-19 is bevestigd dat bijna 2,5% van de bewoners is overleden.
- Het aantal locaties waar sprake is (geweest) van een bevestigde besmetting van 1 of meer personen is 1.171.²¹ Dit is ongeveer 47% van het totaal aantal verpleeghuislocaties in Nederland.
- Het RIVM schat dat op 186 locaties nu sprake is van een COVID-19. Dit getal is een schatting op basis van het aantal verpleeghuislocaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is van tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test.

Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen en het aantal meldingen van 'nieuwe verpleeghuislocaties' met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting neemt de laatste weken weer toe. Dit geldt niet voor het aantal mensen dat is overleden.

Verder geldt dat het aantal opgenomen cliënten met een verpleeghuisindicatie na de eerste piek met circa 5.000 is afgenomen. Inmiddels zijn daarvan 3.000 plekken weer bezet. Het aantal nog niet opgevolde plekken bedroeg in week 35 daarmee circa 2.000. Daardoor worden de wachtlijsten ook minder lang.

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling weergegeven:



Ontwikkelingen

²¹ In de melding van bevestigde COVID-19 besmetting ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

De moeilijke maanden waarin vanwege de landelijke regels geen bezoek mogelijk was, liggen al weer enige tijd achter ons. In ieder verpleeghuis is, met inachtneming van de geldende richtlijnen, weer bezoek mogelijk. Wel gelden (specifieke) beperkingen in situaties waarin een verpleeghuis te maken heeft met één of meer besmettingen, maar ook daar wordt gezocht naar een goede balans tussen het medische noodzakelijke en het menselijk wenselijke. Ook in deze situatie wordt zo snel als mogelijk weer bezoek toegestaan.

Kenmerk
1748207-210577-PG

De laatste weken zien we het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen en het aantal meldingen van 'nieuwe verpleeghuislocaties' met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting toenemen. Waakzaamheid blijft dus geboden. Verpleeghuizen hebben zich voorbereid op een verhoging van de besmettingsgraad in de omgeving alsook op een mogelijke uitbraak op de locatie. De directeur Publieke Gezondheid van de betreffende regio zal de bestuurders van de verpleeghuizen in hun regio informeren op het moment dat de risico-inschaling van de regio verandert. Hij bespreekt met de verpleeghuizen de situatie en welke maatregelen zij treffen dan wel kunnen treffen, passend bij de lokale situatie.

Maatregelen zullen primair lokaal dan wel regionaal genomen worden. Ook hier gaat het om de drieslag: data (wat zijn de cijfers en ontwikkelingen?), duiden (hoe de data buiten en binnen organisaties te plaatsen?) en doen (welke instrumenten te benutten, mits proportioneel, effectief en rekening houdend met neveneffecten?). Uitgangspunten hierbij zijn het (voortschrijdend) inzicht in de aard en de transmissie van het virus en de effecten van maatregelen te benutten en maatregelen te nemen die passen bij de lokale/regionale situatie (maatwerk: de ene situatie is de andere niet). Dit is ook zo verwoord in de geleerde lessen die ik u voor de zomer heb toegestuurd²².

Eén van die geleerde lessen betrof het opstellen van een evenwichtige en gedifferentieerde bezoeksregeling. Met de nieuwe handreiking voor bezoek en sociaal contact die door de betrokken veldpartijen, ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&VN en Zorgthuis.nl is opgesteld, is dit gerealiseerd. Ieder verpleeghuis maakt met behulp van de in de handreiking genoemde randvoorwaarden een plan voor bezoek en sociaal contact. Gegeven dat de laatste weken het aantal besmettingen in bepaalde regio's weer toeneemt, blijft het informeren naar klachten bij bezoekers en de registratie bij bezoek en het testen van medewerkers met klachten van groot belang naast het naleven van de algemene adviezen op het punt van hygiëne. De IGJ gaat nadrukkelijker na of de basishygiëne en infectiepreventie in verpleeghuizen op orde zijn.

Een andere les is dat een goede monitor essentieel is om tijdig de juiste maatregelen te kunnen nemen. Daarvoor is informatie nodig over het aantal besmettingen in verpleeghuizen, in de regio en landelijk. In de afgelopen weken is daarom gewerkt aan het verbeteren van de registratie van verpleeghuislocaties met minimaal één besmetting. Daarnaast wordt de informatie over het aantal nieuwe besmettingen en het aantal besmette locaties vanaf nu ook regionaal weergegeven op het dashboard. Ook bevat het coronadashboard meer informatie over virusdeeltjes in rioolwater. Deze informatie helpt de directeur Publieke

²² Kamerstuk 25 295, nr. 461

Gezondheid en verpleeghuizen om een inschatting te kunnen maken of aanvullende maatregelen nodig zijn, in of rond het verpleeghuis.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Preventief gebruik van PBM in verpleeghuizen

In mijn brief van 1 september 2020 ben ik ingegaan op het OMT-advies van 27 augustus 2020 met betrekking tot de bevindingen van het onderzoek van Amsterdam UMC, afdeling Ouderengeneeskunde in samenwerking met Erasmus MC, afdeling virologie en de GGD Amsterdam, naar presymptomatische transmissie van COVID-19 in vier verpleeghuizen²³. Naar aanleiding van dit onderzoek is het behandeladvies COVID-19 Acute fase en nazorg van Verenso en NVAVG aangepast. Dit heeft onder anderen consequenties voor het testbeleid binnen de instellingen en het preventief gebruik van PBM. De aanbeveling om, bij het stijgen van de COVID-19-prevalentie in de omgeving, steekproefsgewijs bewoners en medewerkers van verpleeghuizen preventief te testen zal verder worden uitgewerkt. In het geval het aantal besmettingen in de omgeving van een instelling toeneemt, kan de introductie van COVID-19 in verpleeghuizen worden voorkomen door meer preventief gebruik van PBM's door medewerkers. Er volgt nog nadere bepaling en afstemming over bij welke incidentie dit kan worden overwogen. Dit sluit ook aan bij de escalatieladder die op dit moment wordt ontwikkeld. Er wordt daarbij rekening gehouden met de proportionaliteit van maatregelen en ruimte voor handelen naar professioneel inzicht omdat iedere situatie weer anders is. Voor de opvolging van dit advies ben ik in gesprek met betrokken partijen om nadere afspraken te maken over de praktische uitvoerbaarheid. De implicaties hiervan voor de benodigde PBM's wordt betrokken bij de scenario-analyse zoals beschreven in paragraaf 8 van deze brief.

10. Kwetsbare ouderen thuis

De cijfers

De stand van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte bij ouderen thuis boven de 70 jaar is op dit moment als volgt:

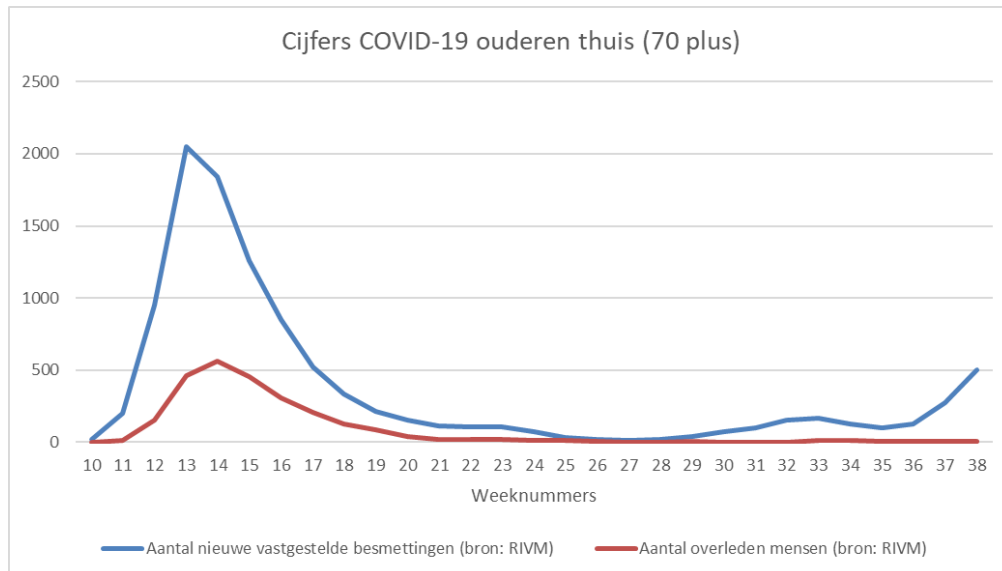
- Het RIVM (peildatum 21 september) schat dat bij ruim 10.530 ouderen van boven de 70 jaar die thuis wonen²⁴ een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ongeveer 2.570 mensen als overleden zijn gemeld.²⁵
- Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen bij ouderen, die ouder zijn dan 70 jaar en thuis wonen neemt laatste weken weer toe.

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling weergegeven:

²³ Kamerstuk 25 295, nr. 509

²⁴ Thuis wonen betekent dat mensen niet in een verpleeghuis of een gehandicaptenzorginstelling wonen.

²⁵ Sinds 1 juni kan iedereen met klachten zich laten testen. Toch is het aannemelijk dat niet alle COVID-19 patiënten getest worden. De werkelijke aantallen in Nederland zijn daarom waarschijnlijk hoger dan de aantallen die hier genoemd worden. Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten opgenomen in het ziekenhuis of overleden is hoger dan het aantal opgenomen of overleden patiënten gemeld in de surveillance, omdat de surveillance gebaseerd is op de informatie op het moment van melding.



Kenmerk
1748207-210577-PG

Ontwikkelingen

In de *lessons learned* brief die 1 september naar Uw Kamer is gezonden is aangekondigd dat er een strategie voor ouderen thuis komt met uitgangspunten om het welzijn van thuiswonende ouderen en hun mantelzorgers in tijden van Corona te kunnen volgen en ondersteunen²⁶. Dit naar analogie van de strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte(n). Deze Strategie Thuiswonende Ouderen bevat focuspunten waarlangs cijfers uit rapporten/onderzoeken kunnen worden gelegd en waarop maatregelen kunnen worden gebaseerd. Het gaat om de volgende focuspunten:

- Bij een geleidelijke versoepeling van maatregelen: zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen wordt zodanig vormgegeven dat thuiswonende ouderen op een veilige manier conform de versoepeling meer kunnen participeren in het maatschappelijk leven. Bij een aanscherping van maatregelen in verband met een flinke stijging van het aantal besmettingen geldt hetzelfde.
- Daarbij is er aandacht voor het voorkómen van een tegenstelling tussen generaties. Als de ondersteuning noodgedwongen tijdelijk wordt afgeschaald wordt gedurende de periode van afschaling geïnvesteerd in extra contact met cliënten die te maken hebben met deze afschaling en diens mantelzorgers.
- Ouderen en hun naasten voeren regie over belangrijke keuzes en afwegingen omtrent de behandeling van COVID-19.
- Het mentale, geestelijke en sociale welbevinden van thuiswonende ouderen is onderdeel van de aanpak en maatregelen. (Psycho-)sociale en geestelijke ondersteuning van thuiswonende ouderen maakt onderdeel uit van de zorg en ondersteuning.
- Het is voor ouderen mogelijk op een verantwoorde en veilige manier contacten (digitaal) te onderhouden met belangrijke mensen in hun persoonlijk netwerk, zodat een toename van eenzaamheid wordt voorkomen en het 'normale' leven zoveel als mogelijk doorgang kan vinden.

²⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 508

- Er wordt voldoende getest en beschermingsmiddelen zijn voldoende beschikbaar (ook voor mantelzorgers) en worden gepast gebruikt. Daarmee ontstaat een veilige situatie, waarbinnen passende ondersteuning in aangepaste vorm doorgang kan vinden.
- Mantelzorgers voelen zich ondersteund om de zorg voor een naaste, vanwege Coronamaatregelen ook op langere termijn vol te kunnen houden en daar waar het niet meer gaat, is er sprake van voldoende logeer of (medische) opvangmogelijkheden.
- De communicatie rond Corona(maatregelen) is herkenbaar, begrijpelijk en toegankelijk voor ouderen.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Bovenstaande focuspunten worden momenteel vertaald naar een uitgewerkte strategie voor kwetsbare ouderen waar we ieder kwartaal een peilstok langs kunnen leggen op basis van bestaande informatie. Hierover ben ik in overleg met RIVM. Ik zal uw Kamer hier binnenkort verder over informeren.

Uit een recente studie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) blijkt dat de emotionele eenzaamheid onder ouderen is toegenomen, met name onder 75-plussers²⁷. Dit is overeenkomstig met de aprilmeting van het LASA²⁸. De noodzakelijke maatregelen die gepaard gingen met de uitbraak van het virus hebben dit waarschijnlijk verergerd. Uit een studie van Universiteit Tilburg blijkt dat mensen sinds de uitbraak minder contact, en mindere kwaliteit van contact ervaren. Dit onderstreept en vergroot de urgentie van onze aanpak met het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid. In oktober van dit jaar start de Week tegen Eenzaamheid. Een week vol activiteiten gericht op het sociale contact met ouderen en tussen jong en oud. Ook start deze week een nieuwe publiekscampagne op televisie, radio en online, met als oproep dat een klein gebaar het verschil kan maken in het doorbreken van iemands eenzaamheid. Zeker nu. Het netwerk dat zich inzet op eenzaamheid bespreekbaar maken en (duurzaam) aanpakken groeit dit jaar naar zeker 200 deelnemende gemeenten en 150 landelijke organisaties (publiek en privaat).

In mijn brief van 24 juni jl. heb ik u geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot dagbesteding²⁹. Het actuele beeld van de dagbesteding is in hoge mate vergelijkbaar: de meeste cliënten maken weer gebruik van dagbesteding, maar de omvang van de dagbesteding blijft nog achter. Dit wordt veroorzaakt doordat het nog steeds noodzakelijk is te zoeken naar geschikte locaties, gekwalificeerd personeel en ook doordat cliënten de dagbesteding of het vervoer er naar toe te risicovol vinden. Alternatieve vormen van dagbesteding kunnen de terugloop in de omvang van de dagbesteding nog niet altijd opvangen. Mantelzorgers van mensen met dementie melden dat in circa 60% van de gevallen de dagbesteding nog niet op het oude niveau is. Alzheimer Nederland werkt aan voorbeelden hoe de dagbesteding wel doorgang kan vinden en wil deze voorbeelden verspreiden. Gemeenten hebben aangeboden hetzelfde te doen. Mantelzorgers van cliënten waarvoor de dagbesteding nog niet op orde wordt gewezen op de mogelijkheid contact op te nemen met de verantwoordelijke gemeente of een cliëntondersteuner. Ik houd contact met gemeenten en

²⁷ Sociaal Cultureel Planbureau – Welbevinden ten tijde van corona

²⁸ Longitudinal Aging Study Amsterdam

²⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 428

aanbieders, want dagbesteding blijft van essentieel belang voor kwetsbare mensen en hun naasten. Ik heb partijen gevraagd om concrete signalen uit te wisselen en aan te pakken.

Kenmerk
1748207-210577-PG

11. Mensen met een beperking of chronische ziekte

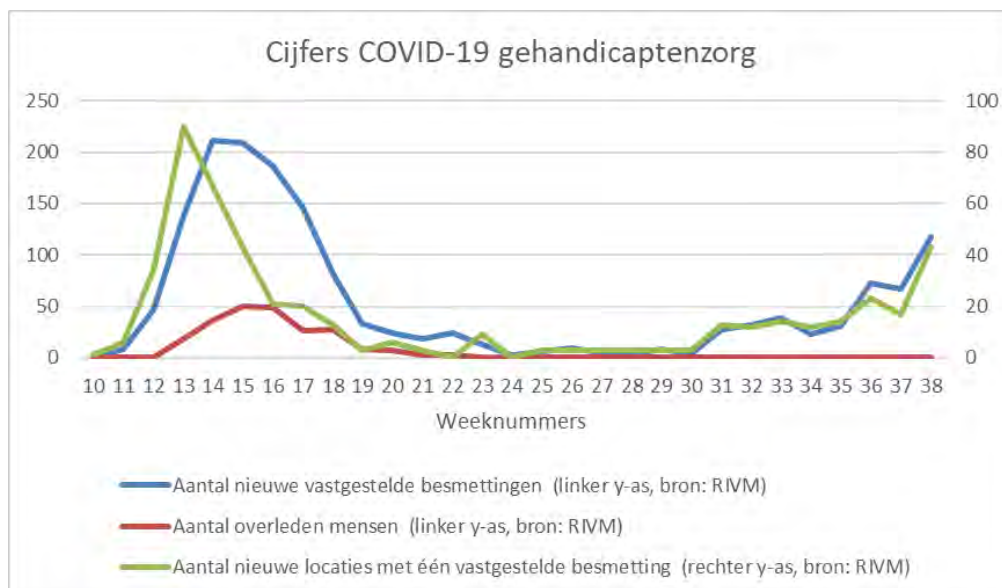
De cijfers

De stand van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in gehandicaptenzorginstellingen is op dit moment als volgt:

- Het RIVM (peildatum 21 september) schat in dat tot nu toe bij ruim 1.590 bewoners van gehandicaptenzorginstellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, waarvan bijna 240 mensen zijn overleden.³⁰ Dit betekent dat bij 2% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en ongeveer 0,3% van de bewoners is overleden.
- Het aantal gehandicaptenzorglocaties waar sprake is van ten minste één bevestigde COVID-19 besmetting is 482.³¹ Dit is ongeveer 19% van het totaal aantal locaties.

Net als bij de verpleeghuizen geldt bij de gehandicaptenzorginstellingen dat aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen en het aantal meldingen van 'nieuwe locaties' met minimaal één vastgestelde COVID-19 besmetting toeneemt. Dit geldt niet voor het aantal mensen dat is overleden.

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling weergegeven.



Ontwikkelingen

³⁰ Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

³¹ In de melding van bevestigde COVID-19 besmettingen ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om een bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM nu nog de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

Op 1 september jl. heb ik uw Kamer een brief gestuurd specifiek over de geleerde lessen bij de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking of chronische ziekte³². Het gaat daarbij uitdrukkelijk zowel om mensen die in een instelling of een kleinschalige woonvorm wonen, als om mensen die thuis wonen. Naar aanleiding van de geleerde lessen zijn, zoals in de betreffende brief aangegeven, al verschillende acties in gang gezet.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Bij een deel van deze mensen met (vrees voor) een verhoogd risico op een ernstig beloop na besmetting met het virus bestaat de behoefte aan begrijpelijke en toegankelijke informatie over de gevolgen voor hun persoonlijk leven, zodat zij daarin goede afwegingen kunnen maken. Deze behoefte bestaat zowel bij de groep mensen met een beperking of chronische ziekte, als bij ouderen. Ik ben met Vilans in gesprek hoe wij - in samenwerking met cliëntenorganisaties en andere partijen - kennis en ervaringen van en voor deze mensen op een toegankelijke en centrale manier kunnen delen met de doelgroep in aanvulling op de bestaande kennisplatforms. Het gaat bijvoorbeeld om het concretiseren van de generieke landelijke maatregelen en het beantwoorden van vragen die bij deze groepen mensen leven. Informatie over het veilig deelnemen aan dagbesteding hoort daar bijvoorbeeld bij. Ik heb nauw contact met de cliënten- en seniorenorganisaties om deze vragen op te halen. Het doel is dat de eerste informatie toegespitst op deze doelgroepen binnen enkele weken beschikbaar zal zijn.

Daarnaast bezien we met cliëntenorganisaties, experts en het RIVM of, en zo ja welke, gedragsinterventies mogelijk zijn die bijdragen aan het voorkomen van besmettingen in de thuissituatie. In dit traject worden de groepen met een verhoogde kwetsbaarheid ook specifiek meegenomen, omdat bij die groepen onder meer vragen leven over het veilig ontvangen van bezoek thuis. In de zomer hebben aanbieders daarnaast verder gewerkt aan de invulling van bezoeksregelingen, logeren en dagbesteding. Hoewel dat op veel plekken goed wordt opgepakt, blijf ik ook signalen van cliëntenorganisaties horen dat dit nog niet overal goed wordt ingevuld. Uit overleggen met zowel de koepels van aanbieders, als met cliëntenorganisaties is gebleken dat er niet altijd een gedeeld beeld bestaat over wat een goede invulling is. Ik heb daarom naar beide kanten benadrukt dat ik van aanbieders verwacht dat zij zorg dragen voor een goede invulling van de dagbesteding. Cruciaal daarbij is dat zij dat in overleg met de cliënt en zijn naasten doen. Daar waar de dagbesteding niet in dezelfde vorm of omvang geleverd kan worden gezien de geldende maatregelen, verwacht ik dat de aanbieder een alternatief aanbiedt. Richting cliënten heb ik benadrukt dat ik de wens begrijp dat alles weer zo gewoon mogelijk wordt, maar dat ook aan de kant van cliënten begrip moet zijn voor het feit dat dat onder de huidige omstandigheden niet altijd kan. Ik zie bovendien ook dat cliënten er in sommige gevallen zelf voor kiezen geen gebruik te maken van het aanbod, omdat er onvoldoende vertrouwen is dat dit veilig genoeg is. Daar waar cliënten aangeven er met hun aanbieder niet uit te komen, heb ik het Juiste Loket gevraagd om eraan bij te dragen dat aanbieder en cliënt in overleg tot een passende oplossing komen. Daar waar er onvoldoende vertrouwen is in de veiligheid van het aanbod, bekijk ik samen met aanbieders en cliëntenorganisaties of betere informatie ertoe kan bijdragen dat dat vertrouwen toeneemt.

