

## Inhoudsopgave Tafeldossier debat 18/11

### Inhoud

Maatregelen en Actualiteiten.....	8
<b>1. Actualiteiten/Belangrijk.....</b>	<b>8</b>
Spreeklijn Strategie - Beeld en Samen gecontroleerd terug naar niveau waakzaam.....	8
Spreeklijn Teststrategie.....	12
Spreeklijn BCO.....	17
Spreeklijn Inzet vaccins.....	19
Q: Welke routekaart geldt er t/m december 2020?.....	22
Q: Wat is het plan om gecontroleerd terug te gaan naar risiconiveau 'waakzaam'?.....	24
Q: Aan welke voorwaarden moet zijn voldaan om medio december terug te gaan naar niveau 'zorgelijk'?.....	25
Q: Aan welke voorwaarden moet zijn voldaan om gecontroleerd terug te gaan naar niveau 'waakzaam'?.....	26
Q: Wat is het perspectief voor de lange termijn?.....	27
Q: Hoe gaan we om met bijv. cafés die mensen niet binnen gaan laten die niet zijn gevaccineerd.....	29
Q: Wat wordt de inhoud van de ministeriële regeling?.....	30
Spreeklijn sociaal pakket kerstperiode.....	32
Factsheet Thanksgiving Canada.....	34
Q: Wanneer worden de cijfers over de gehandicaptenzorg en de thuiszorg toegevoegd aan het dashboard? – Toezegging MVWS, maar kan niet worden waargemaakt.....	35
Passage Kamerbrief OMT advies en Maatregelen.....	36
<b>2. Dossier AZ / Persco.....</b>	<b>41</b>
Zicht op en inzicht in het virus.....	91
<b>3. Routekaart Coronamaatregelen.....</b>	<b>91</b>
Q: Welke routekaart geldt er t/m december 2020?.....	91
Q: Gaan we ons nu wel aan de bestaande routekaart houden of kunnen we nog verrassingen verwachten?.....	92
Q: Gaat u de routekaart nog aanpassen?.....	93
Q: Wat is de relatie tussen de routekaart en de TWM?.....	94
Routekaart.....	94
<b>4. Gecontroleerd terug naar niveau waakzaam (afschaling).....</b>	<b>95</b>
Spreeklijn Strategie - Beeld en Samen gecontroleerd terug naar niveau waakzaam.....	95
Passage Kamerbrief Gecontroleerd terug naar niveau 1 - 'waakzaam'.....	99
<b>5. Feiten en cijfers.....</b>	<b>100</b>
Factsheet Epidemiologisch beeld 17 November 2020.....	100
Q: Heeft de minister kennis genomen van het artikel in de Volkskrant over de ICT-problemen van HPZone? En wat gaat de minister hier aan doen?.....	101
Q: Wat zeggen de rioolwatermetingen? Wat kunnen we ermee?.....	102

Q: Kan je met rioolwateronderzoek eerder besmettingen in een bepaald gebied opsporen dan met ander onderzoek, zoals bijv. testen?.....	103
Q: Hoe worden de cijfers gepubliceerd in ons dashboard?.....	104
Q: Wat is het effect van commerciële tests op de geloofwaardigheid van testuitslagen?.....	105
Q: Hoeveel commerciële tests worden er afgenomen? Hebben jullie daar echt geen beeld van? .....	106
Q: Gaan jullie commerciële testers verplichten om te melden HOEVEEL tests ze afnemen?... 107	107
Q: Vraag naar aanleiding van het telegraaf artikel van vandaag. "Dashboard lijkt in waarde te dalen.".....	108
Q: Welke criteria hanteert het kabinet bij de overwegingen om af te schalen (aantal positief getesten, ziekenhuis/IC-opnames en/of de 'R')?.....	109
Q: Wat is het verschil tussen het afschalen in risiconiveau en het aanpassen van de maatregelen?.....	110
Passage Kamerbrief epidemiologisch beeld en Dashboard.....	113
<b>6. Testen en traceren.....</b>	<b>115</b>
Factsheet Testen.....	115
Factsheet Sneltesten.....	119
Factsheet Traceren.....	120
Factsheet Inkoop testen.....	122
Spreeklijn Teststrategie.....	125
Spreeklijn BCO.....	130
Q: In Oostenrijk en Slowakije gaan ze de hele bevolking testen. Denkt Nederland daar ook over na?.....	132
Q: In Italië wordt overwogen om mensen zichzelf te laten testen. Hoe ziet u dit voor Nederland?.....	134
Q: Ondernemers beklagen zich over de botsende wereld van het VNO-NCW en VWS. De Telegraaf spreekt van een clash tussen ondernemers en 'witte jassen'. Wat is uw reactie?... 136	136
Q: Hoe kijkt het kabinet aan tegen het voorstel van VNO NCW over de testsamenleving?.....	137
Q: Er zijn bij herhaling berichten dat een falend testbeleid (en BCO) mede oorzaak is van de strenge maatregelen die zijn genomen. Trekt u zich die kritiek aan?.....	138
Q: Hoe gaat het met het testen?.....	139
Q: Hoe gaat het met de sneltesten?.....	141
Q: Wanneer eerste antigeentesten afgenomen in spoor 2?.....	143
Q: Wanneer en waarom kunnen mensen zonder klachten zich laten testen?.....	144
Q: Waarom doen we geen onderzoek naar de betrouwbaarheid van de PCR?.....	146
Q: Waarom doen we bij een positieve PCR geen aanvullend klinisch onderzoek?.....	146
Q: Wat doet de overheid om zicht te houden op de commerciële teststraten?.....	147
Q: Hoe wordt het bron en contactonderzoek verbeterd via ICT-systemen?.....	149
Q: Wat gebeurt er met het wattenstaafje?.....	151
Q: Hoe komt het dat GGD'en hun BCO nog niet gestandaardiseerd hebben?.....	152
Q: Wat gaat u doen met het testen van reizigers?.....	153
Passage Kamerbrief Testen en Traceren.....	154
<b>7. Vaccins.....</b>	<b>163</b>
Factsheet COVID-19 vaccinatie – Stand van Zaken.....	163