³² Kamerstuk 25 295, nr. 507

Preventief gebruik PBM door kwetsbare groepen

Bij de doelgroep mensen met een beperking of chronische ziekte bestaat al lange tijd de wens om helderheid over de toegevoegde waarde van het preventief gebruik van PBM. Ik heb daarover advies gevraagd aan het OMT. Het OMT onderstreept het belang van bescherming van kwetsbare mensen uit medische risicogroepen tegen COVID-19, en begrijpt dat zij er zelf alles aan willen doen om infectie te voorkomen. Daarbij zullen sommigen gebruik maken van een mondneusmasker, en in sommige incidentele gevallen medische mondneusmaskers. Op individuele basis ziet het OMT daar geen bezwaar in, mits duidelijk is dat dergelijk gebruik geen vervanging is voor het advies om 1,5 meter afstand te houden, of voor de andere basis maatregelen die het infectierisico verkleinen. Het OMT is op medische gronden echter van oordeel dat het niet nodig is om preventief gebruik van medische mondneusmaskers dringend, vanuit overheidswege, te adviseren aan mensen in risicogroepen. Er zijn algemene en specifieke adviezen voor mensen in risicogroepen waarmee het risico op een infectie met COVID-19 in de publieke ruimte verlaagd kan worden. Daar komt bij dat de groep patiënten met een mogelijk verhoogd risico op ernstig beloop van COVID-19 groot en diffuus is. Dat laat onverlet dat mensen die dat willen en zich hier veiliger bij voelen, zelf de keuze kunnen maken om niet-medische mondneusmaskers te gebruiken. Het BAO neemt het OMT-advies over en adviseert te expliciteren dat dit onverlet laat dat in het overleg tussen arts en patiënt in individuele gevallen, op basis van een professionele afweging, het gebruik van medische mondneusmaskers wel geïndiceerd kan zijn.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Ik neem dit OMT-advies over. Tegelijkertijd heb ik begrip voor de zorg van mensen met chronische ziekten en/of beperkingen dat zij zich te onveilig voelen om deel te nemen aan de samenleving en dit hun welbevinden ernstig in de weg staat. Daarom wil ik verkennen of in het overleg tussen arts en patiënt in individuele gevallen, op basis van een professionele afweging, het gebruik van medische mondneusmaskers geïndiceerd kan worden. Over de praktische invulling daarvan en welke implicaties dat met zich meebrengt, ga ik in gesprek met cliëntorganisaties en een vertegenwoordiging van artsen en wordt contact gelegd met het RIVM. Daarbij zal ik ook stilstaan bij de eventuele organisatorische implicaties en wat dit voor de benodigde hoeveelheid medische mondmaskers betekent. Ik kom hiermee tegemoet aan de motie van het lid Dik-Faber³³.

12. Andere kwetsbare groepen

Mensen met een psychische kwetsbaarheid

Waar het gaat om de zorg voor mensen met mentale problemen en de impact van corona op hen en hun naasten, vind ik het belangrijk te melden dat MIND haar vaste ggz-panel hierop bevroegt. De beelden die hieruit naar voren komen zijn waardevolle input voor het beleid van de staatssecretaris van VWS met betrekking tot de ggz in relatie tot het coronavirus.

Het veld heeft via de alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (Akwa GGZ) een online panel ggz en corona in het leven geroepen. De resultaten van de eerste enquête onder dit panel, zijn eind augustus gepubliceerd. Eén van de uitkomsten is dat het merendeel van de respondenten ook na corona meer digitaal wil behandelen, als aanvulling op een face-tot-face behandeling. Deze inzet juicht

³³ Kamerstuk 25 295, nr. 491

de staatssecretaris van VWS van harte toe. Wel moet uitgangspunt zijn dat de manier waarop de behandelvorm invulling krijgt (zoveel als mogelijk) in overleg tussen cliënt en hulpverlener tot stand komt.

Kenmerk
1748207-210577-PG

De ggz is zeer actief geweest met de opgaven die deze periode met zich meebrengen, als gevolg van het corona-virus. Daarbij wordt ook gewerkt aan voorbereiding op vraagstukken in de nabije toekomst. Zo is brancheorganisatie De Nederlandse ggz in contact met haar leden over de impact van het corona-virus en de stand van zaken van nieuwe voorbereidende activiteiten. Hiertoe wordt onder meer een uitvraag gedaan naar het effect op de continuïteit van de behandelingen, de gevolgen van de crisis voor het personeel, en de beschikbaarheid van PBM, testen en geneesmiddelen.

De staatssecretaris van VWS blijft in gesprek met de veldpartijen in de ggz, inclusief de vertegenwoordigers van cliënten en naasten. Er zijn korte lijnen, zodat we snel kunnen acteren als de ontwikkelingen daar aanleiding toe geven.

In dit verband wil ik u ook wijzen op het vorige week gepubliceerde sectorrapport 'GGZ tijdens de coronacrisis'³⁴ van de IGJ. De inspectie concludeert dat de ggz tot op heden goed, flexibel en krachtig omgaat met de coronacrisis. Tegelijk wordt er een aantal aanbevelingen gedaan. Het gaat daarbij om het hebben van aandacht voor de financiële druk op ggz-instellingen, het versterken van samenwerking binnen en buiten de ggz, en een sterkere rol voor de positie en inspraak van cliënten. De staatssecretaris van VWS betreft deze observaties en maatregelen in de lopende contacten met de inspectie en veldpartijen in de ggz, met betrekking tot de coronamaatregelen.

De impact van de corona-maatregelen op medewerkers in de zorg heeft terecht veel aandacht. Dit geldt vanzelfsprekend ook voor de professionals die werken in de ggz. In dit verband noem ik het rapport dat het Trimbos-instituut 9 september jl. heeft gepubliceerd over de impact van de coronacrisis op professionals voor psychische hulp. Uit het rapport blijkt de impact van de crisis op werk en welzijn van professionals. Trimbos geeft aan aanvullend onderzoek te doen ten behoeve van concrete aanbevelingen, die de werksituatie van de professionals die psychische hulp verlenen kan helpen te verbeteren. Ik vind het in dit verband belangrijk te benoemen dat er (via Arq Nationaal Psychotrauma Centrum) landelijk specifieke psychosociale hulp is georganiseerd voor zorgverleners.

Dak- en thuisloze mensen

Gemeenten bereiden zich op dit moment voor op de winterkoudeopvang. Tijdens de koude maanden neemt de vraag naar opvang altijd toe en stellen gemeenten extra plekken beschikbaar om dak- en thuisloze mensen zo goed mogelijk te kunnen helpen. Waar normaal gesproken extra bedden worden neergezet, is dat dit jaar op veel plaatsen anders. In verband met de 1,5 meter norm kunnen bedden niet te dicht op elkaar staan en moet regelmatig uitgeweken worden naar andere locaties. Dit kan voor een deel van de gemeenten in verband met krapte een uitdaging zijn. Het ministerie van VWS bereidt samen met de landelijke partijen een richtlijn voor die gemeenten en aanbieders oproept ook dit jaar

³⁴ <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2020/09/18/sectorrapportage-ggz-tijdens-de-coronacrisis>

voldoende plekken te organiseren tijdens de winterkouderegeling conform de richtlijnen van het RIVM. Deze richtlijn is naar verwachting uiterlijk 1 oktober beschikbaar. Het ministerie volgt de ontwikkelingen nauwlettend via periodieke overleggen met diverse (landelijke) partijen, zoals VNG en Valente, en gaat met de gemeenten – waar het realiseren van extra (opvang)plekken niet lukt – in gesprek.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Kwetsbare jeugd

De Jeugddautoriteit heeft haar derde corona-quickscan jeugdhulpaanbieders opgeleverd. Het rapport en het bijbehorende factsheet zend ik u hierbij toe. Ondanks dat de bevindingen uit deze quickscan een positiever beeld geven dan de quickscans in maart en in mei, zijn er signalen van problemen als gevolg van de corona crisis. Naarmate de crisis langer duurt vrezen aanbieders liquiditeitsproblemen, zeker als er een 2e golf komt. Oorzaken hiervan zijn (tijdelijk) minder vraag naar hulp, maar ook mogelijk verminderde inzetbaarheid van personeel (quarantaine maatregelen, ziekteverzuim) en beperkingen door de coronamaatregelen. Wel beginnen afspraken over compensatie meer vorm te krijgen en er ontstaat gewenning aan nieuwe manieren van werken. De Jeugddautoriteit neemt contact op met instellingen waarbij de financiële risico's relatief hoog zijn om te kijken of er enigerlei vorm van ondersteuning nodig is.

Motie Jetten

De motie Jetten³⁵ vraagt om te onderzoeken of de maatregelen in geval van een verhoogde omgevingsprevalentie of uitbraak bij verpleeghuizen ook van toepassing zijn voor onderdelen van de zorg thuis, gehandicaptenzorg en ggz en indien dat het geval is, deze maatregelen zo spoedig mogelijk in te zetten. Als eerste stap voor de uitvoering van deze motie verken ik, in overleg met het RIVM en de betrokken veldpartijen, welke groepen binnen andere delen van de zorg vergelijkbaar zijn met de populatie in de verpleeghuizen. Hoewel er ook in andere delen van de zorg kwetsbare personen of groepen voorkomen, zijn er ook verschillen tussen hun omstandigheden en de situatie in verpleeghuizen. Dat maakt een vergelijking met de bewoners van verpleeghuizen complex; de situatie is niet één op één te vertalen. Ook het advies van het OMT over preventief gebruik van PBM bij de zorg voor risicogroepen in specifieke situaties wordt hierbij betrokken. Ik verwacht u hierover in mijn volgende stand van zaken brief nader over te kunnen informeren.

13. Innovatieve behandelingen

In het debat van 12 augustus heb ik toegezegd uw Kamer meer informatie te geven over de ontwikkelingen rond innovatieve behandelingen. Hieronder ga ik nader op deze ontwikkelingen in.

Het is van essentieel belang om, naast onze voortdurende inspanningen om snel een vaccin tegen het coronavirus beschikbaar te hebben, de ontwikkeling van innovatieve behandelingen voor COVID-19 verder te helpen. Effectieve behandelingen dragen bij aan een beter en sneller herstel van patiënten en zorgen er mogelijk voor dat patiënten minder restschade overhouden na ziekte door het coronavirus. Ik ga kort in op de lopende nationale en internationale COVID-19 onderzoeks-

³⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 530

programma's en op de activiteiten van het onafhankelijke wetenschappelijke Adviespanel Innovatieve Behandelingen Ook informeer ik u over een aantal specifieke acties om ervoor te zorgen dat de meest kansrijke behandelingen zo snel mogelijk voor patiënten beschikbaar komen.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Nationale en internationale onderzoeksprogramma's

Het kabinet investeert breed in corona-gerelateerd onderzoek en dit bedrag is inmiddels opgelopen naar ruim € 83 miljoen. Het ministerie van VWS stelt een groot onderzoeksprogramma beschikbaar via ZonMw, waarbinnen diagnostiek & behandeling één van de drie onderzoeksthema's is. Om te onderzoeken of BCG-vaccinatie onder kwetsbare ouderen het ziekteverloop van COVID-19 kan verlichten, heb ik recent op dit onderzoeksthema € 5 miljoen extra beschikbaar gesteld via het ZonMw COVID-19 onderzoeksprogramma. Dit licht ik hieronder toe.

De investeringen in onderzoek op het terrein van innovatieve behandelingen zullen zich meer en meer gaan richten op de doorontwikkeling van veelbelovende resultaten uit het lopende ZonMw COVID-19 onderzoeksprogramma. Zodat de kennis die nu wordt opgedaan in de lopende onderzoeken op zo kort mogelijke termijn vertaald wordt naar de praktijk van de kliniek.

Met de UMC's bekijken we of er een solide infrastructuur kan worden opgebouwd waarmee sneller en meer gecoördineerd klinische tests kunnen worden uitgevoerd naar veiligheid en effectiviteit van behandelingen.

Daar waar de financiering via ZonMw zich primair richt op publieke onderzoeksprojecten, zijn er ook onderzoeksprogramma's opgezet via publiek-private samenwerkingen. In Nederland wordt dit aangestuurd door de Topsector Life Sciences & Health (met meerdere projecten gericht op innovatieve behandelingen). Vanuit deze Topsector LSH is voor COVID-19 gerelateerde R&D en innovatie inmiddels € 10,8 miljoen Publiek-Private-Samenwerkingsfinanciering ingezet³⁶.

Op Europees niveau is er over de hele breedte van het Europese Horizon2020 programma met spoed geld vrijgemaakt voor onderzoek naar COVID-19, waarbij behandelingen een grote rol spelen. Een overzicht van deze inzet is weergegeven op het European Research Area corona platform³⁷. Nederlandse onderzoekers hebben met succes onderzoeksprojecten opgezet om hier een bijdrage te leveren in samenwerking met excellente Europese onderzoekscentra en innovatieve bedrijven. Een voorbeeld hiervan is het CARE project, onderdeel van het Innovative Medicines Initiative (IMI) programma. In het CARE project werken het LUMC en de Universiteit Utrecht samen met 37 internationale partners, waaronder verschillende farmaceutische bedrijven, om nieuwe behandelingen voor COVID-19 te ontdekken. Dit project ontvangt subsidie vanuit de EU en dit wordt aangevuld met bijdragen van de private partners.

Overigens lopen niet alle onderzoeken in Nederland naar behandelingen voor COVID-19 via geijkte subsidiëring. Veel onderzoeken worden door zowel publieke als private partijen zelf opgezet en gefinancierd. Ik ben erg blij met deze toewijding.

³⁶ Via Health-Holland, zie: <https://lsh-update.com/covid-19/chapter-2.html>

³⁷ <https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/covid-19>

Bij positieve resultaten en wanneer het opportuun is, bekijken we of we deze projecten kunnen helpen versnellen.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Adviespanel

Uiteraard blijft het COVID-19 onderzoek niet beperkt tot Nederland of Europa. Wereldwijd is er veel aandacht voor de zoektocht naar effectieve behandelingen. Er lopen vele wetenschappelijke onderzoeken naar een mogelijk medicijn of behandeling. Het is belangrijk om alle ontwikkelingen te volgen en goed te kunnen duiden. Het door mij ingestelde onafhankelijke Adviespanel Innovatieve Behandelingen is vanaf eind juni aan de slag om de meest kansrijke ontwikkelingen - in Nederland en internationaal - te identificeren en mij daarover te adviseren. Op basis van hun advies kijk ik per casus op welke manier de overheid kan helpen om een kansrijk middel zo spoedig mogelijk beschikbaar te krijgen voor patiënten in Nederland. Dit kan bijvoorbeeld door onderzoek te versnellen, klinisch onderzoek naar Nederland te halen, samenwerkingen te faciliteren en partijen bij elkaar te brengen, of door gericht een product in te kopen.

Specifieke acties

Graag informeer ik u over de status van enkele belangrijke innovatieve behandelingen:

Remdesivir

Remdesivir - het eerste antivirale middel dat voor ernstig zieke coronapatiënten kan worden ingezet – is beschikbaar gemaakt voor Nederlandse coronapatiënten. De firma Gilead Sciences, de ontwikkelaar van remdesivir (merknaam Veclury), heeft eerste positieve resultaten geboekt in klinische studies, en de European Medicines Agency (EMA) heeft een voorlopige markttoelating toegekend. Op Europees niveau wordt ook namens Nederland onderhandeld over de aankoop van remdesivir. De eerste Europese aankoop via ESI (Emergency Support Instrument) van 30.000 ampullen is inmiddels een feit. Nederland heeft hiervan reeds 2000 ampullen ontvangen. De verdeling van remdesivir onder Nederlandse ziekenhuizen verloopt via het RIVM. Er loopt tevens op dit moment een European Joint Procurement programma om meer voorraden remdesivir voor de Europese landen in te kopen, waar Nederland zich ook op heeft ingeschreven.

Convalescent plasma

Zoals ik in mijn eerdere brief van 24 juni jl. heb aangegeven, ondersteunen we onderzoek naar inzet van convalescent plasma om COVID-19 te behandelen³⁸. Dit type onderzoek is evenwel complex. Wereldwijd lopen er meer dan 100 plasma studies, maar in geen enkele wordt er vóóraf gekeken naar antistoffen bij de patiënt. Nederland loopt voorop en heeft recent als eerste kunnen aantonen dat de meeste patiënten in het ziekenhuis al zelf antistoffen aanmaken, zonder dat daarvoor extra plasmatoediening nodig is. Dat betekende een nieuwe wetenschappelijke uitdaging en voor de onderzoekers een bijsturing van de studie.

Belangrijke onderzoeksvraag in de gezamenlijke studie van Erasmus MC en LUMC die nu voorligt, is of patiënten die eerder - in de eerste fase van hun ziek zijn - convalescent plasma krijgen een betere overlevingskans hebben. De inclusie van patiënten door de Nederlandse onderzoekers in dit vernieuwde onderzoek - waarbij nog 24 andere ziekenhuizen zijn betrokken – wordt breed landelijk opgezet en

³⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 428

start naar verwachting in oktober. Voorsortierend heb ik Stichting Sanquin Bloedvoorziening in juni jl. opdracht gegeven om plasma in te zamelen, zodat bij daadwerkelijk positieve resultaten een geneesmiddel snel beschikbaar kan komen. Deze opdracht is door Sanquin met spoed opgepakt, omdat de hoeveelheid anti-stoffen in het bloed van donoren afneemt naarmate de tijd vordert.

Kenmerk
1748207-210577-PG

BCG-vaccin (tuberculosevaccin)

De afgelopen maanden is er door een consortium van Nederlandse onderzoekers hard gewerkt om een onderzoek op te zetten naar de effecten van het BCG vaccin bij kwetsbare ouderen. Dit is een vervolgstudie op basis van eerdere resultaten van een studie naar de beschermende werking van het BCG vaccin onder ouderen, uitgevoerd door het Radboudumc en University of Athens. Het vervolgonderzoek wordt uitgevoerd in een unieke samenwerking van 22 ziekenhuizen, waaronder alle Nederlandse academische ziekenhuizen, de Santeon topklinische ziekenhuizen en een aantal perifere ziekenhuizen en trombosediensten. Onze eerder aangekochte voorraad BCG-vaccins heb ik beschikbaar gesteld voor deze studie. Met het financieel ondersteunen van deze studie wil ik dan ook versneld bescherming van kwetsbare personen mogelijk maken. Ik kijk uit naar de eerste resultaten van deze studie in de aankomende maanden.

Dexamethason

Waar een medicijn als remdesivir het virus aanpakt, zijn er ook veel onderzoeken gaande naar de werking van medicijnen die het afweersysteem beïnvloeden, bijvoorbeeld met behulp van corticosteroiden (ontstekingsremmers). Inmiddels is uit onderzoek duidelijk geworden dat het middel dexamethason – een ontstekingsremmer - ernstig zieke coronapatiënten sneller kan laten herstellen. Er loopt momenteel internationaal onderzoek om de bewijsvoering hiervoor te versterken. Dexamethason is ruim beschikbaar voor Nederlandse patiënten en het gebruik van het middel in Nederland voor de behandeling van coronapatiënten is nu opgenomen in de behandelrichtlijn COVID-19, opgesteld door de Stichting Werkgroep Antibiotica-beleid (SWAB).

14. Actuele ontwikkelingen COVID-19-situatie in het Caribisch deel van het Koninkrijk

De laatste gegevens van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

	Bonaire	St. Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID-19 patiënten (cumulatief)	30 (40)	7 (11)	0 (5)	179 (282)	1289 (3.551)	76 (584)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen (op de IC)	2 (1)	0 (n.v.t)	0 (n.v.t)	1 (0)	39 (12)	4 (0)
Aantal patiënten overleden	1	0	0	1	23	20

Het aantal besmettingen op Aruba is de afgelopen weken fors toegenomen. De overheid heeft verscheidene maatregelen genomen om de verspreiding in te

perken. Helaas hebben deze nog niet de gewenste effecten. Handhaving is hierbij een zorgpunt. Om de personele IC-capaciteit verder te versterken, is er extra personeel gestuurd via het Amerikaanse medische uitzendbureau waar VWS afspraken mee heeft.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Ook op Sint Maarten is het aantal nieuwe casussen flink gestegen. Het team dat in augustus is gestuurd om te ondersteunen bij het bron- en contactonderzoek is operationeel. Begin september zijn er vanuit het RIVM nog twee verpleegkundigen en een arts gestuurd. Voorts wordt door RIVM onderzocht hoe het laboratorium op Sint Maarten duurzaam versterkt kan worden om de testcapaciteit uit te breiden. Voor Aruba en Sint Maarten geldt inmiddels een negatief reisadvies (code oranje).

Tenslotte is het aantal positieve casussen op Bonaire de afgelopen dagen plotseling sterk toegenomen. Om verdere transmissie tegen te gaan is er een aantal strenge maatregelen afgekondigd. De gezaghebber van Bonaire heeft gevraagd het reisadvies op oranje te zetten om extra introductie van casuïstiek te voorkomen.

In de landen zijn inmiddels meerdere zorgmedewerkers besmet. Dat is nu ook het geval op Bonaire en op St. Eustatius. Het bron- en contactonderzoek is gaande. Er wordt nu ingezet op het leveren van extra zorgpersoneel dat lokaal of in Nederland wordt geworven.

15. Bonus voor zorgprofessionals

De afgelopen maanden is hard gewerkt aan de totstandkoming van de subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19, hierna te noemen 'regeling'. De uitbraak van het COVID-19 virus heeft ingrijpende gevolgen gehad voor de maatschappij en dat geldt helemaal voor de zorg. Personen werkzaam in de sector zorg en welzijn (hierna: zorgprofessionals) hebben in de periode 1 maart 2020 tot 1 september 2020 een uitzonderlijke prestatie moeten leveren. Zo hebben bijvoorbeeld verpleegkundigen op de Intensive Care (IC) onder grote druk gestaan om de grote stroom aan COVID-19 patiënten op te vangen en te verplegen. Ook de zorgprofessionals in de verpleeghuizen, in de eerste lijn, zoals de doktersassistenten, in de gehandicaptenzorg en in de klinische voorzieningen binnen de GGZ hebben vaak onder (mentaal) zware omstandigheden moeten werken als gevolg van de vele ziektegevallen en de sluiting van de tehuizen voor bezoek. Daarnaast hebben schoonmakers vele extra uren gedraaid om een verdere verspreiding van het COVID-19 virus te voorkomen. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van zorgprofessionals die een uitzonderlijke prestatie hebben moeten leveren ter bestrijding van de crisis tijdens de uitbraak van het COVID-19 virus.

Het kabinet wil met de bonusregeling zijn waardering uitspreken voor deze mensen in de zorg door hen een bonus van € 1.000 netto te verstrekken. Door middel van de subsidieregeling kunnen zorgaanbieders subsidie aanvragen voor het uitkeren van een bonus van € 1.000 aan een werknemer of derde, zoals een zzp'er of een uitzendkracht, waarvan de zorgaanbieder van oordeel is dat deze ten tijde van de uitbraak van COVID-19 een uitzonderlijke prestatie heeft geleverd. Het gaat om zorgprofessionals die:

- zich hebben ingezet voor patiënten en cliënten met COVID-19, dan wel
- hebben bijgedragen aan de strijd tegen COVID-19.

Bovenop het bedrag voor de uit te keren bonus zal ook subsidie worden verstrekt aan de zorgaanbieder om de over de bonus verschuldigde belasting te kunnen voldoen. In de voorwaarden in de regeling is opgenomen dat de zorgaanbieders geen bonus was verstrekt aan een zorgprofessional die meer dan twee maal modaal verdient (omgerekend naar een voltijdsbaan) Daarvan mag niet worden afgeweken.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Beoordeling zorgaanbieder

Een zorgaanbieder kan zelf het beste inschatten welke zorgprofessional tijdens de uitbraak van COVID-19 een uitzonderlijke prestatie heeft geleverd zoals hierboven omschreven. De inzet van zorgprofessionals kan namelijk van geval tot geval verschillen. Het kabinet heeft dit inzicht niet. Om zorgaanbieders hierin zo veel mogelijk te ondersteunen, heeft het Ministerie van VWS een handreiking opgesteld. Deze handreiking is, binnen het gegeven politieke kader, besproken met de werkgeversorganisaties uit de sector zorg en welzijn. De handreiking biedt handvatten voor de zorgaanbieder bij het bepalen wie in aanmerking kunnen komen voor de bonus.

De handreiking biedt handvatten als advies aan de zorgaanbieder bij het aanvragen van de bonus. In de handreiking zijn twee, niet limitatieve, lijsten opgenomen van beroepen/functie(s)(groepen) die, voor wie het de inschatting van het Ministerie van VWS, wel dan wel niet voor de hand ligt in aanmerking te komen voor de bonus. Het is niet mogelijk om een uitputtende lijst op te stellen. Er zijn in de sector veel unieke functienamen op organisatieniveau te onderscheiden. Er is vaak wel een vergelijkbare functie in de lijst terug te vinden. Indien er naar de mening van de zorgaanbieder redenen zijn waarom een zorgprofessional, voor wie het volgens de handreiking niet voor de hand ligt in aanmerking te komen voor de bonus, toch een bonus verdient, dan kan de zorgaanbieder voor die zorgprofessional de bonus aanvragen. Denk aan de situatie dat een zorgprofessional, zoals een laborant of een fysiotherapeut waarvan het werk stil is komen te liggen, is opgeroepen om bij te springen op een afdeling als gevolg van COVID-19. Er is dus sprake van 'nee, tenzij'. Andersom zijn de zorgaanbieders niet verplicht een bonus toe te kennen aan zorgprofessionals die op grond van deze handreiking *wel* binnen de genoemde categorieën vallen, als daar volgens de zorgaanbieder geen reden toe bestaat ('ja, mits').

De geldelijke middelen zijn niet onbeperkt. We doen een beroep op de zorgaanbieders om hier een goede afweging in te maken. Achteraf zullen door middel van een steekproef controles op rechtmatigheid worden uitgevoerd.

Regeling en handreiking zijn gepubliceerd

Donderdag 17 september jl. is de regeling in de Staatscourant gepubliceerd en op 18 september is zowel de regeling als de toelichtende handreiking (voor zorgaanbieders als aanvrager van de bonus) gepubliceerd op de website van Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I), ter inzage en voorbereiding. Op 1 oktober a.s. zal het aanvraagloket opengesteld worden. Op de website Rijksoverheid is algemene informatie geplaatst over de regeling en zijn de twee lijsten met beroepen/functie(s)(groepen) gepubliceerd ter informatie. Ook is er met betrokkenheid van de werkgeversorganisaties voor zowel de zorgaanbieder als zorgprofessional een set aan Q&A's opgesteld ter informatie. De Q&A's worden geüpdatet en aangevuld gedurende de komende weken.

Zorgprofessionals niet meer in dienst

In het debat inzake de waardering van zorgprofessionals op 19 augustus jl. heeft kamerlid Van Brenk, de vraag gesteld hoe ervoor wordt gezorgd dat zorgprofessionals die wel in aanmerking komen voor de zorgbonus, omdat zij voldoen aan de criteria en hebben gewerkt in de periode 1 maart – 1 september, maar inmiddels niet meer werkzaam zijn bij de betreffende zorgaanbieder waar zij ten tijde van de genoemde periode hebben gewerkt, de bonus kunnen ontvangen.

Kenmerk

1748207-210577-PG

De subsidieregeling biedt in dit verband de ruimte aan de zorgaanbieder om ook een bonus toe te kennen aan de zorgprofessional die naar diens inzicht voldoet aan de criteria, heeft gewerkt in de periode 1 maart tot 1 september 2020, maar inmiddels niet meer voor deze zorgaanbieder werkzaam is. Door middel van een nabetaling kan aan de zorgprofessional de bonus worden uitbetaald.

Netto bonus

De zorg bonus is bedoeld als netto-beloning aan de zorgprofessional. Om de zorgaanbieder financieel in de gelegenheid te stellen de bonus netto aan de zorgprofessional uit te keren, kan bij het aanvragen van de eenmalige bonus door de zorgaanbieder ook een subsidie worden aangevraagd voor het voldoen van de over de bonus verschuldigde belasting.

Een netto uitkering van de bonus kan worden gerealiseerd, indien de zorgaanbieder de bonus voor eigen werknemers aanwijst als eindheffingsloon conform artikel 31, eerste lid, onderdeel f, Wet LB 1964. De zorgbonus komt hiermee ten laste van de vrije ruimte en zal mogelijk (deels) als eindheffingsloon belast worden bij de werkgever. Door de bonus als eindheffingsloon aan te wijzen heeft de bonus voor de zorgprofessional in loondienst geen gevolgen voor de heffing van inkomstenbelasting en premie volksverzekeringen en evenmin voor het inkomen dat relevant is voor inkomensafhankelijke regelingen.

De zorgbonus vormt een netto-beloning voor zorgprofessionals die zich extra hebben ingespannen ten tijde van de COVID-19 uitbraak en kwalificeert daarmee voor de zorgprofessional in loondienst als loon uit tegenwoordige arbeid. Dat geldt ook voor de zorgprofessional die inmiddels uit dienst is getreden. De bonus ziet op deze werkzaamheden en kwalificeert daarom als loon uit tegenwoordige dienstbetrekking. Voor deze zorgbonus kan de zorgaanbieder dus de vrije ruimte van de werkkostenregeling gebruiken, net als voor de zorgprofessionals die nog in dienst zijn.

De mogelijkheid van toepassing van eindheffingsloon staat eveneens open voor ingehuurde derden. Zorgaanbieders kunnen ook een bonus aanvragen en uitbetalen voor zorgprofessionals die niet bij de zorgaanbieder in dienst zijn, bijvoorbeeld zelfstandigen en ingeleend schoonmaakpersoneel. Voor deze groep is de werkkostenregeling niet van toepassing en voor hen zal door de staatssecretaris van Financiën - Fiscaliteit en Belastingdienst in het Belastingplan 2021 een voorstel worden opgenomen om er voor te zorgen dat ook de aan hen toekomende bonus netto kan worden uitbetaald en evenmin gevolgen zal hebben voor de inkomensafhankelijke regelingen. Deze bonussen worden eveneens verplicht als eindheffingsbestanddeel in aanmerking genomen. Voor deze bonussen geldt een eindhef-

fingstarief van 75%. Dit tarief sluit aan bij de reeds bestaande eindheffingsmogelijkheden voor verstrekkingen aan anderen dan eigen werknemers. De eindheffing wordt afgedragen via de eerstvolgende aangifte loonheffingen na verstrekking van de bonus. Zorgaanbieders dienen voor niet-werknemers een afzonderlijke administratie bij te houden waaruit blijkt aan wie de zorgbonus is uitgekeerd. Daarnaast delen de zorgaanbieders de zorgprofessionals die de zorgbonus van hen ontvingen schriftelijk mede dat over de zorgbonus eindheffing is betaald. Aan deze schriftelijke mededeling worden geen aanvullende voorwaarden gesteld. De hier toe op te stellen subsidieregeling bevat een verplichting voor zorgaanbieders om deze eindheffingsregeling, ook vooruitlopend op de inwerkingtreding van het Belastingplan 2021, toe te passen.

Kenmerk
1748207-210577-PG

De benodigde fiscale wijziging zal in het Belastingplan 2021 worden voorgesteld, met terugwerkende kracht tot 1 oktober 2020. Aan een bepaling wordt slechts terugwerkende kracht verleend indien hiervoor een bijzondere reden bestaat. Daar is in dit geval sprake van. Daarbij speelt onder meer dat de regeling begunstigend is en de coronacrisis noopt tot maatregelen op korte termijn. Verkenning van verschillende opties heeft opgeleverd dat bovenstaande aanpassing de meest passende manier is om binnen de beschikbare termijn tot een uitvoerbare regeling te komen.

16. Aandacht voor elkaar

Aan het begin van de zomer heeft de minister-president aangekondigd dat we in Nederland gezamenlijk stil zullen staan bij al het verdriet en teleurstelling die door het coronavirus is veroorzaakt. Het gaat daarbij om het verdriet over en van de mensen die zijn overleden of ernstig ziek zijn geweest, maar ook om het verdriet en de teleurstelling in de samenleving die het gevolg zijn geweest van de periode dat het maatschappelijke leven vrijwel tot stilstand is gekomen.

Het kabinet wil gezamenlijk stil staan bij de gevolgen van de coronacrisis, en trapt op 6 oktober een periode af waarin we als Nederlanders 'aandacht voor elkaar' hebben.

In deze periode is aandacht voor elkaars verdriet, teleurstellingen en andere gevolgen die mensen ervaren door corona. Het wordt ook een tijd waarin we vooruit gaan kijken: hoe helpen we elkaar hier doorheen en weer bovenop? Het kabinet roept gemeenten en maatschappelijke organisaties op om activiteiten te organiseren in het kader van 'aandacht voor elkaar'. Bedrijven en particulieren wordt gevraagd om hun voorbeeld te volgen, binnen de mogelijkheden die zij hebben.

De periode start op 6 oktober. Samen met de minister-president zal ik die dag bij bijeenkomsten aansluiten. Het kabinet beschouwt dit als een invulling van de motie Van Brenk³⁹.

17. Publiekscommunicatie

Vanaf de start van de coronacrisis heeft publiekscommunicatie een belangrijke rol gespeeld. Deze zomer is mede op basis van gesprekken met externe experts de communicatie-aanpak tegen het licht gehouden. In de *lessons learned* brief die u op 1 september ontving, heb ik u daarover geïnformeerd. We behouden wat goed

³⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 338

is en versterken waar nodig. Deze versterking vindt plaats in de vorm van communicatie richting specifieke doelgroepen, extra inzet op positieve initiatieven en meer aandacht voor vragen en behoeften van mensen. Dit komt samen in de doelgroepenaanpak die het kabinet, in nauwe samenwerking met gedragsdeskundigen, op dit moment opzet.

Kenmerk
1748207-210577-PG

In mijn brief van 18 september heb ik u geïnformeerd over de aanpak gericht op jongeren, jongvolwassenen en mensen met een migratie-achtergrond.

De aanpak voor andere specifieke doelgroepen wordt de komende weken verder uitgewerkt. Zo bekijk ik samen met ouderenorganisaties en cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking, op welke manier er voor hen nog beter toegepitste informatie beschikbaar kan komen. In de paragraaf 'Kwetsbare groepen' is dit nader toegelicht.

Naast de doelgroepenaanpak loopt de algemene publiekscampagne Alleen Samen op radio en televisie nog steeds door. Ook is de communicatie over specifieke inhoudelijke onderwerpen een doorlopend onderdeel van de publiekscommunicatie.

Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)

De focus in de communicatie over PBM ligt op beschikbaarheid, gebruik en handelingsperspectief. We vertellen proactief over de stappen die we zetten om over voldoende voorraad te beschikken. Denk aan het aanleggen van voorraden door zorginstellingen, de additionele inkoop van PBM door het LCH of – in toenemende mate – de productie van PBM in Nederland. Hierover communiceren we in brede zin: via de media, persconferenties en op www.rijksoverheid.nl/mondkapjes, www.rijksoverheid.nl/beschermingsmiddelen en www.rijksoverheid.nl/lch. Ook bieden we informatie over het juiste gebruik van mondkapjes door zorgprofessionals en reizigers, bijvoorbeeld in de vorm van publiekscampagnes op social media, informatiefilmpjes zoals <https://www.youtube.com/watch?v=FTuZeIq5khM>, leaflets etc.

Reizen

Voor Nederlanders die binnen Nederland reizen, Nederlanders die naar het buitenland reizen en buitenlandse reizigers die naar Nederland komen, wordt een breed palet aan communicatiemiddelen ingezet. Onder andere de website www.nederlandwereldwijd.nl en de campagne 'Wijs op reis' waarvan binnenkort een update plaatsvindt, dit mede in het licht van komende schoolvakanties. Uitgangspunt van de communicatiestrategie is om reizigers informeren over de belangrijkste maatregelen in Nederland. En ook om mensen er op te wijzen dat zij dringend geadviseerd worden om 10 dagen in thuisquarantaine gaan, wanneer zij komen uit een gebied met een verhoogd risico op het coronavirus. Reizigers die Nederland binnen reizen worden geattendeerd op de Nederlandse maatregelen via informatie in het vliegtuig of op de matrixborden boven de snelweg.

Testen en traceren

De toename in bewustwording van het belang van testen, de publiekscampagne op dit onderwerp, de mogelijkheid om online een testafspraak te maken én terugkerende vakantiegangers uit risicogebieden, hebben er toe geleid dat de testvraag

sinds medio augustus steeds verder toeneemt. In die mate, dat de testcapaciteit momenteel niet meer toereikend is om aan de grote vraag te kunnen voldoen. Er zijn sterke aanwijzingen dat steeds meer mensen zich zónder klachten laten testen. Daarom wordt in de communicatie nu de nadruk gelegd op het alléén testen bij klachten die passen bij corona.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Daarnaast wordt de komende tijd de testcapaciteit verder uitgebreid. Daarom zetten we in op communicatie over deze uitbreidingsmogelijkheden en verklaren we waarom het momenteel wat langer kan duren om te kunnen worden getest en dat ook de uitslag van de test wat langer op zich kan laten wachten. Daarnaast leggen we de nadruk op het belang van thuisquarantaine zolang mensen in afwachting zijn van de testuitslag.

De communicatiestrategie voor het najaar omvat het ondersteunen van de veiligheidsregio's en GGD'en bij lokale oplevingen (waar nodig). De communicatie over testen sluit aan bij de algemene communicatiestrategie en zal dus ook aandacht hebben voor specifieke doelgroepen zoals jongeren, mensen met een migratie achtergrond en voor moeilijk bereikbare doelgroepen, zoals sociaal kwetsbare mensen. Daarnaast blijft de boodschap om je bij klachten te laten testen, onderdeel uitmaken van de Alleen Samen campagne. Ook is er een (pilot) podcast over het bron- en contactonderzoek gelanceerd, waarmee we toetsen of dit een bruikbaar instrument kan zijn om het mensen meer uitleg te geven over ingewikkelde corona gerelateerde onderwerpen, zoals testen.

Alle publieksinformatie over het testen op corona is te vinden op www.rijksoverheid.nl/coronatest.

Vaccinatie

Wereldwijd werken onderzoekers aan het zo snel mogelijk ontwikkelen van een veilig en effectief COVID-19 vaccin. Het is begrijpelijk dat mensen hier vragen of zorgen over hebben. Het gaat immers om een nieuw vaccin, en de ontwikkelingen volgen elkaar in hoog tempo op. Goede, eerlijke, en volledige communicatie en voorlichting over de COVID-19 vaccinatie is daarom van groot belang. Bij de voorbereidingen voor publiekscommunicatie over de coronavaccinatie werken we samen met het RIVM en andere experts van bijvoorbeeld het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen aan een communicatiestrategie. Deze strategie heeft als doel zo goed mogelijk in de informatiebehoefte van de samenleving als geheel- en van specifieke doelgroepen in het bijzonder- te voorzien. Hierbij richten we ons met name op het gesprek met de samenleving om vragen en zorgen te adresseren, het actief tegengaan van onjuiste informatie over vaccineren, en het monitoren van vragen en opvattingen bij de doelgroepen. Op deze manier wil ik me er voor inzetten om het draagvlak voor vaccineren hoog te houden. Parallel aan deze brief ontvangt u een aparte brief over de vaccinatiestrategie. Hierin ga ik onder andere verder in op de communicatie rondom dit onderwerp.

Coronadashboard

Sinds 15 september is een vernieuwde versie van het coronadashboard beschikbaar via <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>. Het vernieuwde dashboard presenteert de belangrijkste cijfers duidelijker, zowel op landelijk als op lokaal niveau. Zo is in één oogopslag helder welke cijfers het belangrijkste zijn en waar

kan worden doorgeklikt voor meer details. Hiermee is het dashboard beter bruikbaar voor zowel geïnteresseerde burgers als voor beleidsmakers en specialisten. De komende periode wordt het dashboard nog verder doorontwikkeld en worden nieuwe bronnen toegevoegd.

Kenmerk
1748207-210577-PG

18. Overig

OMT-Advies over maatregelen middelbare scholen

Sinds de opening van de scholen (primair en voortgezet onderwijs) zijn er veel vragen en soms ook onrust rondom het risico van COVID-19 op scholen. Hoewel er in de media veel aandacht is voor elk COVID-19-geval op een school, is sinds de start van het schooljaar geen relevante toename gezien in het aantal gemelde kinderen met COVID-19 in de leeftijdsgroep tot en met 18 jaar oud. Het aantal gevallen van COVID-19 in de leeftijdsgroep tot en met 18 jaar neemt weliswaar iets toe, maar blijft beheersbaar.