Spreektekst: Inzet vaccins.....	166
Q: Veel mensen zeggen dat zij zich niet willen laten inenten als er een vaccin komt, met name jongeren. Is dit een gevaar voor de effectiviteit van vaccinatie en ondergraaft dit uiteindelijk het streven om Nederland van het slot te halen? Wat gaat het kabinet doen om de bereidheid om te vaccineren te vergroten?.....	169
Q: Waarom heeft Nederland nog geen speciale koelmachines ingekocht voor het bewaren van het vaccin? Andere landen kopen nu de voorraden op bij Nederlandse bedrijven, straks vissen we weer achter het net?.....	171
Q: Gommers zegt na een gesprek met Pfizer dat hij 'een beetje geschrokken' is dat er voorlopig niet voldoende vaccins wordt geproduceerd en dat het vaccin op korte termijn een druppel op de gloeiende plaat is. Bent u vorige week iets te enthousiast geweest over het vaccin?.....	172
Q: Wie gaan straks de vaccins zetten? En kunnen we grote 'prikstraten' verwachten?.....	173
Factsheet Innovatieve Behandelingen Covid-19 Stavaza per 16-11-2020.....	174
Q&A's antistoffen (immunoglobulines) uit bloedplasma.....	178
Q: Waarvoor en bij wie kan dit geneesmiddel worden ingezet?.....	178
Q: Wanneer kunnen de eerste patiënten worden behandeld met het geneesmiddel met antistoffen (immunoglobuline) van Sanquin?.....	179
Q: Hoeveel mensen kunnen gebruik maken van deze antistoffen?.....	180
Passage Kamerbrief Vaccin.....	181
Passage Kamerbrief Innovatieve behandelingen.....	182
<b>8. Quarantaine.....</b>	<b>183</b>
Factsheet Quarantaine.....	183
Q: Kan een negatieve testuitslag de quarantaineperiode verkorten?.....	185
Q: Hoe gaan mensen om met de quarantaineplicht?.....	186
Q: Welke stappen zijn gezet ten aanzien van sociale ondersteuning bij quarantaine en waar werken we nog aan?.....	188
Q: Hoe zien de meest recente quarantaine en isolatie nalevingscijfers eruit?.....	190
Passage Kamerbrief Quarantaine.....	191
<b>Zorgen dat de zorg het aan kan.....</b>	<b>193</b>
<b>9. IC capaciteit en reguliere zorg.....</b>	<b>193</b>
Factsheet COVID-19 debat: Reguliere zorg en IC-opscaling.....	193
Spreeklijn uitbreiden IC-capaciteit.....	196
Spreeklijn waarborg acute zorg.....	199
Spreeklijn ontwikkeling reguliere zorg ('stuwmeer').....	203
Passage Kamerbrief Zorg voor patiënten in de curatieve sector.....	206
Passage Kamerbrief Opschaling tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis.....	210
<b>10. Code Zwart (Draaiboek).....</b>	<b>211</b>
Q: Hoe staat het met het Draaiboek "Triage op basis van niet-medische overwegingen"?.....	211
<b>11. Financiële regelingen in de Zorg.....</b>	<b>213</b>
Factsheet Financiële maatregelen corona - Wlz.....	213
Factsheet: Effecten en financiële maatregelen corona voor pgb voor alle zorgdomeinen.....	215
Factsheet Financiële regelingen sociaal domein.....	217
Factsheet Financiële regelingen irt corona in de Zvw.....	219

Spreeklijn financiële regelingen voor zorgaanbieders irt Covid.....	221
Q: Welke afspraken zijn er bij het uitbreken van de coronacrisis gemaakt in het sociaal domein?.....	225
Q: Hoe worden gemeenten gecompenseerd voor de meerkosten en inhaalkosten?.....	225
Q: Hoe worden gemeenten gecompenseerd voor de continuïteitsbijdrage die zij aanbieders moesten bieden tot 1 juli?.....	227
Q: Waarom eindigde de regeling continuïteitsbijdrage per 1 juli?.....	228
Q: Wat verwachten we van gemeenten na het vervallen van de continuïteitsbijdrage voor aanbieders in het sociaal domein per 1 juli?.....	230
Q: Zijn er aanvullende afspraken gemaakt voor dagbesteding in het sociaal domein?.....	231
Q: Welke afspraken zijn er gemaakt over de meerkosten in het sociaal domein?.....	232
Q: Wat houdt de nadere uitwerking van meerkosten in?.....	233
Q: De NVZ stelt in een brandbrief aan de Kamer dat zij extra financiële ruimte nodig heeft om het hoofd boven water te houden, wat is hierop uw reactie?.....	234
Q: Welke acties onderneemt u om ervoor te zorgen dat de dagbesteding voor mensen in de Wlz zoveel mogelijk door kan gaan?.....	235
Q: Waarom wordt er in het kader van de continuïteitsregelingen (nog) niets geregeld voor de Zvw-pgb?.....	236
Q: Komt er voor het pgb weer een regeling om niet-geleverde pgb-zorg, door Corona, te vergoeden? Zo ja, wat is de stand van zaken van deze regeling?.....	237
Q: De BGZJ heeft een brief gestuurd waarin zij oproepen tot een verlenging van de regeling voor continuïteitsbijdrage/omzetgarantie m.b.t. de Jeugdwet? Waarom is er nu geen continuïteitsregeling? Wat gaat u hieraan doen?.....	238
Brief BGZJ over Financiële en administratieve impact van Corona op de jeugdhulp.....	240
Passage Kamerbrief Financiële maatregelen in de zorg.....	241
<b>Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid... 244</b>	
<b>12. Verpleeghuiszorg..... 244</b>	
Factsheet: Bezoekregeling verpleeghuizen.....	244
Spreektekst: Verpleeghuiszorg.....	249
Q: Wat doen we voor de verpleeghuizen?.....	251
Maatregelen en verpleeghuizen.....	252
<b>13. Gehandicaptenzorg..... 253</b>	
Factsheet: Gehandicaptenzorg.....	253
Spreektekst: Gehandicaptenzorg.....	256
Q: Wat doet u om te voorkomen dat de situatie in de gehandicaptenzorg net zo erg wordt als in maart?.....	257
Q: Hoeveel besmettingen zijn er geweest onder kwetsbare personen?.....	258
<b>14. Preventief gebruik PBM in verpleeghuizen..... 259</b>	
Factsheet preventie gebruik pbm in verpleeghuizen.....	259
Q: Waarom zijn de uitgangspunten gebruik PBM buiten het ziekenhuis aangepast?.....	264
<b>15. Uitgangspunten testbeleid en inzet zorgmedewerkers binnen en buiten het ziekenhuis..... 266</b>	
Factsheet: uitgangspunten testbeleid en inzet Zorgmedewerkers binnen en buiten het ziekenhuis.....	266

Q: Welke zorgmedewerkers kunnen met voorrang getest worden?.....	269
Q: Waarom moeten zorgmedewerkers bij een negatieve uitslag bij een antigeensneltest toch ook een pcr test ondergaan?.....	270
Q. Wat is het nut van de inzet van de antigeensneltest bij zorgmedewerkers als zij bij een negatieve uitslag alsnog en pcr moeten ondergaan?.....	271
Q: Wordt de zorg in de langdurige zorg afgeschaald?.....	272
Q: Hoe hoog is het ziekteverzuim in de verpleeghuizen?.....	273
<b>16. Kwetsbare personen (thuis).....</b>	<b>275</b>
Factsheet Kwetsbare ouderen thuis.....	275
Factsheet Mantelzorg.....	276
Overzicht van de afspraken uit de landelijke aanpak Samen sterk voor mantelzorg.....	278
Factsheet SET regeling.....	281
Factsheet Uitzondering mondkapjes voor mensen met een beperking 13-11-2020.....	283
Spreeklijn.....	285
Q: Waar kunnen vrijwilligers terecht als zij hulp willen bieden?.....	287
Q: Kunt u aangeven waar mensen terecht kunnen voor praktische en (psycho)sociale steun tijdens quarantaine?.....	289
Q: Hoe voorkomen wij dat mensen vereenzamen? Zeker met de feestdagen opkomst?.....	291
Q: Minister heeft actieplan mantelzorg opgesteld. Wat levert dit op voor mantelzorgers? Krijgen zij voldoende ondersteuning?.....	293
Q: Kan de minister garanderen dat er met voorrang aandacht komt voor de vele mantelzorgers?.....	295
Q: Wie zijn straks precies uitgezonderd van mondkapjesplicht? Vallen brildragers die last krijgen van een beslagen bril daar ook onder?.....	296
Q: Er heeft toch al kaartje online gestaan waarmee mensen konden aantonen dat zij onder de uitzondering vielen?.....	297
Q: Hoe moeten mensen die onder de uitzondering vallen dat nu aantonen?.....	299
Passage Kamerbrief Kwetsbare personen.....	300
<b>Andere onderwerpen.....</b>	<b>311</b>
<b>17. Arbeidsmarktbeleid.....</b>	<b>311</b>
Arbeidsmarktbeleid COVID-19 (Extra Handen voor de Zorg/Nationale Zorgklas).....	311
Spreeklijn personeelstekorten:.....	314
Q: Hoe zorgt u dat al die mensen die nu aangeven bij te willen springen, ook daadwerkelijk ingezet worden?.....	317
Q: Herkent u het beeld wat geschetst wordt door de commissie werken in de zorg dat HR-afdelingen het laten liggen?.....	318
Q: Wat doet kabinet om te voorkomen dat als straks de coronacijfers weer beter worden deze initiatieven worden stopgezet/afgeschaald?.....	319
Q: Hoe houden we de oud zorgverleners die zich hebben gemeld vast en worden ze geïnformeerd over opleiden?.....	320
Q: Stand van zaken Extra Handen voor de Zorg.....	321
Q: Zijn er echt maar zo weinig mensen ingezet (2.000 t.o.v. 22.000 aanmeldingen) in de 1 <sup>e</sup> COVID golf?.....	322
Q: Er is vorig jaar ingezet op het benaderen van gepensioneerde zorgmedewerkers om hen te vragen of zij terug willen komen naar de zorg. Was dat een pilot met PFZW?.....	323

Q: Wat doet de Minister om corona/crisisbanen te realiseren, net als in het onderwijs?.....	325
Passage Kamerbrief Arbeidsmarkt in de zorg.....	326
<b>18. Arbeidsmigranten (nav OMT advies).....</b>	<b>332</b>
Factsheet arbeidsmigranten Stavaza per 13 november 2020.....	332
Spreeklijn arbeidsmigranten.....	334
<b>19. Covid-wet.....</b>	<b>335</b>
Tijdslijn en proces Covid-wet.....	335
Q: Wanneer kunnen we de ministeriële regeling verwachten?.....	340
Q: Wat wordt de inhoud van de ministeriële regeling?.....	341
Q: Kunnen bij noodverordening nog (aanvullende) maatregelen worden getroffen voor de bestrijding van covid-19?.....	342
<b>20. Reizigers – testen en quarantaine.....</b>	<b>343</b>
Factsheet Reizigers – testen en quarantaine.....	343
Spreeklijn reizen.....	345
Q: Is een negatieve testverklaring verplicht voor alle Nederlanders die uit het buitenland komen?.....	347
Q: Maakt het voor de negatieve testverklaring uit of ik met de auto, vliegtuig, trein of bus naar Nederland kom vanuit het buitenland?.....	348
Q: Per wanneer en waarom wilt u eigenlijk reizigers gaan testen?.....	349
Passage Kamerbrief Reizigers.....	350
<b>21. Sport.....</b>	<b>351</b>
Spreeklijn.....	351
Q: Waarom mag het betaald voetbal wel wedstrijden spelen en de eredivisie in andere sporten niet (bv. hockey, basketbal, handbal)?.....	352
Q: Mogen groepslessen in de sportschool weer doorgaan?.....	352
Q: Welk perspectief kunt u de sportsector bieden over bijvoorbeeld het spelen van wedstrijden?.....	352
Q: Komt er nu extra financiële steun aan sportverenigingen?.....	353
<b>22. Slachthuizen.....</b>	<b>354</b>
Spreeklijn motie Ouwehand en Van Esch over landelijke regie op tegengaan corona in de vleesindustrie en de motie Ouwehand over een meldplicht voor bedrijven met COVID-19 besmettingen onder medewerkers.....	354
Q: Hoeveel steekproeven zijn er genomen door GGD'en?.....	358
Q: Wat doet het samenwerkingsplatform arbeidsmigranten en COVID-19?.....	360
Q: welke maatregelen hebben slachthuizen genomen om nieuwe besmettingen te voorkomen?.....	361
Passage Kamerbrief Slachthuizen.....	362
<b>23. Overige Q&amp;As obv actualiteit.....</b>	<b>364</b>
CoronaMelder AMVB.....	364
Q: Waarom is er een amvb opgesteld en wanneer treedt deze in werking?.....	364
Passage Kamerbrief Digitale ondersteuning.....	365
Q: Wat zijn de vervolgstappen in het proces tot aansluiting van Nederland op de federatieve gateway en waarom kijkt u af van de standaard procedure?.....	371