De situatie op scholen zal nauwgezet gevolgd worden. Het OMT onderschrijft het belang dat kinderen fysiek onderwijs kunnen volgen, zoals ook steeds meer wetenschappelijk wordt onderschreven. Als uit de surveillance blijkt dat er lokaal of regionaal infecties optreden op scholen, is het belangrijk om aanvullende maatregelen te nemen om schoolsluiting te voorkomen. Het OMT adviseert daarbij niet om mondkapjes te gebruiken. Het BAO onderschrijft deze aanbevelingen en wijst op belang van goed uitleggen van verschil tussen algemene regels en regels bij extra regionale maatregelen.

Tegemoetkoming voor amateursportorganisaties (TASO)

Op 1 mei jl. heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport uw Kamer geïnformeerd over het steunpakket voor sportverenigingen⁴⁰. Voor het zomerreces heeft het kabinet besloten om, aanvullend aan dit steunpakket, € 25 miljoen beschikbaar te stellen voor sportverenigingen met een eigen accommodatie. Deze middelen zijn inmiddels ingezet in de TASO-regeling, de tegemoetkoming voor amateursportorganisaties. Hiermee kunnen sportverenigingen die geen aanspraak konden maken op de rijksbrede COVID-19-steunmaatregelen, ook een tegemoetkoming aanvragen voor hun doorlopende lasten tussen 1 juli en 1 september. Daarnaast worden deze middelen ingezet om amateursportverenigingen met een sportaccommodatie in eigendom en hoge doorlopende lasten een extra steun in de rug te geven, gezien de belangrijke bijdrage die deze verenigingen leveren aan een gezond en vitaal Nederland. Deze verenigingen kunnen onder voorwaarden een eenmalige tegemoetkoming krijgen. Door deze aanpassingen in de TASO-regelingen heeft het openstellen van het aanvraagportaal helaas vertraging opgelopen. Na publicatie van de gewijzigde TASO-regeling zal het aanvraagportaal op de website van DUS-i zo snel mogelijk geopend worden.

Negatieve gezondheidseffecten (toezegging aan het lid Azarkan)

Het lid Azarkan heeft 7 mei jl. een motie ingediend voor het blijvend monitoren van de negatieve gezondheidseffecten als gevolg van de coronacrisis⁴¹. Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd om de indirecte effecten van de COVID-19

⁴⁰ Kamerstuk 30 234, nr. 244

⁴¹ Kamerstuk 25 295, nr. 335

epidemie op zorg en gezondheid in kaart te brengen. De eerste publicatie is verschenen op 25 mei jl.. Het gaat hierbij om het inventariseren van de omvang van uitgestelde, afgeschaalde, vermeden of niet gegeven zorg en het maken van een inschatting van de gezondheidseffecten hiervan. Het RIVM publiceert hier in 2020 periodiek over op zijn website⁴².

Kenmerk
1748207-210577-PG

Onderzoek Q-koorts en COVID-19 (toezegging aan het lid Heerma)

Ik heb tijdens het debat van 7 mei over COVID-19 aan uw Kamer toegezegd dat er onderzoek gedaan zal worden naar de relatie tussen een (doorgemaakte) infectie met Q-koorts en extra kwetsbaarheid voor COVID-19. VWS heeft deze vraag uitgezet bij veldpartijen die op relatief korte termijn hierover een onderzoek kunnen opzetten. Het RIVM heeft een goed voorstel gedaan en gaat nu samen met andere onderzoeksgroepen de vraag snel oppakken door aan te sluiten bij onderzoek dat al loopt of is gedaan ten tijde van de Q-koorts uitbraak. Er zullen eerst op basis van meldingsgegevens oriënterende analyses worden uitgevoerd. Daarnaast is een drietal korte onderzoeken gepland, waarvoor verdere gegevens uit huisartsenpraktijken en ziekenhuizen in Brabant worden verzameld en geanalyseerd. Dit onderzoek is al in gang gezet en voor het einde van het jaar worden de resultaten verwacht.

C-support (toezegging aan de leden Jetten, Marijnissen en Sazias)

Tijdens het plenaire debat over COVID-19 van 7 mei jl. heeft de Kamer een motie van de leden Jetten en Marijnissen aangenomen waarin zij de regering vragen te bezien hoe vraaggerichte nazorg kan worden ingericht voor post-COVID-19 patiënten waarbij zorg, begeleiding en onderzoek worden gecombineerd, en hierin de ervaringen van onder meer Q-support mee te nemen⁴³. Tijdens het plenaire debat van 12 augustus jl. heb ik daarover, naar aanleiding van een vraag van het lid Sazias, aangegeven dat ik voor de zomer met de Stichting Q-support heb gesproken over de invulling daarvan. Ik heb toen toegezegd u te informeren als zij de opdracht uitgewerkt hadden. Ik doe u dan ook hierbij het plan 'nazorg voor COVID-19 patiënten: begeleiden, verbinden en regisseren' toekomen dat ik zal financieren. Door u via deze weg het plan toe te sturen, kom ik tegemoet aan de eerdergenoemde motie van de leden Jetten en Marijnissen. De werkzaamheden van C-support zullen worden uitgevoerd volgens een inmiddels beproefd concept: er wordt met de patiënt breed gekeken naar de vragen en behoeften die er zijn ten gevolge van de ziekte. Aanbod binnen de reguliere voorzieningen worden gezocht, expertise wordt toegevoegd waar die nodig is en niet voorhanden. De belangrijkste rol van C-support is het verbinden van kolommen waartussen het samenwerken niet vanzelfsprekend is: het medisch domein, het domein van werk en inkomen en het sociale domein.

Artikel New York Times (toezegging aan het lid Wilders)

Tijdens het debat van 12 augustus heb ik het lid Wilders toegezegd het artikel 'A Smoking Gun': Infectious Coronavirus Retrieved From Hospital Air d.d. 11 augustus 2020 uit de New York Times te zullen lezen. Ik heb ook het RIVM gevraagd dat te doen. Zij waren al op de hoogte van het artikel in de NY Times en het wetenschappelijke artikel⁴⁴ dat hierin wordt besproken. Het nieuwsartikel refereert aan

⁴² <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/indirecte-effecten-zorg-gezondheid>.

⁴³ Kamerstuk 25 295 nr.325

⁴⁴ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.03.20167395v1>

de wetenschappelijke en maatschappelijk discussie over de rol van aerogene transmissie in de verspreiding van SARS-CoV-2 via besmettelijke virusdeeltjes in de lucht. Het RIVM volgt deze discussie op de voet. De resultaten uit het artikel kunnen niet zonder meer worden vertaald naar publieke ruimtes, maar zijn interessant voor de kennis van de verspreiding van SARS-CoV-2. Het onderzoek onderschrijft het belang van goede hygiëne en PBM-gebruik in het ziekenhuis. Het RIVM blijft de wetenschappelijke onderzoeken op het gebied van aerosolen en druppels in verband met COVID-19 in de gaten houden. Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging in het genoemde debat.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Rechtmatigheid COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen (toezegging aan het lid Van den Berg)

Tijdens de behandeling van de eerste Incidentele Suppletoire Begroting (ISB) van het ministerie van VWS heb ik toegezegd aan het lid Van den Berg, om toe te lichten welke aanvullende maatregelen VWS neemt om de rechtmatigheid van de COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen te bevorderen.

In het algemene deel van de Memorie van Toelichting bij de eerste ISB en de eerste ISB is aangegeven dat, vanwege het spoedeisende karakter van de COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen, de kans op onzekerheden en fouten in de rechtmatigheid groter is. De reden hiervoor is dat de gebruikelijke zorgvuldigheid om de rechtmatigheid te bevorderen de snelheid van handelen, die bij aanvang van COVID-19-crisis nodig was, ernstig zou belemmeren. Immers, het kabinet moest snel handelen om COVID-19 het hoofd te kunnen bieden. Bij dit dilemma heeft het kabinet besloten om alles te doen wat nodig was om de crisis te bestrijden, ook in de gevallen dat er nog geen of onvoldoende zekerheid of dat paste binnen de comptabele wet- en regelgeving.

De COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen zijn vormgegeven langs de lijnen van de bestaande instrumenten die binnen de comptabele wet- en regelgeving voorhanden zijn: inkopen, subsidies, bijdragen, garanties, voorschotten. De rechtmatigheidseisen zijn voor die instrumenten duidelijk. Na aanvankelijk in de spoedsituatie van de COVID-19-crisis gehandeld te hebben, heeft VWS aanvullend op het handelen in de spoedsituatie maatregelen getroffen om onzekerheden en fouten in de rechtmatigheid tot een minimum te beperken. Derhalve zijn de aanvullende maatregelen in deze niet zozeer nieuwe maatregelen, maar maatregelen die VWS heeft getroffen om de spoedeisende handelingen naderhand binnen de bestaande kaders te verantwoorden: rechtmatigheidsacties aanvullend op de spoedeisende acties om als VWS verantwoordelijkheid te nemen in de COVID-19-crisis.

Zo heeft VWS voor wat betreft de aanbestedingen/inkopen die VWS zelf heeft gedaan de actie opgezet om alsnog alle relevante documenten die in een inkoopdossier behoren te zitten, bijeen te brengen. Hoe completer een dossier, des te kleiner de kans is op onzekerheden. Immers, op basis van een compleet dossier kan met zekerheid over het al dan niet zich voordoen van fouten in de rechtmatigheid worden gesproken. Ten aanzien van aanbestedingen/inkopen heeft de Europese Commissie aangegeven dat een beroep mag worden gedaan op de "dwingende spoed"-bepaling in de Aanbestedingswet, waardoor direct gegund kan worden aan een marktpartij zonder eerst te hoeven aanbesteden (art. 2.32 lid 1 sub c Aw). Aandachtspunten bij de inkoopdossiers zijn, naast de volledigheid van

het dossier, onder meer: behoeftestelling, adequate motivering van de keuze voor de geselecteerde partij, de prestatieverklaring en gefactureerd bedrag is niet hoger dan de aangemaakte verplichting.

Kenmerk
1748207-210577-PG

Naast inkopen is ook het subsidie-instrument ingezet (bijvoorbeeld de zorgbonus), alsmede bijdragen (aan agentschappen, ZBO's/RWT's, medeoverheden en internationale organisaties (bijvoorbeeld de Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)). Ten aanzien van staatssteun heeft de Europese Commissie, naast de Tijdelijke Kaderregeling Covid-19, specifiek voor de zorg een soepelere lijn uitgezet. Deze lijn is te vinden op de website van de Europese Commissie⁴⁵. VWS spant zich in om uw Kamer ook over subsidies en bijdragen te kunnen verantwoorden in termen van rechtmatigheid en financieel beheer.

Bij de eerdergenoemde zorgbonus speelt eveneens de spanning tussen beleidsmatige wenselijkheid en zekerheid over de rechtmatigheid, zij het niet vanwege het spoedeisende karakter, maar vanwege de wensen waaraan de zorgbonus moet voldoen. De zorgbonus is een initiatief van de Tweede Kamer waarbij de Kamer ook heeft aangegeven dat de administratieve lasten beperkt moeten zijn, de uitvoering eenvoudig en in 2020 voor de doelgroep beschikbaar. Daarbij speelt dat de doelgroep van de zorgbonus een gerichte benadering vergt met oog op de doeltreffendheid. Alleen al deze elementen (lage administratieve lasten, eenvoudig uitvoerbaar, een specifieke doelgroep en in 2020 door de doelgroep ontvangen) zijn bepalend voor en leiden tot druk op de rechtmatigheidswaarborgen die in het subsidie-instrument zijn ingebouwd. Indien er over de besteding van het subsidiegeld een hoge mate van verantwoording wordt vereist, leidt dit tot hogere administratieve lasten. Omgekeerd leidt een keuze voor lagere administratieve lasten tot minder controle over de besteding, waardoor er een grotere kans is op fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik ontstaat. Ook hier vergt het derhalve een zorgvuldige afweging om beleidsmatige wensen en rechtmatigheid recht te kunnen doen. De regeling die tot stand is gekomen is de uitkomst van de zorgvuldige belangenafweging. Bij het opstellen van de regeling zijn de Aanwijzingen voor subsidieverstrekking (ook wel bekend als het 'Uniform subsidiekader' of USK) gevolgd.

Een van de grotere posten die ik ook wil noemen, zijn de voorschotten aan het LCH. Het LCH is door middel van voorschotten door VWS voorzien van financiële middelen om (additioneel ten opzichte van bestaande marktpartijen) te kunnen voorzien in voldoende kwalitatief goede PBM en testkits. Daarbij heeft VWS een garantie afgegeven, zodat het LCH geen financiële risico's loopt bij het handelen namens VWS. Ook hier zal VWS op rechtmatigheid sturen van de voorschottenverlening en later bij het afrekenen van de verleende voorschotten.

Samengevat: doordat VWS in een spoedsituatie moest handelen, bestaat de kans dat niet alle uitgaven en verplichtingen rechtmatig tot stand zijn gekomen. Deels wordt dit ondervangen door ruimte die de Europese Commissie heeft geboden op het gebied van staatssteun en aanbestedingsrecht. VWS spant zich in om ten aanzien van de aanbestedingen, de subsidies en de voorschotverlening de zaken op orde te krijgen. De zorgbonus is daarbij een dossier waarbij de spanning tussen beleidsmatige wenselijkheid en rechtmatigheid het sterkst voelbaar is. De

⁴⁵ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_20_458

inspanningen van VWS zijn gericht op het zoveel mogelijk beperken van onzekerheden en fouten.

Kenmerk
1748207-210577-PG

18. Ten slotte

Het aantal coronabesmettingen neem helaas weer toe – je zou kunnen spreken van een tweede golf. Maar als we kijken naar de ziekenhuizen, dan is die tweede golf daar nog niet. We hebben samen te voorkomen dat het virus zich met dezelfde snelheid blijft verspreiden als het nu doet, zodat die golf de ziekenhuizen ook niet bereikt. De enige manier om dat te doen is door ons aan de basisregels te blijven houden, hoe vervelend en lastig dat ook is. Maar het is de enige manier om onszelf en elkaar te beschermen.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
1736332-209353-PG

Bijlage(n)
2

Uw brief

Datum 1 september 2020
Betreft Lessons Learned Covid-19

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

Geachte voorzitter,

In onze brief aan uw Kamer van 24 juni 2020 informeerden wij u over de actuele stand van zaken met betrekking tot de uitbraak van COVID-19 en schreven wij dat we na de uitbraak- en overgangsfase eerder dan verwacht in de controlefase terecht zijn gekomen. Met elkaar is het gelukt het virus onder controle te krijgen en onze samenleving zoveel mogelijk open te stellen, maar daarmee is het virus niet verdwenen. Inmiddels zijn we ruim twee maanden verder en hebben we in de zomermaanden een opleving meegemaakt van het aantal mensen dat besmet is geraakt met het virus. Deze toename maakt goed duidelijk hoe kwetsbaar de situatie is waarin we verkeren. We moeten ons voorbereiden op een tweede golf maar vooral: alles in het werk stellen om deze te voorkomen. De afgelopen periode hebben we benut om lessen te trekken uit de eerste fase van de aanpak van COVID-19, dit in lijn met de motie van het lid Veldman¹. In onze brief van 15 juni² hebben wij aangegeven langs welke lijnen en 9 inhoudelijke thema's wij invulling geven aan deze motie. Wij realiseren ons dat er daarbij thema's zijn die niet aan de orde komen.

De motie Asscher/Marijnissen³ verzocht ons daarnaast om ons onafhankelijk te laten adviseren. Daarover hebben wij uw Kamer op 21 juli nader geïnformeerd.⁴ Naast de experts die wij reeds betrekken bij de totstandkoming van het beleid is in dit "Lessons Learned" traject in totaal met meer dan honderd experts met een grote diversiteit aan achtergronden gesproken (denk aan: medisch, economisch, sociaal, bestuur, gedrag, communicatie en veiligheid e.a.). We hebben deze experts gevraagd ons te helpen bij het trekken van deze lessen. Onder andere is gesproken met medische professionals, patiëntvertegenwoordigers, bestuurders, hoogleraren, professionals uit andere sectoren, ervaringsdeskundigen en mensen van onder meer GGD'en en gemeenten. Deze experts hebben een schriftelijke bijdrage geleverd en zijn met ons en elkaar in gesprek gegaan. We hebben

¹ Kamerstuknummer 25295-392

² Kamerstuknummer 25295-422

³ Kamerstuknummer 25295-399

⁴ Kamerstuknummer 25295-463

nadrukkelijk gevraagd om kritiek op wat anders zou moeten en daar is breed gebruik van gemaakt. Aan de tafels ging het gesprek over de verdieping op de dilemma's en complexiteit op specifieke thema's. Het waren constructieve gesprekken waarin samen gezocht werd naar de lessen om gedeelde uitgangspunten om te zetten in acties. Deze bijdragen en de verslagen van de gesprekken zijn in te zien via www.rijksoverheid.nl/documenten-lessons-learned-corona.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Samenvatting

De experttafels brachten een grote diversiteit aan perspectieven en deskundigheid bijeen die zich niet eenvoudig laat samenvatten. Van iedere tafel zijn lessen getrokken, deze vindt u verderop in deze brief per thema. Die lessen gaan over beleid en bestuur, de uitvoeringspraktijk en over vakinhoudelijke aspecten. Deze externe input heeft ons geholpen bij het scherp krijgen van wat er beter kan. In het totaal van lessen zien we drie hoofdboodschappen:

Goed inzicht: Bij de eerste golf wisten we nog weinig over het virus en evenmin over de verspreiding en de effecten van maatregelen. De lessen voor goed inzicht gaan over vroeg signaleren door testen en traceren en het inzicht over de verspreiding van het virus voor een breder publiek beschikbaar stellen. Grootschalig testen zoals we vanaf 1 juni doen en de inzet van bron- en contactonderzoek helpen ons sneller en preciezer te detecteren waar besmettingshaarden en clusters zitten. We willen de drempels voor het testen verlagen door op meer plaatsten te testen en het dichterbij mensen te organiseren, zeker voor mensen die minder mobiel zijn. Zo treffen we meer mensen. Dit vraagt om een geleidelijke opbouw. Goed inzicht is nodig voor het kabinet, voor veiligheidsregio's, voor lokale overheden en voor individuele burgers. Want als we met zijn allen verantwoordelijkheid dragen, dan hebben we de informatie nodig om dat te doen. Daarom breiden we het dashboard uit met lokale en regionale informatie. Ook verbeteren we de begrijpelijkheid zodat de informatie voor meer mensen duidelijk is.

Gerichte maatregelen: Het generieke beleid van de eerste golf leverde op economisch en sociaal maatschappelijk gebied nevenschade op die -hoewel de maatregelen noodzakelijk waren- ongewenst was. We weten nu beter waar het virus zich bevindt en wat de bron van de besmetting is. Ook hebben we nu een meer logische taakverdeling tussen het landelijke, het regionale en het lokale niveau. Daarmee kunnen we veel specifieker zijn met de inzet van maatregelen. Hoe specifieker die zijn, hoe meer we de nevenschade kunnen beperken. Er zijn grote regionale verschillen in de aanwezigheid en verspreiding van het virus. Het is essentieel dat we het virus lokaal opsporen en lokale maatregelen treffen om het virus in te dammen. Dit sluit aan bij de les om zo precies en zo snel mogelijk in te grijpen daar waar het nodig is. We spreken met de veiligheidsregio's en decentrale overheden af wanneer lokale maatregelen genomen moeten worden volgens een zogeheten escalatieladder. Een toelichting hierop is opgenomen in deze brief. Een regionaal dashboard met signaalwaarden werken we uit om hier ondersteuning aan te geven.

Een belangrijk aandachtspunt bij het nemen van specifiekere maatregelen is dat er verschillen tussen regio's ontstaan. We zullen meer aandacht geven aan het begrijpelijk uitleggen van de verschillen per regio of sector en het benoemen waarom dit het geval is.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Gezamenlijk volhouden: We zullen in deze controlefase nog een tijd met het virus leven. Dat is niet makkelijk om gedurende langere tijd vol te houden. We zullen er dus met elkaar voor moeten zorgen dat we dat kunnen blijven doen. Aan de experttafels werd aandacht gevraagd voor onder andere zorgprofessionals, mensen met een kwetsbare gezondheid, jongeren en werkenden die getroffen zijn door de maatregelen. En als we met ervaringsdeskundigen spraken werd duidelijk dat mensen veel breder dan alleen deze groepen geraakt zijn door de effecten van een besmetting of de maatregelen. We blijven allereerst inzetten op begrijpelijke communicatie met meer zichtbare communicatie in de openbare ruimte en communicatie gericht op verschillende doelgroepen (bijvoorbeeld jongeren via TikTok). Ook zullen we in de communicatie meer praktische informatie bieden over bijvoorbeeld bezoek thuis, hoe mensen veilig naar buiten kunnen en waarop te letten. We bieden binnen de geldende maatregelen ruimte voor lokale initiatieven en we maken die voorbeelden zichtbaar. We zullen daarnaast helder communiceren welke reguliere zorg veilig verleend kan worden zodat mensen zorg niet mijden uit angst voor het virus of overbelasting van de zorg. En we willen dat mensen met een beperking of kwetsbare gezondheid zo goed mogelijk kunnen participeren in de maatschappij.

Onze ankerpunten in deze controlefase blijven gelijk: 1) het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid, 2) zorgen dat de zorg niet overbelast raakt en 3) zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus.

Zoals aangegeven is het trekken van lessen voor de controlefase niet hetzelfde als een evaluatie zoals de Onderzoeksraad voor Veiligheid die, mede op verzoek van het kabinet, op 7 mei 2020 is gestart. Dat betreft een uitgebreider reconstructie-onderzoek naar de aanpak van de Coronacrisis door de Nederlandse overheid en andere betrokken partijen.

Inleiding

Met deze brief informeert het kabinet uw Kamer over dit Lessons Learned traject. We geven hiermee uitvoering aan de hierboven genoemde moties en leggen aan de hand daarvan uit hoe het kabinet in de controlefase een tweede golf wil voorkomen en indien nodig, hierop voorbereid is. Tevens gaan we in op de lessen van maatregelen voor mensen met een beperking of kwetsbare gezondheid. We doen dit door per onderdeel te benoemen wat we in de aanpak willen behouden en waar we op basis van de geleerde lessen en ontvangen adviezen meer op zullen inzetten. Deze brief richt zich specifiek op die maatregelen die op dit moment in de controlefase nodig zijn om het COVID-19 virus te bestrijden. Deze brief richt zich niet op de financiële en economische maatregelen die het kabinet heeft genomen ter ondersteuning van de economie of op maatregelen op andere gebieden zoals onderwijs. De genoemde maatregelen zijn deels niet nieuw omdat wij doorlopend zijn ingesprongen op de actuele situatie. Daarover hebben wij uw Kamer steeds geïnformeerd.

De brief bestaat uit drie delen:

1. Maatregelen ter voorkoming van een tweede golf. Daarbij gaan we in op: naleving basisregels, signalering en analyse dashboard, interventie op basis van signalen dashboard, testen en traceren en publiekscommunicatie.
2. Opvangen van een eventuele tweede golf. Daarbij gaan we in op: de reguliere zorg, zorgpersoneel en persoonlijke beschermingsmiddelen.
3. Mensen met een beperking of kwetsbare gezondheid. Daarbij gaan we in op: de behoefte aan perspectief en de activiteiten om mensen in staat te stellen om zoveel als mogelijk te kunnen participeren.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Internationale vergelijking

In deze brief verwijzen we meermaals naar geleerde lessen op basis van de aanpak in andere landen. Dit omdat nagenoeg alle landen voor dezelfde uitdaging staan als Nederland, en er ook in EU verband lessen worden getrokken. De Europese Commissie publiceerde op 15 juli jl. de mededeling Kortetermijnparaatheid op het gebied van COVID-19 uitbraken. Zie bijlage 2 voor de kabinetsappreciatie van deze mededeling.

In de voorbije weken zijn wij aanvullend intensief in contact geweest met collega's in Denemarken, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en België. Wij hebben vooral met deze landen contact omdat buitenlandse ervaringen vertaalbaar moeten zijn naar de Nederlandse context. Het is daarom vooral nuttig om te leren van vergelijkbare landen. Die vergelijkbaarheid blijkt uit het gevoerde beleid; zo was de lockdown die in Nederland gold volgens de Oxford stringency⁵ index vergelijkbaar met die van de meeste andere Noordwest-Europese landen. Nederlandse deskundigen met veel kennis over de aanpak in het buitenland concluderen tevens dat de leidende principes in de aanpak van deze landen, vergelijkbaar zijn met die van het kabinet. Verschillen uiten zich vooral in de manier waarop landen deze leidende principes uitvoeren. Dat achten deze experts logisch omdat landen verschillen in de manier waarop de publieke gezondheid, zorg, en veiligheidsdiensten georganiseerd zijn. Daarnaast hebben sommige landen een minder gefragmenteerde data infrastructuur, en zijn er culturele verschillen. Deze schriftelijke inbreng met specifiekere lessen wordt tegelijkertijd met deze brief openbaar gemaakt via de eerder genoemde website. Verder hebben wij op het vlak van lokaal indammen van lokale uitbraken, testen, traceren en isoleren, en de langdurige zorg internationale vergelijkingen uitgevoerd. De uitkomsten hiervan staan beschreven onder de betreffende passages.

1. Maatregelen ter voorkoming van een tweede golf

Vanaf 12 maart werden in heel Nederland maatregelen getroffen die tot doel hadden het coronavirus onder controle te krijgen en de zorg niet te overbelasten. De aanpak bestond in die uitbraakfase uit drie onderdelen waar telkens adviezen en maatregelen bij hoorden: (1) het naleven van basisregels om de kans dat het virus van persoon op persoon kon overgaan te verkleinen, (2) het aantal contacten tussen mensen beperken en (3) bewegingen zoveel mogelijk beperken om verspreiding over het land en introductie vanuit het buitenland verder tegen te

⁵ Zie <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>.

gaan.

De naleving van deze maatregelen was, en is nog steeds, voor een groot deel de verantwoordelijkheid van mensen zelf. Dit heeft ook gewerkt; de curve van besmettingen en ziekenhuis opnames is in enkele maanden daadwerkelijk gedaald. We zien sinds half juli een oploop in het aantal besmettingen met een piek in de tweede week van augustus. De oploop lijkt in de tweede helft van augustus te stabiliseren. Desondanks is duidelijk dat het virus er nog steeds is en naar verwachting nog een langere periode onder ons blijft.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Normaal zal de anderhalvemetersamenleving nooit worden. Maar een nieuwe landelijke lockdown moeten we zien te voorkomen. Daarom willen we zo lang het kan zo precies en zo snel mogelijk ingrijpen, dáár waar het probleem zich voordoet. Dat kan in een bedrijf, binnen een familie of vriendengroep zijn, maar ook in een wijk, regio of leeftijdsgroep. Ook in deze fase leren we elke dag weer en stellen we voortdurend bij. Nieuwe inzichten leiden tot aanpassingen in het beleid. De aanpak om een tweede golf te voorkomen blijft gebaseerd op:

- Naleving van de basisregels. Dat kunnen we niet genoeg blijven benadrukken. Met de toename van het aantal besmettingen hebben we daar het dringende advies aan toegevoegd om thuis maximaal 6 gasten ouder dan 13 jaar te ontvangen.
- Testen en traceren. We benutten alle mogelijkheden om nieuwe brandhaarden zo vroeg mogelijk op te sporen en zo precies mogelijk in te grijpen. Het Corona dashboard is een belangrijk instrument om te signaleren en te communiceren. We voegen hier ook een regionale component aan toe.
- Snel en gericht nemen van maatregelen. Binnen het kader van de landelijke maatregelen willen we dat er indien nodig snel lokale en regionale maatregelen worden genomen. We hebben daarom een escalatieladder opgesteld om hierin houvast te bieden.
- En als voorwaarde daarbij: Publiekscommunicatie is essentieel voor het draagvlak, de naleving en de handhaving van bovenstaande. Daarbij is meer onderscheid naar verschillende groepen nodig om iedereen goed te bereiken.

Naleving basisregels

De belangrijkste maatregel om een tweede golf te voorkomen blijft de inzet op naleving van de basisregels, die voor iedereen gelden: blijf thuis bij klachten als griep, verkoudheid en keelpijn en plotseling verlies van smaak en reuk: laat je in dat geval testen op corona. Werk zoveel mogelijk thuis, was regelmatig je handen, houd 1,5 meter afstand en vermijd drukte. Heb je last van benauwdheid of heb je koorts, dan blijven ook gezinsleden thuis. Ook de andere hygiëneadviezen, zoals hoesten en niezen in de binnenkant van de elleboog, papieren zakdoekjes gebruiken en meteen weggooien, blijven gelden. Ben je 70 jaar of ouder, of heb je een kwetsbare gezondheid, wees dan extra voorzichtig. Ontvang thuis niet meer dan 6 personen (van 13 jaar en ouder) en vermijd drukke plekken. Iedereen in Nederland heeft een duidelijke, eigen verantwoordelijkheid om deze maatregelen na te leven.

Naast deze basisregels is een aantal randvoorwaarden opgesteld voor openbare ruimtes. In openbare ruimtes dient er tussen de aanwezigen 1,5 meter afstand te zijn en mag er geen te grote groepsvorming plaatsvinden. Voor ruimtes zonder doorstroom en zonder gezondheidscheck is er een maximum van 250 personen

buiten en 100 personen binnen. Grotere aantallen zijn alleen mogelijk zolang er gewerkt wordt met een reservering, gezondheidscheck en een vaste zitplaats. In de horeca zijn een reservering, een gezondheidscheck en een vaste zitplaats altijd verplicht ongeacht de aantallen bezoekers.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Ondernemers en organisatoren van evenementen zijn op de betreffende locaties verantwoordelijk voor de 1,5 meter afstand tussen de aanwezigen en afnemen van een gezondheidscheck vooraf. De lokale overheid houdt hier toezicht op. Bij extreme drukte kunnen de verantwoordelijke burgemeester en de voorzitter van de betreffende veiligheidsregio ertoe besluiten de locatie noodgedwongen en tijdelijk te sluiten.

Testen en traceren

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Een ambitieuze aanpak op testen en traceren met als doelen voldoende capaciteit, effectief testen en bron- en contactonderzoek, verhogen van de testbereidheid en goede monitoring.
- De stand van de wetenschap bepalend laten blijven bij de inzet van testen en traceren over wat het meest effectief bijdraagt aan de bestrijding van de uitbraak c.q. het verlagen van de reproductiefactor

Waar het kabinet met de kennis van nu meer op wil inzetten:

- Verruimen van snel opschaalbare testcapaciteit, én aandacht voor innovatieve, snelle testen.
- Duurzame borging van het systeem van testen en traceren, met aandacht voor organisatorische en personele versterking.
- Onderzoek naar de wenselijkheid en haalbaarheid om meer mensen zonder klachten die een hoog risico hebben gelopen te testen.

Testen en traceren is een belangrijke pijler in de strategie van maximale controle en het voorkomen van een tweede golf. Dat werd door alle deskundigen onderstreept: een investering in testen en traceren loont eigenlijk altijd, omdat het kan bijdragen aan het voorkomen van een lockdown met grotere economische en maatschappelijke gevolgen. In de gesprekken met de experts was er veel waardering voor de snelheid waarmee de GGD'en en laboratoria het mogelijk hebben gemaakt dat vanaf 1 juni iedereen met klachten getest kan worden op het coronavirus, maar het is zaak om de robuustheid en effectiviteit van het systeem verder te versterken. Zij wijzen daarbij op twee belangrijke aspecten:

Ten eerste moet de capaciteit voor testen nog verder opgeschaald worden, met aandacht voor de doorloopsnelheid tussen testaanvraag en -uitslag. Ook moet de capaciteit van de uitvoering van bron- en contactopsporing gelijke tred houden met de groei van de capaciteit voor testen. De experts vroegen aandacht voor de duurzame borging van het systeem van testen en traceren. De huidige organisatie en werkwijze dragen her en der nog de kenmerken van een snelle inrichting in crisistijd. Aangezien het virus nog een tijdje onder ons zal zijn, is aandacht voor organisatorische maar zeker ook personele versterking van belang. Ten tweede is van groot belang dat de motivatie om mee te doen aan testen en bron en contactonderzoek op peil moet blijven, alsmede de bereidheid om zich te houden aan adviezen rond quarantaine. Het is van belang om de bewustwording

over het waarom te vergroten en daarmee de intrinsieke naleving te bevorderen. De experts geven aan dat hier de inzet van gedragswetenschappers en communicatie experts van grote waarde kan zijn. Laagdrempeligheid en fijnmazigheid van de testfaciliteiten -ook voor mensen die minder mobiel zijn- en het wegnemen van andere barrières dragen hiertoe bij.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Het kabinet zal de komende maanden de aanpak van testen en traceren verder doorontwikkelen. In een aparte brief aan uw Kamer⁶ is deze aanpak verder uitgewerkt. De inzet van testen en traceren moet altijd gericht zijn op wat het meest effectief bijdraagt aan de bestrijding van de uitbraak c.q. het verlagen van de reproductiefactor (R_0). De experts waren bijvoorbeeld verdeeld over de vraag in hoeverre het testen van mensen zonder klachten bijdraagt aan het controleren van het virus. Sommigen benadrukten dat het economisch gezien altijd meerwaarde heeft, terwijl anderen juist waarschuwden voor het gevaar van te veel vals-negatieve uitslagen. GGD'en kunnen nu al mensen zonder klachten testen bij regionale uitbraken waarbij mensen een besmettingsrisico lopen. Momenteel vindt op advies van het OMT-onderzoek plaats naar de meerwaarde van testen zonder klachten bij groepen die verhoogd risico hebben gelopen. Bijvoorbeeld mensen die getraceerd worden door de Coronamelder-app en inkomende reizigers uit oranje en rode landen (teststraat Schiphol). In een situatie waarin testcapaciteit schaars is, kan het nodig zijn te prioriteren hoe deze aan te wenden. Het kabinet wil het RIVM of het OMT daarover om advies vragen. Tegelijk zetten wij maximaal in op het verruimen van de testcapaciteit, inclusief de inzet van innovatieve snelle testen.

Met een solide systeem voor testen en traceren komt elke nieuwe opflakking van het virus zo snel mogelijk in beeld en kan elke keten van besmetting zo snel mogelijk verbroken worden (traceren en isoleren). Met intensief testen zitten we het virus zo dicht mogelijk op de hielen en met intensief bron- en contactonderzoek doorbreken we de keten van besmettingen. Het kabinet zet samen met de GGD'en en laboratoria in op een ambitieuze aanpak van testen en traceren. Deze aanpak bestaat uit 6 doelen:

1. Voldoende testcapaciteit.
2. Effectief testen (doorlooptijd en laagdrempeligheid)
3. Voldoendecapaciteit bron- en contactonderzoek
4. Effectieve bron- en contactonderzoek
5. Verhogen testbereidheid.
6. Zicht houden op performance

De voorbereidingen op deze aanpak zijn deze zomer al gestart maar vergen ook de komende weken en maanden nog forse inspanningen van VWS, GGD'en en laboratoria en is een traject van de langere adem. Dat blijkt ook in deze weken van een hoge testvraag wederom. Het heeft op de korte termijn onze volle aandacht om vraag en aanbod met elkaar in evenwicht te houden. Niet alles is binnen een week gerealiseerd en een goede balans houden tussen testvraag en aanbod en opschaling van materialen en capaciteit is een uitdaging. Dat geldt ook voor de opbouw van het bron- en contactonderzoek.

⁶ Kamerstuknummer 2020Z15191

Internationale lessen testen en traceren

Voor *testen en traceren* hebben we meegedaan aan een internationale vergelijking tussen België, Denemarken, Frankrijk, Italië, Spanje en Nederland, uitgevoerd door Belgische gezondheidsdiensten⁷. Uit deze vergelijking blijkt dat de leidende principes internationaal weinig verschillen, maar de uitvoering ervan wél anders is. Zo kunnen mensen bijna overal hun testuitslag online inzien, werken alle landen aan een app, en wordt het als cruciaal gezien om clusters met besmettingen scherp in het vizier te houden. Diverse landen zetten in op testen van mensen zonder klachten, maar die wel een groot risico hebben gelopen, en het ondersteunen van mensen in thuisisolatie. Aanvullend heeft de Minister van VWS contact gehad met de Deense minister van volksgezondheid om van de Deense aanpak te leren.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Lessen geleerd: testen, traceren en isoleren in Denemarken

Denemarken kent een andere uitgangspositie dan Nederland met een relatief hoog aantal afgenomen tests: 1,2 miljoen per begin augustus op nog geen 6 miljoen inwoners. Grootschalig testen, ook van mensen zonder klachten is al sinds april mogelijk, en wordt centraal georganiseerd door een hiervoor opgericht landelijk orgaan (Test Center Denmark). Dit centrale orgaan is mede opgericht om ervoor te zorgen dat de testcapaciteit niet interfereert met de reguliere diagnostiek. Deze capaciteit is opgebouwd met een gecoördineerde actie van alle landelijke Medisch Microbiologische laboratoria en daarnaast zijn nieuwe, tijdelijke laboratoria ingericht met aanzienlijke financiële donaties van lokale fondsen voor onderzoek en innovatie. In totaal zijn er 18 testcenters met name bedoeld voor het testen van mensen zonder klachten, naast de 30 ziekenhuizen waar mensen met klachten (vaak 24/7) terecht kunnen. Tevens zijn er circa 12 mobiele teststations die ingezet worden bij uitbraken. Testbereidheid is in Denemarken geen probleem, sinds het mogelijk was voor iedereen om zich te laten testen. Hier lijkt de testbereidheid verband te houden met de eenvoudige en heldere richtlijnen die er al vroeg waren. Een testafspraak maakt men online via DIGID, het testresultaat verschijnt in de Persoonlijke Gezondheid Omgeving en het elektronische patiëntendossier van de burger. (Ook in Nederland is het vanaf 12 augustus jl. mogelijk om online een test aan te vragen en het resultaat in te zien.) Eenmaal besmet worden patiënten in Denemarken via de gebruikelijke voorlichtingskanalen dringend aangeraden om thuis in quarantaine te gaan. Deense gemeenten moeten hun inwoners alternatieve huisvesting bieden wanneer quarantaine thuis echt niet lukt. Het belang van thuisquarantaine wordt ondersteund door de observatie van het RIVM dat 60% van alle besmettingen in de thuissfeer plaatsvindt. Ook in Nederland bestaan initiatieven die dit ondersteunen en zijn afspraken gemaakt met Veiligheidsregio's om ondersteuning te bieden aan mensen die in quarantaine moeten blijven

⁷ Zie https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/2020-56_COVID-19_international_comparison_testing_and_contact_.pdf.

We beseffen ons dat de Deense uitgangspositie in organisatie en capaciteit een andere is dan in Nederland. Lessen die we van deze *best practice* leren zijn:

Les 1: Het zo fijnmazig mogelijk inrichten van testafnamepunten is belangrijk voor een hoge testbereidheid en toegankelijkheid.

Les 2: De centrale Deense organisatie van de testcapaciteit bleek goed te werken. Dit wordt voor de Nederlandse context nader uitgewerkt.

Les 3: In de situatie van ruim voldoende testcapaciteit en het testen van mensen zonder klachten, maar die wel een groot risico hebben gelopen, houden heldere richtlijnen verband met de testbereidheid.

Les 4: Ondersteuning bij belemmeringen voor thuisquarantaine bleek in Denemarken belangrijk.

Signalering en analyse/ dashboard

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Een centrale plek die inzicht geeft in de verspreiding van het coronavirus in Nederland.

Waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

- Een betere communicatiestrategie waardoor het dashboard alle Nederlanders van informatie kan voorzien.
- Begrijpelijkheid en duiding verbeteren, zodat iedereen die naar het dashboard kijkt begrijpt hoe de verschillende indicatoren zich tot elkaar verhouden.
- Meer lokale en regionale data opnemen in het dashboard zodat we gerichter maatregelen kunnen nemen tegen het virus.

Om het virus maximaal onder controle te houden, is het van groot belang dat we goed zicht hebben op de verspreiding van het virus. Het Corona-dashboard (coronadashboard.rijksoverheid.nl) is één van de instrumenten die we daarvoor gebruiken. Het toont gegevens en duidt deze voor burgers, bestuurders professionals, journalisten en beleidsmakers. Het dashboard is sinds begin juli operationeel en wordt sindsdien stap voor stap uitgebreid. Het dashboard wordt op dit moment dagelijks door ongeveer 200.000 mensen bezocht.

Het dashboard bevat drie elementen die in samenhang met elkaar de impact, omvang en verwachting van de verspreiding van het virus weergeven. Dat zijn 1) de cijfers die de epidemie zelf beschrijven zoals het aantal mensen dat besmet is, 2) ondersteunende indicatoren die een beeld geven over het verloop zoals de zelfrapportagegegevens en 3) indicatoren die de potentiële risico's voor verspreiding van het virus weergeven, zoals gegevens uit de Nalevingsmonitor en uit gedragsonderzoeken.