Ionisatie.....	372
Q: Bent u bekend met berichten dat luchtreiniging met ionisatie een bijdrage zou kunnen leveren aan het tegengaan van het coronavirus?.....	372
Klopt het dat het RIVM in het verleden onderzoek heeft gedaan naar luchtreiniging met ionisatie en bent u bereid om het RIVM onderzoek te laten verrichten naar de mogelijke bijdrage van ionisatie aan de bestrijding van het coronavirus?.....	372
Passage Kamerbrief Gezond leven als onderdeel van de COVID-19 aanpak.....	374
Passage Kamerbrief Caribisch deel van het Koninkrijk.....	375
<b>24. Technische Briefing.....</b>	<b>376</b>
Presentatie 5.1.2e – RIVM.....	376
Presentatie 5.1.2e – LCPS.....	376
Presentatie 5.1.2e - LCT.....	376
<b>25. Kamerbrieven na vorig debat (4-11).....</b>	<b>377</b>

8 - 33

5.1.2i Concept

5.1.2e

## Factsheet Thanksgiving Canada

- Gezondheid is provinciale jurisdictie in Canada
- Dit betekent dat het federale gezondheidsinstituut een algemeen advies heeft uitgevaardigd met betrekking tot verantwoordelijk gedrag tijdens thanksgiving, maar hier regionaal invulling aan gegeven kon worden
- Ook de epidemiologische situatie voor- en na thanksgiving en de huidige maatregelen verschillen sterk per provincie/district
- Wel liep het aantal COVID-19 gevallen in het algemeen op na de viering van thanksgiving (12 oktober)
- Echter, er was al sprake van een stijgende incidentie pre-thanksgiving (zoals in de steden Toronto en Ottawa)
- Wel is het waarschijnlijk dat de viering van thanksgiving een bijdrage heeft geleverd aan de stijging van het aantal gevallen. Dit blijkt ook uit BCO data
- Trudeau heeft aangegeven dat de komende weken bepalend zullen zijn voor de strategie voor kerst (13 nov)

### Algemeen thanksgiving advies federale overheid

- Virtuele of afstandsverbindingen zouden moeten worden ingezet voor de viering van thanksgiving
- Bijeenkomsten binnenshuis zijn het veiligst wanneer ze klein en selectief zijn, vooral in regio's van het land waar de besmettingsgraad het hoogst is
- Bijeenkomsten buiten huis met mensen van buiten de nauwe contactenbubbel zijn het veiligst wanneer de ruimte groot genoeg is en de aanwezigen verdeeld kunnen worden over de ruimte
- Wanneer u buiten mensen ontmoet buiten uw nauwe-contacten bubbel, houdt dan tenminste een picknicktafel lengte afstand
- Concreet betekenen deze adviezen:
  - Altijd 2 meter afstand houden van mensen die zich buiten de nauwe contactenbubbel bevinden, zowel binnen als buiten
  - Goede hygiënemaatregelen nemen, zoals handen wassen en hoesten in de elleboog en waar nodig een niet-medisch mondkapje te dragen
  - Het beperken van de duur van de bijeenkomst en het aantal mensen waarmee u in contact komt

### Thanksgiving advies Ontario

- Alleen thanksgiving vieren met het eigen huishouden
- Wanneer u alleen woont, kunt u een bijeenkomst met één ander huishouden bijwonen
- Hierbij moet altijd afstand gehouden worden en een masker gedragen worden wanneer afstand niet gegarandeerd kan worden
- In de steden Ottawa en Toronto werden strengere maatregelen genomen nav een toename in het aantal besmettingen, waaronder het afraden van niet-essentiële verplaatsingen

### Thanksgiving advies in British Columbia

- Houd bijeenkomsten klein en zoveel mogelijk binnen de bestaande sociale groep
- Houd bijeenkomsten zoveel mogelijk buiten
- Wanneer bijeenkomsten binnen gehouden worden, beperk de groepsgröße tot 6 personen
- Ga vooraf na of gasten klachten hebben
- Kies een goed geventileerde ruimte
- Houd rekening met de gevolgen die alcohol kunnen hebben op afstand houden
- Stimuleer begroetingen waarbij geen fysiek contact is
- Zet het volume van de muziek niet te hoog, om risico op schreeuwen te beperken
- Zingen en dansen kan alleen buiten

35 - 35

5.1.2i Concept

## Passage Kamerbrief OMT advies en Maatregelen

OMT-adviezen van 9 en 16 november jl.

Het OMT is op 6 november en 13 november bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. De adviezen zijn opgenomen in de bijlage (Bijlage Advies n.a.v 85<sup>e</sup> en 87<sup>e</sup> OMT).<sup>1</sup>

Het 85<sup>e</sup> OMT-advies beslaat de volgende onderdelen:

1. Quarantaineperiode en testbeleid, inclusief reizigers
2. Resultaten PIENTER-3-onderzoek
3. Uitzondering voor kinderen m.b.t. zingen in groepsverband

### Ad1) Quarantaineperiode en testbeleid, incl. reizigers

Het OMT stelt vast dat de compliance met quarantaine in Nederland niet optimaal is, slechts 50% van de mensen die in quarantaine zouden moeten, geeft aan dat ook te doen. Van de mensen die uit oranje of rode gebieden naar Nederland komen, geldt dat slecht voor circa 25%. Het verkorten van de quarantaine kan bijdragen aan de compliance. Hierop wordt nader ingegaan in paragraaf 8, quarantaine.

Op dit moment is alleen de PCR-test gevalideerd voor testen van asymptomatische personen. De PCR-testcapaciteit heeft de afgelopen tijd onder druk gestaan, er lijkt nu ruimte te komen om deze ook voor asymptomatische personen in te zetten. Mede gezien de huidige testcapaciteit, acht het OMT het verantwoord om een PCR-test aan te bieden op de vijfde dag na het laatst mogelijke blootstellingmoment, of later al naar gelang iemand later als nauw contact is getraceerd. Een negatief geteste persoon op dag 5 na het laatst mogelijke contact met de index kan dan uit quarantaine, mits deze persoon alert blijft op het ontstaan van klachten. Als deze klachten zich alsnog voordoen, moet deze persoon zich onmiddellijk opnieuw laten testen. Deze gewenste alertheid geldt voor de periode tot 14 dagen na dat laatste blootstellingmoment.