Een nieuwe databron die we recent aan het dashboard hebben toegevoegd is de *rioolwatermonitoring*. Daarmee wordt inzichtelijk gemaakt hoeveel virusdeeltjes voorkomen in het rioolwater in een bepaald gebied. Deze nieuwe databron wordt ontwikkeld als een "early warning system" en wordt in overleg met de Unie van Waterschappen verder uitgebreid naar een groot aantal rioolwaterzuiveringsinstallaties verspreid over het land. Onder meer is dit voor verpleeghuizen belangrijke informatie. Dankzij de rioolwatermonitoring kunnen ze

tijdig een toename van het aantal besmettingen in de omgeving van het verpleeghuis zien en passende hygiëne- en gedragsmaatregelen treffen. Hetzelfde geldt voor andere (publieke) instellingen.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Nu de basis goed is neergezet, willen we het dashboard op korte termijn niet alleen een meer lokaal-regionaal ontwerp geven, maar ook meer databronnen toevoegen. Het gaat onder meer om gegevens zoals uit Bron- en Contactonderzoek (BCO-data) en data uit gedragsonderzoek.

Het is essentieel dat we zoveel mogelijk het virus lokaal opsporen en lokale maatregelen treffen om verdere verspreiding van het virus te voorkomen. Daarom moet het dashboard ook informatie bevatten voor lokale bestuurders zodat ze tijdig maatregelen kunnen nemen. Bovendien kan lokale informatie ervoor zorgen dat mensen zich bewust worden van de situatie in de eigen omgeving en zich daardoor verantwoordelijk gaan gedragen en de gedragsregels beter opvolgen. Dat zal dan terug te zien zijn in de besmettingscijfers.

Inmiddels is er ook een Engelse versie van het dashboard beschikbaar zodat ook niet-Nederlandstaligen toegang hebben tot de informatie op het dashboard. Zie coronadashboard.government.nl.

Het zo snel en precies mogelijk nemen van maatregelen

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Langetermijnperspectief als richting.
- Beleid baseren op wetenschappelijke inzichten en de maatregelen ook zo onderbouwen.
- Ook dilemma's delen – bijvoorbeeld bij het verdelen van schaarse openbare ruimte.

En waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

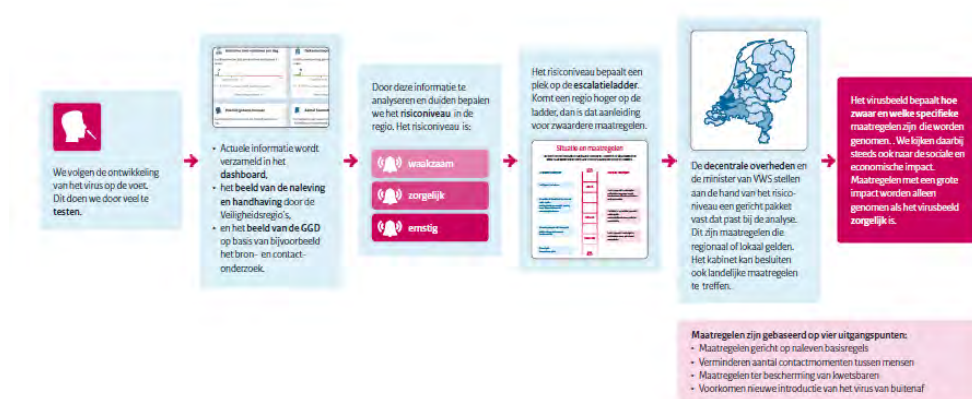
- Zo gericht mogelijk ingrijpen.
- Nog meer kennis delen en data openbaar maken, zowel wetenschappelijke publicaties als data waarop maatregelen gebaseerd kunnen worden (telecomdata). We laten ook zien wat we niet weten.
- Adaptief beleid: nieuwe inzichten kunnen leiden tot aanpassen van indicatoren of aanpassen van maatregelen.
- Meer openbaar laten zien hoe maatregelen worden genomen op basis van een breed palet aan deskundigheid waarbij de balans wordt gezocht tussen controle over het virus tegen minimale sociale en economische schade.

De aanwezigheid en verspreiding van het coronavirus kent grote regionale verschillen. Het is daarom essentieel dat we het virus lokaal opsporen en lokale maatregelen treffen om het virus in te dammen. Dit sluit aan bij de les om zo precies en snel mogelijk in te kunnen grijpen daar waar het nodig is. Om die reden geeft het kabinet veiligheidsregio's en gemeenten de ruimte om lokaal en regionaal maatregelen te nemen om de verdere verspreiding van het coronavirus te voorkomen. Alleen zo kan recht worden gedaan aan de opgave om de verspreiding van het virus te beheersen en tegelijkertijd de maatschappelijke en economische schade van de maatregelen te minimaliseren.

Hieronder schetsen wij hoe het kabinet in overleg met decentrale overheden de komende periode tot een regionale en lokale aanpak wil komen ter ondersteuning van het werk dat de Veiligheidsregio's al verzetten. Daarbij geven we eerst aan

hoe het regionale inschalingsniveau voor alle regio's van Nederland bepaald en transparant gemaakt wordt. Daarna wordt geschetst hoe decentrale overheden en het Rijk op basis van dit inschalingsniveau passende en proportionele maatregelen nemen. Hierbij willen we te allen tijde recht doen aan de belangrijke rol die decentrale overheden spelen bij het bestrijden van de verspreiding van het virus. Deze gezamenlijke systematiek met het duiden van informatie en inschalen van regio's, het wegen van maatregelen uit de gereedschapskist en het meewegen van criteria voor een brede afweging– wordt hieronder toegelicht. Bij het uitwerken van deze aanpak is dankbaar gebruik gemaakt van de recente ervaringen in Amsterdam en de handreiking van het LCI voor maatregelen bij clusters en regionale verspreiding van het coronavirus,⁸ die is behandeld in het OMT van 16 augustus. De komende periode wordt deze aanpak samen met de regio's verder uitgewerkt.

Kenmerk
1736332-209353-PG



Maatregelen treffen we aan de hand van vier uitgangspunten: Ten eerste zijn de maatregelen gebaseerd op het dashboard en op de analyse van de verspreiding van het virus, door de GGD en het RIVM, en op de analyse van de veiligheidsregio's voor naleving en handhaving. Ten tweede zijn de maatregelen vrijwillig waar dat kan, maar verplicht waar dat moet. Ten derde zijn de maatregelen preventief waar dat kan, maar gericht op het uitdoven van brandhaarden waar dat moet. Ten slotte zijn de maatregelen regionaal waar dat kan, maar landelijk waar dat moet.

Zowel bij het analyseren en duiden van gegevens, als bij het treffen van maatregelen is het van groot belang dat decentrale en nationale overheden gelijk optrekken. Hierbij wordt op verschillende momenten, zowel in de reguliere overlegstructuren als op ad hoc basis wanneer het nodig is, overlegd tussen het Rijk en de decentrale overheden. Daarbij is de minister van VWS onder de Wet Publieke Gezondheid eindverantwoordelijk voor het bestrijden van COVID-19.

Inschalingsniveau per regio

Naast een verschil in aanwezigheid en verspreiding van het virus, hebben regio's ook hun eigen kenmerken die de wijze beïnvloeden waarop het virus kan worden bestreden. Zo hebben regio's met grote toeristische drukte andere aandachtspunten dan regio's waar minder toeristen komen. Een logisch gevolg hiervan is dat de aanpak van het virus maatwerk is en dus per regio kan verschillen. Er moet in de vaste systematiek ook altijd voldoende flexibiliteit zijn om een goede afweging te kunnen maken, omdat er altijd een mate van onvoorspelbaarheid is.

⁸ <https://lci.rivm.nl/covid-19/clusters-regionale-verspreiding>

Om de regionale verschillen inzichtelijk te maken, wordt per regio het inschalingsniveau vastgesteld. Hieronder wordt van de drie inschalingsniveaus een beschrijving gegeven. In de praktijk zullen de regionale situaties nooit exact gelijk zijn aan een van deze drie beschrijvingen. Dit betekent dan ook dat niet aan alle hieronder genoemde criteria hoeft te worden voldaan voordat een situatie als 'zorgelijk' of 'ernstig' wordt aangemerkt. Het kan zijn dat een regio als 'zorgelijk' geassocieerd wordt, terwijl deze ook nog kenmerken heeft uit de beschrijving 'waakzaam' of juist 'ernstig'. Het is dus een glijdende schaal waarbij de inschalingsniveaus dienen als hulpmiddel om te komen tot een proportioneel pakket aan maatregelen.

De drie inschalingsniveaus zijn:

A. Waakzaam

Er is sprake van een beheersbare situatie. Het aantal nieuwe besmettingen is laag. Kwetsbare groepen dienen alert te zijn. Het bron- en contactonderzoek is overwegend effectief. Maatregelen worden voldoende nageleefd en zijn te handhaven. Er is voldoende regionale zorgcapaciteit beschikbaar. Aanvullende maatregelen zijn erop gericht om de bestaande aanpak beter te laten functioneren.

B. Zorgelijk

De situatie ontwikkelt zich negatief. Het aantal nieuwe besmettingen neemt toe. Maatwerk is nodig om kwetsbaren groepen te beschermen. Als de situatie voortduurt, wordt het bron- en contactonderzoek ineffectief. Maatregelen worden onvoldoende nageleefd. De druk op de regionale zorgcapaciteit neemt toe. De bestaande aanpak moet met aanvullende maatregelen worden versterkt om de verspreiding van het virus weer onder controle te krijgen en terug te keren naar een beheersbare situatie.

C. Ernstig

Hard ingrijpen is noodzakelijk om verdere escalatie te voorkomen en terug te keren naar een beheersbare situatie (waakzaam). Het aantal nieuwe besmettingen neemt snel toe. Het bron- en contactonderzoek is niet meer effectief, waardoor het zicht op de verspreiding afneemt. Maatregelen worden onvoldoende nageleefd. De regionale zorgcapaciteit is onvoldoende. Maatregelen zijn erop gericht om (regionale) overbelasting van de zorg te voorkomen, kwetsbaren te beschermen en weer zicht op de verspreiding van het virus te krijgen.

Methode inschaling regio's

Elke week en indien nodig vaker en sneller wordt voor elke regio van Nederland bepaald wat het inschalingsniveau is. Bij het maken van de afweging hoe een regio moet worden ingeschaald wordt gekeken naar het beeld van de lokale verspreiding van het virus, zoals opgenomen op het dashboard. Op dit moment staan op het dashboard al het aantal positieve testuitslagen en ziekenhuisopnames. Voor 80 locaties zijn daarnaast rioolwaterdata opgenomen. Dit wordt de komende tijd uitgebreid naar alle locaties in Nederland. Stapsgewijs wordt het dashboard steeds verder verfijnd en uitgebreid. Zo worden onder andere het percentage positieve testen en nalevingsgegevens van de maatregelen aan het dashboard toegevoegd. Dit betekent dat het dashboard steeds specifiekere informatie bevat ten behoeve van het inschalen van regio's.

Overschrijding van (regionale) signaalwaarden in dit dashboard betekent dat met urgentie naar een regio wordt gekeken, en voor het Rijk en decentrale overheden om met elkaar in overleg te gaan. Vervolgens wordt ten behoeve van de inschaling hier aanvullende contextinformatie aan toegevoegd over het zicht op het virus en de lokale naleving en handhaving van de regels. Informatie over het lokale zicht op het virus komt van de GGD, die aangeeft hoe onder meer lokaal

testen en traceren en het bron- en contactonderzoek verloopt en een breder epidemiologisch beeld rondom clusters schetst. Hierbij is het cruciaal dat GGD-en daarvoor goed worden uitgerust. Informatie over de naleving en handhaving van de regels komt van de veiligheidsregio zelf. Het dashboard wordt dusdanig doorontwikkeld dat informatie met betrekking tot zicht op het virus en het handhaven en naleven van de maatregelen geleidelijk op het dashboard worden opgenomen.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Het bepalen van een inschalingsniveau voor een bepaalde regio en welke maatregelen er vervolgens worden getroffen is dus geen automatisme op basis van louter harde indicatoren, maar een gezamenlijke weging tussen decentrale overheden en het Rijk, in samenwerking met de GGD en het RIVM. Hiertoe wordt tenminste wekelijks overlegd door alle betrokken partijen. Zo wordt de integraliteit in maatregelen tussen regio's, de proportionaliteit en effectiviteit in gezamenlijkheid bewaakt. De minister van VWS neemt hierbij als eindverantwoordelijke voor het bestrijden van COVID-19 het uiteindelijke besluit over de inschaling van een regio, na overleg met onder meer decentrale overheden. De minister van VWS bewaakt de integraliteit en gelijke inschaling van regio's. Daar waar in de doorontwikkeling steeds meer informatie in het dashboard wordt opgenomen, kan steeds beter op basis van geobjectieerde informatie de inschaling plaatsvinden.

Het vastgestelde inschalingsniveau wordt ook gepubliceerd op het coronadashboard. In de tweede helft van september is online te zien of een regio wordt ingeschaald als waakzaam, zorgelijk of ernstig. Dit helpt bij de besluitvorming over maatregelen maar ook voor de communicatie. Hiermee wordt voorspelbaarder, begrijpelijker en duidelijker gemaakt voor de inwoners van zwaarder getroffen regio's waarom maatregelen lokaal worden aangescherpt, terwijl de maatregelen in andere regio's hetzelfde blijven of mogelijk worden afgeschaald. Het inschalingsniveau is nadrukkelijk een hulpmiddel dat ook flexibiliteit vraagt.

Escalatieladder en bijpassende gereedschapskist aan maatregelen

Regionale en lokale maatregelen moeten proportioneel zijn aan het inschalingsniveau en passen bij de aard en achtergrond van de ontwikkelingen. Als het inschalingsniveau verandert, kan dit aanleiding zijn om zwaardere maatregelen te nemen of juist maatregelen te stoppen. Zo kunnen regio's op- en afschalen langs een 'escalatieladder'.

Om regio's hierbij te ondersteunen is de afgelopen periode – aanvullend aan het regionaal inzichtelijke maken van de verspreiding van het virus – met andere ministeries, veiligheidsregio's, GGD'en, RIVM en decentrale overheden gewerkt aan een handreiking (een 'gereedschapskist') waarin potentiële maatregelen zijn opgenomen. Deze gereedschapskist wordt continu verder ontwikkeld. Bestuurders van decentrale overheden kunnen bij het treffen van maatregelen gebruik maken van de gereedschapskist als hulpmiddel dat inzicht biedt in de maatregelen die getroffen kunnen worden. Deze gaat uit van de huidige situatie en wordt geactualiseerd als de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 aangenomen en van kracht is.

Hierin schuilt geen automatisme; een maatregel moet altijd aansluiten bij de regionale context en bij de analyse van de lokale problematiek. Als bijvoorbeeld uit het bron- en contactonderzoek blijkt dat verspreiding van het virus vooral via thuisfeestjes plaatsvindt, liggen maatregelen gericht op drukte in binnensteden minder voor de hand. De maatregelen in de gereedschapskist dekken niet alle mogelijke situaties af, maar geven een reëel beeld van maatregelen die bij een bepaald inschalingsniveau overwogen kunnen worden.

De gereedschapskist bestaat uit maatregelen die naar aard als volgt zijn te groeperen:

Kenmerk
1736332-209353-PG

1. De basisregels (waaronder de algemene hygiënemaatregelen, thuisblijven bij klachten en de 1,5m afstandsregel).
2. Het beperken van het aantal contactmomenten om overdracht van het virus te voorkomen.
3. Het beschermen van kwetsbare groepen en het beperken van de gevolgen die daaruit voortvloeien
4. Het beperken van nieuwe introducties van het virus (vanuit het buitenland).

Maatregelen kunnen adviezen zijn, bindende regels of besluiten, fysieke maatregelen of handhaving inhouden. Voorbeelden van maatregelen zijn het handhaven bij niet naleven van de basisregels (passend bij groep 1), het beperken van groepsvorming (passend bij groep 2), of het opleggen van inreisbeperkingen (passend bij groep 4).

De komende weken wordt, ook in overleg met de decentrale overheden, nog verder gewerkt aan de gereedschapskist. Deze gereedschapskist zal in de tweede helft van september in de vorm van een handreiking met decentrale overheden worden gedeeld. Deze is daarna ook niet statisch: naar verwachting zal de gereedschapskist de komende tijd telkens worden geactualiseerd op basis van lessen en ervaringen in de praktijk en de verspreiding van het coronavirus, rekening houdend met de uitvoerbaarheid van de maatregelen door de gemeenten.

Criteria voor brede afweging

Het kabinet betreft bij het opstellen en afwegen van nieuwe maatregelen voor de bestrijding van COVID-19 niet alleen de gevolgen van de maatregelen op de verspreiding van het virus, maar ook de maatschappelijke en economische gevolgen van de maatregelen. Alleen zo kunnen passende en proportionele maatregelen worden getroffen. Om voldoende fundament onder deze afweging te krijgen, voert het kabinet gesprekken met verschillende planbureaus (CPB, PBL, SCP) en het RIVM.

Het kabinet gebruikt de input uit deze gesprekken om te bepalen welke criteria bij ieder besluit moeten worden meegewogen. Het gaat daarbij dus niet alleen om de effecten van maatregelen op de verspreiding van het virus, maar ook om de effecten op het brede welvaartsbegrip zoals welbevinden, de leefomgeving, de sociale cohesie en de economie. Niet voor iedere maatregel valt vooraf met zekerheid een inschatting te maken wat de effecten op al deze aspecten zullen zijn. Desondanks is het van belang deze criteria bij elk besluit te betrekken, ook al is dat kwalitatief.

Continue doorontwikkeling

De gezamenlijke werkwijze wordt werkende weg continu doorontwikkeld. We zullen in dat proces daarbij ook het OMT vragen te reflecteren op de werkwijze en te adviseren over nadere invulling en verbeteringen, zoals het OMT ook over de regionale aanpak heeft gedaan in het advies van maandag 17 augustus. Die inhoud leverde een belangrijke bijdrage aan de werkwijze zoals hierboven geschetst. Wanneer de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19, die nu in uw Kamer voorligt, in werking treedt zal de werkwijze hieraan worden aangepast. Dit betreft dan met name de toepassing van de ministeriele regeling in plaats van de

noodverordeningen en de coördinerende rol van de voorzitters van veiligheidsregio's richting gemeenten. Deze elementen worden in aanloop naar de inwerkingtreding van de Tijdelijke wet doorvertaald in een aangepaste werkwijze.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Internationale lessen voor lokale maatregelen

Sinds de versoepelingen van de maatregelen zien we in vrijwel alle landen een sterke focus op regionaal of lokaal beleid. *Casestudies* naar de uitbraken in Gütersloh en Antwerpen leren ons het volgende:

Lessen geleerd: de uitbraken in Gütersloh en Antwerpen

Nadat in Gütersloh de lokale gezondheidsdienst een snelle toename van de besmettingen constateerde, ontstond snel het besef dat de situatie zou escaleren. BCO liet zien dat de uitbraak zich voltrok in een vleesverwerkingsbedrijf. Alle werknemers van het bedrijf werden getest. Inwoners van Gütersloh werden aanbevolen om zich ook te laten testen, wat men ook deed omdat de vakantieperiode aanstaande was en uitbaters van vakantielocaties veelal vereisten dat mensen uit Gütersloh een negatieve test konden laten zien. Hierdoor werd duidelijk dat het virus zich snel, maar enkel onder de arbeidsmigranten werkzaam in het vleesverwerkingsbedrijf verspreidde. Zij hadden namelijk weinig contact met andere inwoners. Een ander aspect was dat zij veelal in dezelfde flats al dan niet samenwoonden. Handhaving van de quarantaine was daardoor eenvoudiger, hoewel het niet haalbaar bleek om toe te zien op de isolatie van huisgenoten. Uit het feit dat de lokale autoriteiten de politiediensten 47 keer om ondersteuning hebben moeten vragen, blijkt dat zelfs in een dergelijke situatie handhaving van quarantaine niet altijd vanzelfsprekend is.

De uitbraak verliep in Antwerpen totaal verschillend. Herintrede gebeurde in dichtbevolkte volksbuurten. Minder controleerbaar dus dan de flats met arbeidsmigranten in Gütersloh. Omdat het virus zich al breder verspreid had werd besloten dat het naast onhaalbaar ook niet meer nuttig was om hele wijken af te sluiten. Verspreiding voltrok zich vooral door vrijetijdsbesteding. Als gevolg hiervan werd besloten om een avondklok in te stellen, vanaf 23.30 tot 06.00u. Het specifieke tijdstip van 23.30 werd gekozen omdat het daarna niet meer loont om ergens anders naartoe te gaan aangezien bars en kroegen in België om 01.00 dicht moeten. Stedelijke jeugdwerking werd ingeschakeld om alternatieve vrijetijdsbesteding voor jongeren te bieden. Tevens werd hernieuwd een oproep gedaan om thuis te werken, werd verboden om met meer dan 10 mensen samen te scholen en werd het dragen van maskers verplicht in de openbare ruimte. De fitnesscentra vormden een andere bron van besmettingen. Deze werden gesloten, maar klanten gingen sporten in andere wijken waar de centra openbleven, met onnavolgbare verspreiding als gevolg. Het bleek effectiever om fitnesscentra open te houden en strenger te handhaven.