Voor personen die contact hebben met kwetsbare personen met een verhoogd risico op complicaties geldt, dat zij deze contacten gedurende de gehele tien dagen vermijden, onafhankelijk van een negatieve PCR-testuitslag. Voor personen die werkzaam zijn in de zorg geldt, dat zij na een negatieve PCR-testuitslag van persoonlijke beschermingsmiddelen gebruik dienen te maken, tot ten minste tien dagen na het laatste mogelijke contact, mits zich geen klachten voordoen. Voor deze twee categorieën van personen zal het OMT in een vervolgadvisie een verdere uitwerking geven (zie onder 87<sup>e</sup> OMT-advies).

Bovenbeschreven beleid kan in alle GGD-regio's waar de test- en BCO-capaciteit op orde is, worden voorbereid en uitgevoerd. Daarnaast is het raadzaam in enkele GGD-regio's de performance van (antigeen)sneltesten bij personen zonder klachten in vergelijking met de PCR te onderzoeken om tot een validatie-advies te komen m.b.t. het gebruik van deze sneltesten als alternatief voor de PCR voor het testen van asymptomatische personen tijdens de quarantaineperiode. Hierop wordt nader ingegaan in paragraaf 6, testen en traceren.

Het OMT adviseert de mogelijkheid voor het eisen van een negatieve testuitslag bij binnenkomst in Nederland voor alle reizigers (zowel van terugkerende Nederlanders als buitenlandse bezoekers aan Nederland) uit oranje of rode gebieden, te verkennen. Dit komt aan de orde in de paragraaf 6, testen en traceren.

### Ad 2) Resultaten PIENTER-3-onderzoek

Het OMT heeft kennisgenomen van de resultaten van de PIENTER Coronastudies. Het percentage mensen met antistoffen in het bloed (seroprevalentie), is gestegen van 2,8% in april, naar 4,5% in juni en verder naar 5,1% begin oktober. Zes maanden na infectie waren bij 94% van de

<sup>1</sup> Het 86<sup>e</sup> OMT-advies gaat over nertsen en is uw Kamer per brief met kenmerk 1778673-213893-PG 11 november jl. toegestuurd.

deelnemers met een doorgemaakte infectie bij wie antistoffen aangetoond waren, nog steeds deze antistoffen (IgG) detecteerbaar. Deze antistoffen vertoonden tevens een stijging in het vermogen tot binding aan het virus. Dit zijn gunstige resultaten.

#### Ad 3) Uitzondering voor kinderen m.b.t. zingen in groepsverband

In het OMT-advies van 2 november jl. is geadviseerd zingen in groepsverband in welke context dan ook af te raden. Hieronder viel ook zingen op scholen en kindercentra. Het OMT komt op dit advies terug voor wat betreft zingen door jonge kinderen. Omdat kinderen zelf weinig ziek worden van COVID-19 en weinig bijdragen aan de verspreiding van het virus, is het OMT van mening dat voor kinderen t/m 12 jaar een uitzondering kan worden gemaakt op de regel "zingen in groepsverband". In paragraaf 3, maatregelen wordt beschreven hoe het kabinet om gaat met het OMT-advies ten aanzien van zingen in groepsverband.

#### *BAO-advies*

Het BAO omarmt het advies over testen om de quarantaine te verkorten. Het is daarbij belangrijk dat er meteen voldoende capaciteit is en dat dit ook blijvend is. Er moet ook rekening worden gehouden met uitvoeringsaspecten. Snelheid is van belang, maar zorgvuldigheid is nog belangrijker.

Ten aanzien van het advies over reizigers, adviseert het BAO te zorgen dat men dit niet op gaat vatten als een aansporing om te gaan reizen. Dit vergt goede communicatie. Het BAO is ook van mening dat het goed zou zijn als reizigers met een bewijs van een negatieve test terugkomen.

Het BAO neemt kennis van de resultaten van het Pienter onderzoek en is het eens met de uitzondering voor kinderen m.b.t. het zingen in groepsverband

Het 87<sup>e</sup> OMT-advies bestaat uit de volgende onderdelen

1. Vraagstukken omtrent verloop van de epidemie
2. Strategie van afschalen
3. Tijdelijke versoepeling van maatregelen tijdens de feestdagen
4. Diverse facetten van het testbeleid

#### Ad1) Vraagstukken omtrent verloop van de epidemie

Uit het beloop van de ziekenhuisopnames, ziekenhuisbezetting, IC-opnames en IC-bezetting blijkt enig effect van de maatregelen genomen op 28 september en blijkt het verwachte effect van de maatregelen genomen op 13 oktober. Het OMT ziet geen noodzaak om het pakket maatregelen van 13 oktober jl., vanaf 18 november aan te scherpen.

#### Ad2) Strategie van afschalen

In het OMT is de-escalatie in brede zin besproken, waarbij de geleerde lessen van het afschalen na de eerste golf en het ontstaan van de tweede golf zijn betrokken. Het OMT constateert dat de daling van het aantal besmettingen en de R-waarde nog onvoldoende zijn om nu al over te gaan tot een afschaling. Het OMT benoemt met welke aspecten rekening moet worden gehouden bij het afschalen van maatregelen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om basismaatregelen die nodig zijn om de verspreiding van het virus te controleren zonder het tot een volgende golf te laten komen. Verder gaat het om communicatie over de maatregelen. In paragraaf 4 komt aan de orde hoe gecontroleerd kan worden teruggaan naar niveau 1 - 'waakzaam'.

Op dit moment kunnen nog geen definitieve signaalwaarden worden gegeven. Hiervoor zullen aanvullende berekeningen moeten plaatsvinden en moet duidelijk worden hoe deze zich verhouden tot de signaalwaarden die gebruikt werden voor de escalatie. Dit wordt verder uitgewerkt en zal in een volgend OMT terugkomen.

#### Ad3) Tijdelijke versoepeling van maatregelen tijdens de feestdagen

Het OMT benadrukt dat het versoepelen van maatregelen rond de feestdagen een risico op nieuwe besmettingen met zich meebrengt. De Rt is weliswaar gedaald, maar het totaal aantal besmettelijke mensen (prevalentie) is nog onvoldoende gedaald om een versoepeling van

maatregelen af te kondigen. Een besluit over al dan niet tijdelijke afschaling van maatregelen tijdens de feestdagen blijft daarom een politieke afweging. Als gekozen wordt voor versoepeling tijdens de feestdagen, is te overwegen een aantal regels in acht te nemen om dit met zo min mogelijk risico te laten verlopen. Het OMT denkt daarbij aan het uitsluitend vieren van de feestdagen in huiselijke kring, met een beperking van het aantal gasten per dag, consistent met een eerder gehanteerd aantal mensen, bijvoorbeeld 6. In paragraaf 4, wordt kort ingegaan op de feestdagen.

#### Ad4) Diverse facetten van het testbeleid

Ten aanzien van testen van kinderen t/m 12 jaar, adviseert het OMT, op basis van de meest recente epidemiologische informatie (incidentie in de leeftijdsgroepen, vindpercentage in BCO en clusteridentificatie), dat het verantwoord is om voor kinderen t/m 12 jaar een afwijkend test- en thuisbeleid aan te houden. In paragraaf 6, testen en traceren komt dit nader aan de orde.

Ten aanzien van testen van zorgmedewerkers in quarantaine, zal het beleid door het RIVM worden uitgewerkt en, na overleg met diverse partijen, waaronder Verenso en de FMS, tijdens een volgend OMT worden gefinaliseerd.

Ten aanzien van hertesten van personen uit risicogroepen na een negatieve antigeentest, geeft het OMT aan dat gevalideerde antigeensneltesten toegepast kunnen worden bij personen met klachten die op COVID-19 kunnen wijzen. Het is van belang dat er in de patiëntinformatie ook aandacht wordt besteed aan de betekenis van een negatieve uitslag van de antigeensneltest. Hierin moet worden vermeld dat voor zorgmedewerkers en personen uit medische risicogroepen een hertest met PCR wordt geadviseerd bij een negatieve antigeentest. In paragraaf 6 wordt hierop nader ingegaan.

Een aantal aanvullende vragen in het kader van het testbeleid, zoals grootschaliger en frequenter testen, ook van mensen zonder klachten of zonder bewezen contact met index en de inzet van antigeentest, in plaats van PCR of LAMP voor het testen van mensen zonder klachten uit BCO/Coronamelder, komt in een volgend OMT aan de orde.

#### *BAO-advies*

Het BAO onderschrijft de analyse van het OMT dat de prevalentie nu nog onvoldoende is gedaald om tot versoepeling van maatregelen over te gaan. Het BAO is van mening dat volhouden van de maatregelen belangrijk is, maar dat tegelijkertijd perspectief bieden ook van belang is voor mensen om vol te kunnen houden. Er wordt aangegeven dat het goed is gedragsonderzoekers te betrekken om na te gaan wat de behoefte van mensen is en zo te bezien of dat wat mensen graag willen, ook op een veilige manier kan. Als er nagedacht wordt over mogelijkheden rond de kerst, is het BAO van mening dat in de communicatie helder moet zijn dat hoe meer ruimte er komt, hoe langer de staart van de epidemie wordt. Het BAO steunt derhalve het advies van het OMT om zeer beperkt versoepeling toe te staan tijdens de kerstdagen en oud en nieuw.

Het BAO onderschrijft op basis van de geleerde lessen, het advies van het OMT t.a.v. de systematiek van afschaling.

Ten aanzien van antigeentesten onderschrijft het BAO het advies van het OMT dat de zekerheid van een aanvullende PCR test alleen nodig is voor mensen die zelf heel kwetsbaar zijn, omdat het voor hen gevolgen voor de behandeling heeft, en voor zorgmedewerkers.

#### Maatregelen

##### *Maatregelenpakket vanaf donderdag 19 november*

Zoals in de Stand van zakenbrief COVID-19 van 4 november jl. is aangegeven zal het tijdelijke aanvullende pakket maatregelen aflopen op woensdag 18 november 23.59 uur. Concreet maakt dit dat de maatregelen zoals beschreven in mijn voortgangsbrief Covid-19 dd. 14 oktober weer van kracht zullen zijn.

Dat betekent dat ten opzichte van de afgelopen twee weken, met de anderhalve meter in acht genomen, weer iets meer mogelijk wordt. Je mag bijvoorbeeld thuis weer maximaal één groep van

maximaal drie personen per dag ontvangen, in plaats van twee personen. De groepsgrootte binnen en buiten is weer maximaal vier personen in plaats van twee. Theaters, zwembaden en bioscopen kunnen weer open waarbij een maximum van 30 personen per ruimte geldt. En ook de musea en bibliotheken, pretparken en dierentuinen kunnen weer open. Met alle geldende voorwaarden en restricties voor afstand houden, triage en verplicht reserveren.

Het betekent ook dat we per donderdag 19 november 00.00 uur teruggaan naar de strikte beperkingen die we sinds 13 oktober kennen, waaronder de sluiting van eet- en drinkgelegenheden, sporten boven de 18 alleen op anderhalve meter en met maximaal vier personen, geen publiek bij sportwedstrijden, een alcoholverbod buiten en in winkels en hotels tussen 20.00 uur en 07:00 uur. En het dringende advies om niet naar het buitenland te reizen, tenzij dat strikt noodzakelijk is en thuis te werken, tenzij het echt niet anders kan. Voor een volledig overzicht verwijst ik naar bovengenoemde brief van 14 okt jl.

Gegeven de huidige situatie – met nog steeds een hoog aantal besmettingen – is het noodzakelijk de maatregelen van 13 oktober te continueren. Dit is in lijn met het advies dat het OMT hierover geeft. Er blijven veel beperkingen in stand. Dit vraagt voortdurende en langdurige offers van ons allemaal. We worden beperkt in ons persoonlijke leven en contacten met anderen en veel sectoren worden hard getroffen. Voor veel mensen brengt dit onzekerheid mee over het voortbestaan van hun bedrijf of het perspectief van hun baan. Het is een zware tijd, maar we moeten volhouden om de tweede golf het hoofd te bieden én een derde golf te voorkomen.

Bij de uitwerking van de 13 oktober-maatregelen en de ervaringen bij de invoering van dit pakket bleek dat deze maatregelen op een aantal punten verduidelijkt of verbeterd moesten worden. Dit heeft er toe geleid dat we de volgende wijzigingen in het pakket van 13 oktober hebben doorgevoerd:

De uitzonderingen op de algehele sluiting van eet- en drinkgelegenheden worden uitgebreid met:

- Zorginstellingen voor patiënten en bezoekers van patiënten.
- Afhaalfunctie in pret- en dierenparken.
- Andere locatie (dan uitvaartcentra) waar een uitvaartplechtigheid plaats vindt.
- Een locatie waar besloten en georganiseerde dagbesteding plaatsvindt voor kwetsbare groepen.