Op basis hiervan concluderen wij:

Les 1: geen uitbraak is hetzelfde, daarom is een lokale aanpak noodzakelijk.

Les 2: voldoende test- en BCO-capaciteit is nodig.

Les 3: realiteitszin over de gedragseffecten van lokale maatregelen is nodig.

Aanpak in grensregio's

Voorgaande voorbeelden van Antwerpen en Gütersloh hebben ook een ander aspect gemeen; het zijn gebieden die aan of dichtbij de grens met Nederland gelegen zijn. Wanneer regionale maatregelen worden genomen die ook het grensgebied raken, dan is het van groot belang dat het openbaar bestuur aan de andere kant daar goed over geïnformeerd wordt. Met andere woorden, bestuurders uit de grensregio's (beide kanten van de grens) zullen grensoverschrijdende afstemming en informatie-uitwisseling moeten incorporeren. In de afgelopen periode heeft (onder meer via de Cross Border Taskforce Corona) informatie-uitwisseling en waar mogelijk afstemming plaatsgevonden van maatregelen tussen de regeringen van Nederland, België en de aan Nederland grenzende Duitse deelstaten Noordrijn-Westfalen en Nedersaksen. De grens tussen Nederland en Duitsland werd niet gesloten. Hier heeft een actief ontmoedigingsbeleid en goede samenwerking mede aan bijgedragen. Met België, dat wel de grenzen sloot, is onder meer overleg gevoerd over het vergemakkelijken van de grenspassage van noodzakelijk grensverkeer, met name voor grenswerkers in cruciale sectoren door het beschikbaar stellen van een vignet.

Publiekscommunicatie

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Een beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid van de burger door het nakomen van afspraken die we met elkaar maken.
- De bredere inzet van communicatie- en gedragsexperts bij de verdere invulling en uitwerking van de huidige (strategische) communicatie.
- Ontsluiten van informatie door begrijpelijkheid en consistentie; inclusief en toegankelijk voor iedereen.
- Blijven uitleggen waarom de maatregelen genomen worden, hoe deze gehandhaafd worden en dat het belangrijk is dat iedereen zich eraan houdt.

Waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

- Meer gedifferentieerde communicatie naar de verschillende doelgroepen met heldere handelingsperspectieven.
- Meer delen van positieve initiatieven uit de verschillende doelgroepen.
- Meer zichtbare communicatie in de openbare ruimte.
- Meer aandacht voor andere domeinen (economische en sociaal).
- Betere vindbaarheid van antwoorden op specifieke behoeften/vragen van mensen.

Communicatie is een belangrijk instrument in de aanpak van deze crisis. Vanaf de eerste weken van de coronacrisis heeft het kabinet ingezet op een communicatiestrategie met als kernpunten: beroep op de eigen verantwoordelijkheid, vertellen wat je wel en wat niet weet, benoemen van dilemma's, eenduidige informatie, gewenst gedrag met duidelijke handelingsperspectieven (basisregels) en richting geven aan de hand van een 'routekaart'. Met als motto: alleen samen krijgen we corona onder controle. Dit vanuit één centraal punt: www.rijksoverheid.nl. Met daarbij veel aandacht voor antwoorden op veel gestelde vragen en voor voorlichting naar specifieke

doelgroepen en in meerdere talen. De strategie en uitvoering worden medebepaald door verschillende expertises vanuit de departementen en door de experts vanuit de gedragsunit van het RIVM.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Tot nu toe hebben we een breed pallet aan communicatiemiddelen en –kanalen ingezet. De campagnes op radio en televisie en de persconferenties waren hiervan het meest zichtbaar. Daarnaast is ingezet op publiekscommunicatie via o.a. online media, influencers en via lokale beeldschermen bij bedrijven en instellingen (narrow casting). Sinds begin maart kan iedereen met vragen bellen naar 0800 - 1351.

Specifieke groepen bereiken we met een gerichte communicatieaanpak. In samenwerking met Steffie maken we filmpjes in eenvoudige taal. Die leggen corona eenvoudig uit, benoemen de basisregels en leggen het testen uit. Ook bereiken we via muziekdienst Spotify een breed publiek. Daarnaast is de dienst gericht ingezet op muziekvoorkeuren van mensen met een niet-westerse achtergrond. De komende maanden start in samenwerking met jeugdorganisaties en mediakanalen gericht op jongeren een communicatietraject voor jongvolwassenen.

Onderdeel van de strategie is communicatieonderzoek. De vinger aan de pols die inzichten geeft in hoe het Nederlandse publiek reageert op de maatregelen en handhaving ervan, de communicatie hierover en welke informatiebehoefte er is. Aan de hand van bijvoorbeeld een periodieke flitspeiling (die representatief is voor de Nederlandse bevolking), wordt gekeken hoe bepaalde boodschappen zijn geland, hoe bepaalde doelgroepen basisregels naleven en in welke mate er steun is voor de maatregelen. Ook voor de komende periode zetten we verschillende vormen van communicatieonderzoek in om het effect van de communicatie te meten.

De multimediacampagne van de rijksoverheid loopt nog steeds door en is vanaf maart vrijwel dagelijks zichtbaar via traditionele en online media. Toch vraagt het veranderen van het gedrag van mensen meer dan de inzet van communicatie (informereren, uitleggen, overtuigen). In het model van de gedragsunit van het RIVM zien we naast communicatie ook aandacht voor de context waarbinnen de communicatie plaatsvindt. Sociale invloeden, (sociale norm) maar zeker ook de fysieke omgeving bepalen voor een groot deel het effect van communicatie. Verder is in het gedragsmodel de inzet van het instrument handhaving essentieel.

De externe experts die op onze uitnodiging deelnamen aan de sessie Publiekscommunicatie, onderschrijven de succesvolle aanpak van de eerste periode. De communicatiekracht van het kabinet was duidelijk zichtbaar met een helder verhaal ('routekaart') waarbij het gewenste gedrag (de sociale norm) het uitgangspunt was. De experts benoemen dat voor de komende periode een aanvullend centraal verhaal (narratief) nodig is. Een verhaal dat gedifferentieerd wordt vertaald naar specifieke doelgroepen zoals jongeren, werklozen, ouderen en kwetsbaren, mensen met een immigratieachtergrond en laaggeletterden. Om de communicatie met daarbinnen de handelingsperspectieven goed te laten aansluiten, adviseren de experts om vertegenwoordigers van deze doelgroepen nauw te betrekken bij de uitvoering van middelen en uitingen. Zodat we deze doelgroepen nog beter bereiken.

Verder gaven de experts mee dat de communicatie vertrekt vanuit de verantwoordelijkheid van de burger. In de samenleving zijn op de sociaaleconomische en maatschappelijke aspecten veel oplossingen die burgers en organisaties zelf al gevonden hebben. Dit betekent naast het blijven aanspreken op ieders eigen verantwoordelijkheid onder meer in gesprek gaan over zorgen, vragen twijfels en zeker ook ideeën die mensen zelf hebben.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Natuurlijk blijven communicatie-experts verbonden aan de doorontwikkeling van de communicatiestrategie en de inzet van middelen gericht op specifieke doelgroepen zoals hiervoor beschreven. We blijven in de strategie inzetten op de benoemde kernpunten. Waar mogelijk zullen we ook de fysieke omgeving van mensen meer en beter 'laten communiceren' door de kennis op het terrein van o.a. nudging beter te ontsluiten en te delen met goede voorbeelden via de eigen kanalen van de rijksoverheid. Zo zien we dat ruimtelijke aanpassingen in winkels en horeca (pijlen en strepen op de vloer, eenrichtingsverkeer) een positief effect hebben op het gewenst gedrag. Dat kunnen ook aanpassingen zijn van bijvoorbeeld winkelstraten of de entrees van kantoren.

Verder stellen we een rijksbrede kalender op met situaties en momenten die vragen om specifieke communicatie. Bijvoorbeeld hoe om te gaan met geboorte, verjaardagen, bruiloften, begrafenissen, maar ook baanverlies en huiselijk geweld, schoolvakanties, de start van de scholen en feestdagen.

Dilemmalogica loopt als rode draad in de communicatieaanpak waarbij we nog meer aandacht geven aan wat we wel of niet weten en waarom maatregelen wel of niet worden genomen en hoe deze worden gehandhaafd.

Het centrale verhaal vraagt naast de volksgezondheid ook een breed sociaaleconomisch en maatschappelijk perspectief. Onderzocht wordt hoe deze uitwerking ontvangen wordt door de doelgroepen. Dit betekent dat de volksgezondheid als hoofdlijn, verbreed wordt met maatschappelijke en economische elementen.

Tenslotte zijn er naast het gedragsmodel van het RIVM ook randvoorwaarden verbonden aan effectieve communicatie in tijden van crisis: we doen het samen, we brengen samenhangende maatregelen, we controleren of mensen de maatregelen naleven en we (laten) zorgen dat de fysieke omgeving aansluit op de (communicatie van de) maatregel(en).

2. Opvangen mogelijke tweede golf

Met een beter zicht op en inzicht in de ontwikkelingen, het zo snel en lokaal mogelijk ingrijpen, opschalen van testcapaciteit en bron- en contactonderzoek en de nadruk blijven leggen op het naleven van de basisprincipes van hygiëne en gedrag willen we het virus beheersbaar houden. Mocht er onverhoopt toch een tweede grote uitbraak komen, dan hebben we op basis van de aanpak van de eerste golf en aanpassingen in het beleid een gedegen voorbereiding. Naast een ijzeren voorraad aan beschermingsmiddelen en een snel op te schalen klinische capaciteit is het vooral van belang dat de zorgmedewerkers in alle sectoren weer voldoende hersteld zijn en goed ondersteund worden om een tweede golf op te vangen.

Reguliere zorg en IC-capaciteit

Kenmerk
1736332-209353-PG

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Organiseer de zorg digitaal waar dit kan en wenselijk is als het de kwaliteit van zorg ten goede komt. In deze coronaperiode maar ook in een toekomst met personeelskrapte biedt digitale zorg uitkomst.
- Samenwerking en regie in de zorgketen (regionale netwerken, uitbreiding ROAZ met partijen uit de langdurige zorg, opzetten RONAZ voor niet-acute zorg, etc.). Het is belangrijk deze samenwerking binnen en over domeinen en regio's heen te continueren om een oploop in de besmettingen te kunnen opvangen en reguliere zorg zo goed mogelijk te kunnen blijven leveren.
- Het is van groot belang om het Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk overleg Acute Zorg (LNAZ) uit te (blijven) voeren. Dit plan sluit aan bij punten die door de experts als belangrijkste lessen naar voren zijn gebracht. Bijvoorbeeld: het opleiden en behouden van personeel, de samenhang tussen regionale en landelijke coördinatie en informatie-uitwisseling tussen de zorgpartijen.
- Initiatieven en programma's die bijdragen aan voldoende gekwalificeerde zorgprofessionals.

Waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

- Om zorg beter te coördineren en om bijvoorbeeld over voldoende beschikbare bedden te beschikken zijn meer en actuelere data nodig.
- Volgens de experts is het nuttig om meer inhoudelijke expertise uit het veld te betrekken bij de beleidsontwikkeling en –uitvoering, ook ten tijde van crisis. Deze aanbeveling neemt VWS graag ter harte door regelmatig met (koepels) van organisaties, beroepsverenigingen en inhoudelijke deskundigen te spreken.
- Voor cliënten en patiënten en hun omgeving is het belangrijk goed te communiceren welke zorg en ondersteuning weer opgeschaald wordt en op een veilige manier kan worden verleend. Dit om zorgmijding, zeker bij kwetsbare groepen, te voorkomen.

De corona-uitbraak zette de hele zorg sterk onder druk. Zowel de Intensive Care (IC), als de reguliere klinische capaciteit in de ziekenhuizen moest flink worden uitgebreid. Ook de druk op huisartsen, het vervoer en de nazorg van patiënten steeg. Het was een ongekende en intense periode vanwege de grote groep mensen die getroffen werd door het virus. Vooral het aantal patiënten op de IC (met een gemiddelde ligduur van 19 dagen) had een enorme impact en leidde tot afschaling van de reguliere zorg, met alle gevolgen van dien.

Mochten we in ons land te maken krijgen met een tweede golf, dan willen we dit scenario voorkomen. Dat is de belangrijkste les uit de afgelopen periode als het gaat om de curatieve zorg. We willen bij een nieuwe uitbraak dat de reguliere zorg zoveel mogelijk op hetzelfde niveau kan blijven. Hiervoor moeten we kunnen beschikken over voldoende capaciteit op de Intensive Care en in de klinische zorg.

Om die reguliere zorg zoveel mogelijk op peil te houden gaven de experts aan dat mensen met een zorgvraag moeten weten dat ze altijd contact met hun (huis)arts kunnen opnemen, waarna ze samen kunnen beslissen welke vorm van zorg (digitaal of fysiek) op dat moment nodig is. Onze voorkeur, en die van een deel van de experts, gaat uit naar digitaal/op afstand waar dat mogelijk en wenselijk

is. Om dat te stimuleren en de goede aspecten van de zorgverlening in de afgelopen periode te behouden, hebben wij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd ons hierover te adviseren. De NZa verlengt de tijdelijke verruimingen voor digitale zorg die per 1 maart van dit jaar zijn ingegaan tot en met 31 december 2020. Alle eventuele belemmeringen of beperkende voorwaarden in de regelgeving zijn tijdelijk buiten werking gesteld. Uitgangspunt is daarnaast om deze tijdelijke verruimingen structureel te maken vanaf 2021. Ook heeft de NZa een nieuwe Wegwijzer bekostiging digitale zorg gepubliceerd.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Van belang is dat we de capaciteit vergroten van de IC, de klinische zorg en de zorg die daar direct door beïnvloed wordt (bijvoorbeeld: ambulancezorg, Mobiele Medische Teams (MMT), vervoer via Mobiele Intensive Care Units (MICU) en revalidatiezorg). Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heeft hiervoor inmiddels een veelomvattend plan opgesteld, dat de minister voor Medische Zorg en Sport uw Kamer op 30 juni 2020 heeft aangeboden. Op basis van dat plan worden onder meer de volgende maatregelen uitgewerkt:

Het aantal IC-bedden wordt voor de behandeling en verpleging van COVID-19 patiënten tijdelijk (totdat er een vaccin is) verhoogd naar 1350. De daarbij behorende klinische bedden stijgen evenredig. Hier bovenop kan snel worden opgeschaald naar 1700 IC-bedden. Dit laatste gaat dan wel gepaard met een afschaling van de reguliere zorg. Eventueel kunnen er in Duitsland ook nog IC-patiënten terecht. De regiestructuur om patiënten binnen de ROAZ-regio's en waar nodig bovenregionaal of naar Duitsland te verspreiden (en om goed inzicht te hebben in waar nog bedden beschikbaar zijn) wordt gereed gemaakt.

Voor wat betreft de bevolkingsonderzoeken naar kanker geldt dat het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM een aanpak heeft ontwikkeld die erop gericht is te voorkomen dat de bevolkingsonderzoeken door druk op de reguliere zorg weer tijdelijk stopgezet moeten worden. Daarbij wordt aan de hand van de ontwikkelingen gekeken welke aanpassingen in de programma's nodig zijn om de bevolkingsonderzoeken wél te laten doorgaan.

Voor ziekenhuizen geldt een inspanningsverplichting om de reguliere zorg op peil te houden. De experttafel gaf hierop aan dat er in deze opschaling voldoende aandacht moet blijven voor inzetbaar personeel. Hiervoor moet een grote opleidingsopgave gerealiseerd worden. Voldoende en gekwalificeerd personeel is onmisbaar om de zorgcapaciteit te kunnen vergroten en flexibel te maken. In de handreiking "Opleiden bij het Opschalingsplan" staat een groot aantal actiepunten om op verschillende manieren voor voldoende formatie te zorgen. Het gaat onder meer om concrete acties gericht op het opleiden van IC-ondersteuners, IC-assisterende verpleegkundigen en basis acute zorgverpleegkundigen.

Ziekenhuizen kunnen ook inzetten op tijdelijk extra personeel. Hiervoor kunnen zorgaanbieders gebruik maken van het online portal www.extrahandenvoordezorg.nl. Op deze site staan (oud-) zorgmedewerkers die willen bijspringen in de zorg. Ook kan gebruik worden gemaakt van de aanvullende maatregel van de Minister voor Medische Zorg en Sport die geldt vanaf 17 maart 2020. Deze maakt het mogelijk om bij een tekort aan personeel, voormalig zorgpersoneel (onder voorwaarden) in te zetten ter ondersteuning van de huidige zorgverleners.

Tegelijkertijd verkennen we de mogelijkheden van regionale flexibele schillen van zorgmedewerkers. Het gaat om medewerkers die instellings- en domeinoverstijgend werken en ingezet kunnen worden waar zij het hardst nodig zijn. Dit kan niet alleen uitkomst bieden in de situatie van een pandemie, maar ook bij andere piekbelastingen.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Voor de structurele instroom van nieuw personeel besteedt de "IkZorg-campagne" in het najaar van 2020 aandacht aan zij-instromers en herintreders. Ook wordt het scholingsprogramma herregistratie voor verpleegkundigen aangepast, zodat deze vanaf eind 2020 beter aansluit op het kennisniveau van herintreders. Er wordt ook gewerkt aan het aantrekken, motiveren en vasthouden van zorgpersoneel, onder meer in het programma Werken in de Zorg.

Parallel aan de experttafels wordt eens in de twee weken met de voorzitters van de FMS, LHV, LNAZ, NFU, NVZ en V&VN gesproken in het 'monitoring COVID-19' overleg. Ook met hen is gesproken over de geleerde lessen. Deze uitvraag heeft veel reacties opgeleverd. Een gecategoriseerde samenvatting is eveneens gepubliceerd op de site met alle position papers en gespreksverslagen. Deze samenvatting geeft een momentopname en kan gaandeweg het overleg steeds worden aangevuld. De dynamische lijst wordt door eerdergenoemde partijen gehanteerd als werkagenda voor aan te pakken knel- en aandachtspunten.

Persoonlijke beschermingsmiddelen

Alle professionals in de zorg moeten erop kunnen rekenen dat zij hun werk veilig

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Samenwerking tussen overheid, GGD-GHOR/ROAZ, fabrikanten/leveranciers en (koepels van) zorginstellingen om ervoor te zorgen dat mensen op de werkvloer veilig kunnen werken en de patiënten/cliënten niet besmet worden.
- Betrekken van zoveel mogelijk kennis en ervaring uit het veld bij kwesties rondom inkoop, productie, distributie, kwaliteit, voorlichting en gepast en goed gebruik van PBM in verschillende settings.
- Het in stand houden van de ijzeren voorraad om pieken in de vraag of plotselinge tekorten te kunnen opvangen. De opbouw van eigen productiecapaciteit nader onderzoeken voor minder afhankelijk van het buitenland.

Waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

- Duidelijkheid creëren over rollen en verantwoordelijkheden in de voorbereiding op een eventuele tweede golf, vooral bij het vervolg van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) en bijbehorende strategie wat de LCH kan doen en wat zorgaanbieders en anderen zelf doen.
- Beter cijfermatig inzicht in (en mogelijke scenario's ten aanzien van) de toekomstige vraag naar PBM, de consequenties voor het LCH en een goede communicatie hierover naar zorgpartijen, andere partijen en de bevolking.
- Meer communicatie en instructie over PBM-gebruik, zowel voor zorgprofessionals, mantelzorgers en vrijwilligers als cliënten.
- Evenredige verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen binnen het Koninkrijk.

kunnen doen. Er is de afgelopen periode veel gesproken over persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM). Gegeven het feit dat de kennis over het virus nog sterk in ontwikkeling is en er zeker in het begin sprake was van schaarste aan beschermingsmiddelen en testcapaciteit, begrijpt het kabinet goed dat zorgmedewerkers vaak in onzekerheid verkeerden of ze goede en veilige zorg konden blijven verlenen. Datzelfde geldt voor werkgevers gelet op hun verantwoordelijkheid. Bij een (ervaren) tekort was en is het belangrijk dat professionals dit met hun werkgevers bespreken. Biedt dit geen uitkomst, dan kunnen ze dit melden bij de Inspectie SZW en/of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. In de brief 'Lessen verpleeghuizen met het oog op een eventueel tweede golf'⁹ is uitvoerig ingegaan op de context van het begin van de coronacrisis en welke acties hierop zijn ondernomen om aan de vraag te voldoen.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Aan het begin van de coronapandemie steeg wereldwijd het gebruik van PBM en ontstond er als gevolg daarvan mondiale schaarste. Daardoor waren reguliere kanalen voor zorgaanbieders veelal onvoldoende, was een samenwerking in de regio vaak ontoereikend en moest er nationaal worden gehandeld. Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) werd opgericht. Een samenwerking van verschillende partijen die tot doel had zoveel mogelijk PBM (en andere hulpmiddelen) van de juiste kwaliteit in te kopen om zo aan de aanvullende vraag van zowel de curatieve als de langdurige zorg te kunnen voldoen. Deze krachtige samenwerking in het LCH willen wij behouden. Het bundelen van kennis en expertise van de verschillende betrokken partijen op het gebied van inkoop, logistiek en kwaliteit, heeft enorm geholpen om het tekort aan PBM op te lossen. Inmiddels geeft het LCH aan voor de huidige uitgangspunten voor gepast gebruik voldoende voorraden te hebben en zijn er bestellingen geplaatst zodat de gehele zorg over voldoende PBM kan beschikken als er een tweede golf komt. De actuele voorraad wordt wekelijks gepubliceerd.¹⁰ Het LCH vormt een aanvulling op de reguliere leveringen van PBM aan zorginstellingen. We zien dat zorginstellingen in de langdurige en curatieve zorg hun eigen voorraden uitbreiden via de reguliere kanalen en het LCH.