Voor gezamenlijk zingen of schreeuwen gelden preciezer regels. Professionele zangers zijn uitgezonderd van het verbod, als ook kinderen tot en met 12 jaar en zang als onderdeel van de belijdenis van godsdienst of levensbeschouwing en betogingen en vergaderingen als bedoeld in de Wet openbare manifestaties.

Het maximumaantal van 30 personen per ruimte blijft gelden. In de uitzonderingen hierop vindt een tweetal verhelderingen plaats. De eerste is dat 'jeugdvereniging voor jeugd tussen 0 tot 18' wordt gespecificeerd in 'gebruik van gebouwen voor scouting-, cultuur-, kunst-, sport-, en andere georganiseerde jeugdactiviteiten voor personen tot en met 17 jaar'. Daarnaast wordt voor uitvaartplechtigheden een maximum van 100 aanwezige personen gesteld.

De maximale groepsgrootte bij groepsvorming is vier. In de uitzonderingen hierop zijn er drie wijzigingen. De eerste is dat dit maximum niet geldt voor een bijeenkomst die plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een rechter of een officier van justitie in de uitoefening van zijn ambt of die dient ter behandeling van een bezwaar of administratief beroep. De tweede is dat de uitzondering die geldt voor personen die deelnemen aan activiteiten van *jeugdverenigingen* tot en met 17 jaar wordt verbreed met personen die deelnemen aan activiteiten van *jeugdorganisaties* tot en met 17 jaar. Ten derde wordt de bestaande uitzondering op de maximale groepsgrootte tussen functionarissen en degene jegens wie deze persoon zijn taak uitoefent nader gepreciseerd en worden ook zij die werkzaam voor een andere organisatie voor de tenuitvoerlegging van straffen of in de vitale asielketen uitgezonderd.

Tenslotte hebben we twee uitzonderingen toegevoegd op de anderhalve meter maatregel. Allereerst worden zorgvrijwilligers en andere mensen die bij de uitvoering van hun werk de anderhalve meter afstand niet kunnen houden uitgezonderd. Daarnaast zijn ook personen die een onderwijsactiviteit in het voortgezet onderwijs, beroepsopleiding of hoger onderwijs verzorgen dan wel daar aan deelnemen voor zover deze werkzaamheden niet op gepaste wijze kunnen worden

uitgevoerd met inachtneming van de veilige afstand, en voor de beroepsmatige werkzaamheden, waartoe de betreffende leerlingen of studenten worden opgeleid, uitgezonderd van de veilige-afstandsnorm.

*Tijdelijke wet maatregelen COVID-19*

Ook wil ik u inlichten over de voortgang van de regelingen ter uitvoering van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19. Er zijn vijf regelingen in voorbereiding. Deze regelingen zijn op 28 oktober 2020 gepubliceerd op [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) en ter consultatie voorgelegd aan verschillende (advies)organen, bestuurlijke partners en andere instanties. Twee van de vijf regelingen betreffen Europees Nederland: de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 en de Regeling aanvullende mondkapjesverplichtingen COVID-19, waarin verschillende verplichtingen ten aanzien van mondkapjes zijn opgenomen ter omzetting van het nu geldende dringend advies. De eerstgenoemde ministeriële regeling bevat geen nieuwe maatregelen, want het is een zo veel mogelijk beleidsneutrale omzetting van de geldende noodverordeningen. Op onderdelen zijn tekstuele aanpassingen aangebracht voortvloeiend uit de tekst van de wet, bij voorbeeld daar waar het gaat om de definities die de wet hanteert. De andere drie regelingen bevatten maatregelen die genomen kunnen worden in de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Vanwege de uiteenlopende situaties op de eilanden en de nodige flexibiliteit is er voor elk eilandgebied een afzonderlijke regeling opgesteld. Deze regelingen zijn in overleg met de gezaghebbers tot stand gebracht en zijn in de week van 2 november ter consultatie voorgelegd aan de eilandsraden, de lokale handhavers en de lokale gezondheidsdiensten.

Wij verwachten dat de vijf regelingen donderdag 19 november a.s. kunnen worden vastgesteld en aan u en de Eerste Kamer kunnen worden overgelegd in het kader van de wettelijke nahangprocedure (artikel 58c, tweede lid, Wpg). Als deze wettelijke procedure is doorlopen zetten wij het proces van gelijktijdige inwerkingtreding van de wet, de algemene maatregel van bestuur over de veilige afstand en de ministeriële regelingen in werking. De voordracht voor het inwerkingtredingsbesluit van de wet wordt dan onmiddellijk na afloop van de nahangperiode aangeboden aan het Kabinet van de Koning. Ik verwacht dat ondertekening van het koninklijk besluit en contrasignering in dat geval tijdig kan plaatsvinden. Door middel van een spoeduitgifte van het Staatsblad op maandag 30 november kan ons streven dat is gericht op inwerkingtreding per 1 december gerealiseerd worden.

## Waarom werkt de routekaart maar 1 kant op?

### Opschalen (routekaart)

- De routekaart omhoog is bedoeld om snel en voorspelbaar op te kunnen schalen per regio.
- Op grond van besmettingscijfers en duiding.
- We willen dicht op de ontwikkeling van de epidemie zitten.
- Dat wil zeggen: als de cijfers in een regio te veel oplopen, dan gelden daar maatregelen passend bij dat risiconiveau.

### Afschalen

- Voor de weg terug kan niet zomaar gestuurd worden op het aantal besmettingen.
- Immers: de zorg ligt vol met patiënten, er zijn veel besmettingen in verpleeghuizen en het personeel is moe.
- Ook moet voorkomen worden dat we tijdens de teruggang weer ondertussen snel om hoog schieten.
- Waar de routekaart bedoeld is om snel te kunnen handelen, is het bij afschalen belangrijk om voorzichtig (conservatief) met maatwerk de maatregelen af te schalen en dus andere criteria te gebruiken.
- Dat doen we met een apart pakket dat de teruggang naar beneden duwt.
- Daarmee komen we eerder in januari uit op niveau waakzaam. (Dus: minder dan 3 IC-opnamen en landelijk minder dan 50 positieve testuitslagen per 100.000 inwoners)
- Hoe meer tussenstapjes we bij die versoepeling zouden zetten, hoe langer die teruggang zou duren.
- Dat willen we voorkomen.
- We moeten samen volhouden om zo snel mogelijk weer terug te gaan naar niveau 1, waakzaam te gaan.
- Vanaf dat moment kan de regionale routekaart weer opgepakt worden.