Daarbij wordt uitgegaan van de RIVM-uitgangspunten voor gepast gebruik gebaseerd op besmettingsrisico in specifieke behandelsituaties, in zowel de curatieve als langdurige zorg. De uitgangspunten worden tijdens de crisisperiode aangevuld op basis van nieuwe inzichten en ervaringen. Inmiddels zijn praktische handreikingen voor personeel opgesteld of wordt daaraan gewerkt. Dat betekent dat professionals beter zijn voorbereid op een eventuele tweede golf en er meer zekerheid is dat de zorg op een goede en veilige manier kan worden verleend. Essentieel is dat ook zorgmedewerkers zich laten testen bij klachten en zich aan de regels voor quarantaine houden. De communicatie over een en ander wordt de komende tijd versterkt.

Het RIVM heeft recent GGD-artsen laten weten dat als in de omgeving van een zorginstelling het aantal besmettingen toeneemt, tijdelijk meer preventief gebruik van PBM overwogen kan worden. Dit wordt betrokken bij de inkoop van de benodigde voorraden.

⁹ Kamerstuknummer 25295-461

¹⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/tijdelijke-crisisstructuur/landelijk-consortium-hulpmiddelen/actuele-voorraad-persoonlijke-beschermingsmiddelen-voor-zorg>

Op nationaal niveau wordt onderzocht hoe het risico van tekorten in persoonlijke beschermingsmiddelen beter kan worden beheerst. Een “ijzeren voorraad” persoonlijke beschermingsmiddelen kan hierbij een rol spelen. Hiermee kunnen pieken in gebruik, of tekorten op de markt, worden opgevangen. Op welke manier dat het beste kan, wordt in samenwerking met veldpartijen nader onderzocht. Maar het risico van tekorten wordt hierdoor niet volledig beheerst, zoals experts in het kader van het *Lessons Learned* traject terecht hebben aangegeven. De mondiale markt voor beschermingsmiddelen is dynamisch en daarom blijft voortdurende monitoring van de markt, evenals snel schakelen, essentieel. Voorts is geadviseerd om inzichtelijk te maken wat het verwachte gebruik van beschermingsmiddelen in de toekomst zal zijn zodat fabrikanten voldoende grondstoffen kunnen inkopen. Ook deze adviezen nemen wij ter harte en werken we uit om ze te implementeren in een LCH 2.0.

Naast een ijzeren voorraad proberen we onze onafhankelijkheid van buitenlandse beschermingsmiddelen te versterken door mogelijkheden te benutten om zelf meer beschermingsmiddelen te kunnen produceren. Dit is inmiddels voor verschillende producten opgestart en wordt nader onderzocht voor andere producten en grondstoffen. Dit sluit aan op het advies van de experts. Samenwerking met andere Europese lidstaten is hierbij mogelijk. U wordt hierover nader geïnformeerd.

3. Mensen met een beperking of kwetsbare gezondheid

Vanaf de uitbraak van het coronavirus is de strategie van het kabinet gericht op het maximaal controleren van het virus met twee centrale doelen: het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid en zorgen dat de zorg niet overbelast raakt. Het gaat om mensen in risicogroepen die na een besmetting een grotere kans hebben op een ernstig verloop van de ziekte dan andere mensen. En mensen die vanwege intensieve zorg en begeleiding vaak in nauw contact komen met hulpverlening en daardoor meer kans lopen besmet te raken.

De maatregelen die bij de eerste coronagolf zijn genomen zijn ingrijpend geweest, zeker voor mensen in instellingen, mensen met een beperking of chronische ziekte, ouderen thuis, kwetsbare jongeren, arbeidsmigranten, dak- en thuislozen en mantelzorgers. Reguliere zorg en ondersteuning zijn vaak afgeschaald of mensen durfden geen zorg thuis toe te laten. Een belangrijke voorziening als dagbesteding vond vaak niet meer (op de gebruikelijke manier) plaats. Mensen waren en zijn nog steeds bang besmet te raken en ziek te worden waardoor ze niet aan het dagelijks leven durven deel te nemen. Daarmee komt hun kwaliteit van leven onder druk te staan, terwijl ook voor hen het kunnen participeren in de samenleving belangrijk is. We hebben ook gezien dat, terwijl sommige kwetsbare mensen juist sterker uit de eerste golf zijn gekomen, er nieuwe kwetsbaarheden zijn ontstaan, bijvoorbeeld onder jongeren. Hier moeten we oog voor blijven houden. Vermeldenswaardig is dat we veel maatschappelijke initiatieven hebben zien ontstaan, veel vrijwilligers en mensen uit het bedrijfsleven die zich hebben

ingezet om kwetsbare mensen te ondersteunen en platforms die de vraag en het aanbod samenbrengen. Zo zetten honderden jongeren zich in voor mensen met een kwetsbare gezondheid via hun Maatschappelijke Diensttijd.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Duidelijke maatregelen en een goede naleving door iedereen, juist ook in belang van kwetsbare mensen en hun participatie in de samenleving.
- Domeinoverstijgende samenwerking, een goede positionering van de langdurige zorg in ROAZ-verband en een intensievere samenwerking tussen GGD'en en de VVT-sector.
- Opschaling van zorg en ondersteuning in combinatie met financieel comfort voor instellingen en houders van een pgb omwille van het borgen van zorgcontinuïteit op korte en langere termijn
- Overlegstructuur tussen brancheorganisaties, beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties met VWS over maatregelen, knelpunten en communicatie.
- Aandacht voor groepen die niet kwetsbaar waren, maar dat door de coronacrisis wel zijn geworden. Dit geldt in het bijzonder voor jongeren en jongvolwassenen door de lange periode van thuisonderwijs, minder kans op de arbeidsmarkt en een kwetsbare thuissituatie.
- Maatschappelijk initiatieven stimuleren en benutten (burgerinitiatieven, vrijwilligers, bedrijfsleven)

Waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

- Aandacht voor het bieden van perspectief: het nieuwe normaal gaat langer duren en vraagt om een invulling voor mensen met een beperking of een kwetsbare gezondheid. Organisaties ontwikkelen – op de solide basis van algemene hygiëne- en andere maatregelen - hun eigen strategieën, gedifferentieerd naar specifieke groepen.
- Mensen met een beperking of een kwetsbare gezondheid worden actief betrokken bij beleid en uitvoering en de consequenties en mogelijkheden voor hen.
- Het kabinet zal samen met gemeenten passende maatregelen nemen daar waar de sociaaleconomische impact van het coronavirus groot is. Dit volgt in de kabinetsreactie op het advies van de tijdelijke werkgroep "Sociale impact van het coronavirus".

Om van andere landen te leren over de langdurige zorg, heeft Vilans bijgehouden welke maatregelen andere landen treffen. Vilans¹¹ concludeert dat overheden in Noordwest-Europa in het begin van de uitbraak redelijk vergelijkbaar beleid voerden. In ongeveer dezelfde periode werd er in de meeste landen bijvoorbeeld besloten tot bezoekrestricties in de verpleeghuiszorg. Naarmate de crisis voortduurde en meer kennis beschikbaar kwam, ziet Vilans ook meer internationale divergentie in het beleid ontstaan. Dat komt overeen met het huidige Nederlandse beleid ten aanzien van de langdurige zorg, waarbij ruimte voor en kennis over maatwerk en proportioneel beleid is ontstaan in deze fase van de crisis.

¹¹ Zie <https://www.vilans.nl/projecten/europese-vergelijking-corona>.

We trekken lessen uit de eerste golf en hebben ondertussen meer zicht op en beter inzicht in de aard en de verspreiding van het virus. Er blijft een essentiële behoefte aan eenduidige en duidelijke maatregelen met een heldere communicatie en een goede naleving. Denk aan de 1,5 meter en de algemene hygiëne adviezen. Juist voor mensen met een kwetsbare gezondheid is het belangrijk dat anderen zich hieraan blijven houden. Dat is de basis. Tegelijkertijd zorgen we voor een combinatie van centrale regie en algemene maatregelen enerzijds en passende regionale en lokale maatregelen anderzijds als de besmettingsgraad verder oploopt.

Kenmerk
1736332-209353-PG

In onze brief van 16 juli¹² is uw Kamer geïnformeerd over de onderstaande lessen die we hebben geleerd voor de verpleeghuiszorg. Met de huidige inzichten, ervaringen en capaciteit zijn we bij een eventuele tweede golf in staat om meer gerichte en gedifferentieerde maatregelen te treffen.

1. De basis(veiligheid) op orde in alle verpleeghuizen.
2. Ondersteuning voor zorgaanbieders verpleeghuiszorg.
3. Goede landelijke en regionale positionering verpleeghuiszorg.
4. Voldoende zorgprofessionals en hun welzijn en betrokkenheid.
5. Voldoende (opschaalbare) capaciteit voor COVID-patiënten.
6. Financieel comfort voor continuïteit.
7. Signalering, analyse en interventie.
8. Sneller en gerichter testen.
9. Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen.
10. Een evenwichtige en gedifferentieerde bezoekenregeling.

De bovenstaande lessen bevatten een aantal uitgangspunten die breed gelden voor de langdurige zorg die thuis of in een instellingen wordt verleend. Het vinden van de juiste balans tussen het medische noodzakelijke en menselijk wenselijke speelt daarbij een belangrijke rol.

Voor de doelgroep mensen met een beperking of chronische ziekte, zowel thuiswonenden, als mensen in instellingen, is een apart traject in gang gezet naar aanleiding van de motie Van den Berg c.s. (Kamerstukken II, 2019/20, 25 295, nr. 395). Deze motie verzoekt de regering met het veld in overleg te treden hoe zich voor te bereiden op een terugkeer naar het "gewone" leven, dan wel hoe zich voor te bereiden op een mogelijke tweede golf. We zullen uw Kamer hierover uiterlijk half september in een aparte brief informeren.

De diversiteit is ook in de groep van mensen met een kwetsbare gezondheid groot en verdient in de communicatie meer aandacht. Heldere, eenvoudige, eenduidige en waar nodig specifieke communicatie. Organisaties van patiënten, cliënten en ouderen, zorgorganisaties en gemeenten kunnen, binnen het nieuwe normaal, strategieën maken of verder uitwerken en hun verantwoordelijkheid nemen, aansluitend op hetgeen men gewend is in de reguliere situatie. Denk hierbij aan continuïteit van zorg en ondersteuning, dagbesteding, respijtzorg, jeugdhulp, jeugdbescherming, veilig thuis, vervoer, opvang, maatschappelijk initiatief en sociale ondersteuning, intervisie en het delen van best practices. Zo maakten jeugdhulpaanbieders ieder hun eigen afweging of zij de hulp konden continueren, wat tot verwarring leidde bij jongeren en gezinnen. Hier is nog winst te behalen

¹² Kamerstuknummer 25295 461

door gezamenlijk met veldpartijen op te trekken en sectorbrede afwegingskaders consistent te gebruiken. We moeten ook blijven zoeken naar nieuwe mogelijkheden zoals de vlucht die digitalisering heeft genomen tijdens de eerste golf.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Op basis van de ervaringen van de eerste golf en gesprekken met veel organisaties en experts, komt duidelijk één behoefte sterk naar voren: de behoefte aan perspectief. Kwetsbare mensen en hun omgeving, moeten op de brede basis van maatregelen zelf zoveel mogelijk in staat worden gesteld hun eigen nieuwe normaal in te richten. Hierbij moeten we vooral kijken naar wat er wél kan. Met hulp van anderen, hun naasten, en gesteund door genoemde organisaties moeten mensen eigen regie kunnen voeren, zodat ze op een veilige manier kunnen deelnemen aan het dagelijks leven (“maatschappelijke empowerment”). We moeten niet over hen, maar mét hen het gesprek voeren.

Om dit bereiken is het volgende ondernomen en in gang gezet:

- In juni is uw Kamer geïnformeerd over de “COVID-19-strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte¹³: ‘een veilige terugkeer naar het gewone leven’”. Aan die strategie geven we samen met de organisaties uitvoering. Ook wordt momenteel een monitor ingericht om de voortgang op de uitgangspunten van de strategie te kunnen volgen. Denk hierbij aan het volgen of zorg en ondersteuning in voldoende mate wordt geleverd (uitvraag bij zorgaanbieders en signalen van cliëntenorganisaties), maar ook in hoeverre men weer kan deelnemen aan het dagelijks leven (ook onder meer door uitvraag bij cliëntenorganisaties).
- Voor ouderen thuis is een soortgelijke strategie in ontwikkeling. Hierin zijn uitgangspunten opgenomen die bijvoorbeeld een beeld moeten geven of ouderen het thuis redden, samen met hun naasten, of ze voldoende regie ervaren over hun leven, mantelzorgers voldoende ondersteund worden en of de communicatie voldoende helder, begrijpelijk en toegankelijk is. Het concept-plan wordt momenteel besproken met VVT- en seniorenorganisaties. Daarbij is ook differentiatie van belang; de ene oudere is de andere niet.
- Het ministerie van VWS is met het RIVM, het OMT, de Nederlandse Vereniging van Klinisch Geriaters en de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten, in overleg om te bezien of de huidige adviezen voor kwetsbare mensen aanpassing of bijstelling behoeven. De eerdere adviezen zijn tijdens de eerste golf soms als te generiek ervaren, want de groep kwetsbare mensen is divers. Onderzocht wordt hoe de adviezen rond veiligheid en hygiëne kunnen bijdragen aan voldoende handelingsperspectief en toch zo eenvoudig en eenduidig mogelijk gehouden kunnen worden.

¹³ Kamerstuknummer 2020D21817

- Tijdens de eerste golf hebben we richtlijnen opgesteld voor dagbesteding, huishoudelijke hulp, jeugdhulp en -bescherming, veilig thuis, onderwijs respijtzorg en voor de ondersteuning van mantelzorgers¹⁴. Dit in aanvulling op de richtlijnen vanuit de Landelijke Coördinatie voor Infectieziektebestrijding (LCI) voor kwetsbare groepen en de LCI-richtlijn voor vervoer van kwetsbare mensen. Deze richtlijnen actualiseren we als daar aanleiding toe is.
- We hebben persoonlijke beschermingsmiddelen geregeld voor mantelzorgers, die intensieve mantelzorg verlenen, PGB gefinancierde informele zorg en medewerkers in de palliatieve zorg. Deze middelen worden door het ministerie van VWS gefinancierd en via apotheken verstrekt. Die voorraad is op orde.
- Met de gedragsunit van het RIVM, de communicatiedirecties van VWS en het andere departementen en de organisaties van patiënten, cliënten en ouderen wordt besproken welke algemene communicatie en communicatiemiddelen bijdragen aan het bieden van handelingsperspectief voor de verschillende groepen kwetsbare mensen. Dit moet hen helpen persoonlijke afwegingen te maken, en angst weg te nemen, om zoveel mogelijk mee te doen in het nieuwe normaal. Naast de algemene communicatie blijven ook gericht op onderwerpen of doelgroep communiceren, bijvoorbeeld gericht op vermoedens van huiselijk geweld en hoe je als omstander kan handelen.
- Daarnaast hebben organisaties specifieke vragen gesteld voor hun achterban. Bijvoorbeeld welke beschermingsmogelijkheden mensen met een chronische ziekte hebben, of wat betekent het voor ouderen om een verhoogd risico te hebben en wat men in dat geval het beste kan doen. Ook zijn er vragen van mensen met een verhoogd risico terwijl iemand anders in hetzelfde huishouden in de zorg werkt. Hiervoor worden QenA's opgesteld en ter toetsing aan het RIVM voorgelegd. Zodoende kan men specifiek de eigen achterban gericht informeren.
- Kinderen en jongeren zijn minder kwetsbaar voor het virus. Door het jeugdveld is echter geconstateerd¹⁵ dat de coronamaatregelen zelf grote impact kunnen hebben op welzijn, en ontwikkelingsperspectief van kinderen en jongeren. De aanbeveling vanuit het jeugdveld is om dit perspectief specifiek in de afwegingen te betrekken, mocht er een tweede golf komen. Opdat onze kinderen, jongeren en jongvolwassenen zich voldoende, in veiligheid, kunnen ontwikkelen middels scholing, dagbesteding, sport, stages, bijbaantjes en contact met leeftijdsgenoten.
- Tenslotte blijven wij in overleg met organisaties van zorg en ondersteuning, patiënten, cliënten, jongeren, ouderen en gemeenten om te bespreken wat nodig is en hoe we de samenwerking kunnen blijven benutten om een tweede golf zoveel als mogelijk te voorkomen en ervoor te zorgen dat kwetsbare mensen op en voor hen passende manier kunnen participeren.

¹⁴ Ter illustratie: voor de jeugdhulp heeft de stuurgroep zorg voor de jeugd en corona afgelopen zomer alle eerdere gemaakte afwegingskaders, handreikingen, protocollen en Q&A's waar nodig geactualiseerd (<https://www.nji.nl/coronavirus>).

¹⁵ Zie voor extern getrokken lessen voor de jeugd de schriftelijke bijdragen van de experts

Afsluitend

Met de lessen onder de drie hoofdboodschappen -goed inzicht, gerichte maatregelen en gezamenlijk volhouden- stellen we de aanpak bij op wat nodig is in de huidige controlefase. We gaan zo lokaal mogelijk en zo specifiek mogelijk ingrijpen bij besmettingen en tegelijk de gevolgen op sociaaleconomisch en maatschappelijk vlak beperken. Zo kunnen we maatregelen treffen die leiden tot maximale beheersing van de virusverspreiding met tegelijkertijd zo aanvaardbaar mogelijke gevolgen voor het welzijn van burgers en de (lokale) economie.

Kenmerk
1736332-209353-PG

Naast dit traject worden op veel andere plaatsen lessen getrokken. Zo heeft de IGJ geleerde lessen verzameld vanuit alle sectoren in de zorg en heeft hiervoor op verschillende manieren informatie verzameld. Onder meer in meerdere belrondes onder zorgaanbieders, patiënten- en cliëntenorganisaties en koepels, tijdens toezichtbezoeken en door ontvangen meldingen en signalen. De IGJ heeft deze informatie geanalyseerd en rapportages opgesteld¹⁶. Ook zullen de ministers van Defensie, Justitie en Veiligheid en Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen specifiek lessen leren van hun sectoren met COVID-19.

Het traject van lessen trekken uit de aanpak van de eerste Coronagolf heeft dankzij de input en tijd van velen met een diversiteit aan perspectieven veel inzichten opgeleverd. Tijdens de bestrijding van het virus en het nemen van maatregelen zullen zich altijd dilemma's blijven voordoen. Zoals we gezien hebben in de gesprekken met experts, zijn opvattingen en adviezen niet altijd eenduidig en zoeken we samen naar de juiste aanpak. Onze kennis groeit met de dag, maar we weten ook nog steeds veel niet. Over de maatregelen zullen ook in de toekomst verschillen van inzicht blijven bestaan. Het kabinet zal in zijn communicatie aandacht blijven besteden aan de afwegingen die gemaakt worden en de dilemma's die zich voordoen.

Het kabinet heeft het traject van lessen trekken als zeer waardevol en nuttig ervaren en wil iedereen die heeft bijgedragen bedanken voor de inzet en betrokkenheid.

We vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

mede namens de minister voor Medische Zorg en Sport en de minister van Justitie en Veiligheid,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

¹⁶ <https://www.igj.nl/actueel>