42 - 99

5.1.2i Concept



## **Passage Kamerbrief Gecontroleerd terug naar niveau 1 - 'waakzaam'**

Gecontroleerd terug naar niveau 1 - 'waakzaam'

Op 4 november jl. hebben we een tijdelijke verzwaring van de gedeeltelijke lockdown afgekondigd om het virus hard te raken. Deze landelijke maatregelen zijn genomen omdat de druk op de zorg te hoog werd en omdat we een versnelling wilden aanbrengen in de daling van de cijfers. De effecten van dit pakket zullen de komende weken zichtbaar worden. Op basis van de laatste inzichten verwacht het RIVM dat we met de tijdelijke verzwaring 670 opnames op de ziekenhuisopnames, waarvan 110 IC opnames, zullen vermijden.

Het doel van de maatregelenpakketten in de bestrijding van de epidemie is dat het aantal contactmomenten vermindert en dat daarmee heel Nederland weer in risiconiveau 1 ('waakzaam') komt. Wanneer we dat niveau bereikt hebben zal echt afhangen van hoe we het de komende weken doen. Als het aantal besmette mensen blijft dalen, hopen en denken we half december een eerste voorzichtige tussenstap te kunnen zetten. Voorwaarde daarvoor is dat we in ieder geval binnen de signaalwaarde van risiconiveau 2 moeten zitten. Het einddoel is heel Nederland weer in risiconiveau 1, dat hopen we dan de tweede helft januari te bereiken.

Gecontroleerd teruggaan naar niveau 1 moet geleidelijk plaatsvinden. De maatregelen die gelden zodra we weer in niveau 1 gelden moeten zorgen voor een situatie die op lange termijn houdbaar is voor de zorg, de epidemie terugdringt én tegelijkertijd ook houdbaar is voor de samenleving. De weg terug nemen we samen, solidariteit tussen de regio's. De nu geldende maatregelen worden alléén als het in heel Nederland goed genoeg gaat, versoepeld. Belangrijke criteria die hierbij een rol spelen zijn het aantal positief geteste personen, het aantal ziekenhuisopnames en IC-opnames, een effectief BCO, het reproductiegetal dat lange tijd onder de 1 zal moeten zijn en de situatie in de verpleeghuizen. Op dit moment buigt het OMT zich over de hoogte van de signaalwaarden. Daarover zal het OMT een advies uitbrengen.

Afgelopen zomer hebben we veel lessen geleerd over de bestrijding van de epidemie. Deze nemen we mee in de aanpassing van de routekaart. Een aantal lessen zijn: In de lagere risico niveaus moet een voldoende stevig pakket aan maatregelen gelden om oplaaien van het virus te voorkomen. Naleving van de maatregelen is cruciaal, juist bij afschaling en ook als de besmettingscijfers laag zijn. Snelle opschaling van maatregelen en gericht ingrijpen is van belang. Verder is het testen en traceren, een effectief BCO, en inzicht in de verspreiding van het virus belangrijk. Daarbij moeten we ook rekening houden een veranderende omgeving, we gaan nu richting de winterperiode, waarin we meer binnen blijven. Verder is de besmettingsgraad in de omringende landen relevant.

Nu we op het punt staan van afschalen wordt duidelijk dat afschalen een andere dynamiek kent dan opschalen. Zo gaat het bij opschalen om snelheid bij toenemende besmettingen, bij afschalen is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat de ziekenhuis- en IC-bezetting na-ijlt op de besmettingsgraad. Het afschalen van de maatregelen verdient in de routekaart een aparte plaats.

## **5. Feiten en cijfers**

### **Factsheet Epidemiologisch beeld 17 November 2020**

103 - 113

5.1.2i Concept

## Passage Kamerbrief epidemiologisch beeld en Dashboard

### Duiding epidemiologisch beeld

Als we kijken naar de cijfers, dan zien we dat we de bocht hebben genomen. De daling is ingezet, de maatregelen hebben effect. We moeten goed volgen of de daling doorzet. Want de cijfers zijn wel lager dan ze waren, maar nog veel hoger dan ze moeten zijn. We moeten dus volhouden, het virus is wijdverspreid en kan – als we verslappen – weer makkelijk toeslaan.

In de afgelopen week zijn 37.706 nieuwe positieve testuitslagen ontvangen, dit is er ongeveer 6.000 minder dan de week daarvoor. Van 9 tot en met 16 november zijn er 226.083 personen getest in de GGD-teststraten, dit zijn er minder dan in de week ervoor. Ook als je kijkt naar de trend van afgelopen weken is een daling zichtbaar. Zo waren 3 weken geleden (26 oktober t/m 1 november) bijna 400 positieve testen per 100.000 inwoners geconstateerd, terwijl dit afgelopen week (9-15 november) nog iets meer dan 200 positieve testen over 7 dagen waren. Het percentage positieve testen is 13,8% per week, dus aan het dalen. Vorige week was het percentage 14,5% en de week ervoor 16,6%.

Afgelopen week zijn 1496 mensen vanwege COVID-19 op de verpleegafdelingen opgenomen (volgens Stichting NICE), dit zijn 24 nieuwe opnames minder dan de week daarvoor. Het aantal opnames op de Intensive Care (IC) bedroeg deze week 224, iets minder dan de week ervoor, toen er 275 nieuwe opnames werden geregistreerd op de IC. Daarmee is de bedbezetting nog steeds hoog, maar wel aan het afnemen.

Op 17 november is de nieuwe berekening van het reproductiegetal bekend: 0.89 (waarde van twee weken geleden). Dit getal geeft de groei van de epidemie van twee weken geleden (3 november) weer. Ook de R waarde zit dus onder 1, wat aangeeft dat de verspreiding van het virus aan het afnemen is. Het aantal besmettelijke personen blijft hoog, met 117.905 personen deze week. Dat betekent dat er nog steeds een grote kans is, dat je besmet wordt door iemand waarmee je in contact komt. Daarom blijft het belangrijk dat we gezamenlijk blijven volhouden om de basisregels in acht te nemen. Alleen zo voorkomen we dat het virus weer snel oplaait.

### Regionaal beeld

In alle regio's daalde de incidentie, het percentage positief getest en het aantal positieve testen. Per 17 november waren 4 regio's zorgelijk, 16 ernstig en 5 zeer ernstig. Er zijn echter grote verschillen tussen regio's. De regio's met het laagste percentage positieve testen waren Groningen, Fryslân, Drenthe (onder de 10%) en de regio's met de hoogste percentages waren Rotterdam-Rijnmond, Twente en Zuid-Holland-Zuid (boven de 16%).

In de regio's Groningen, Fryslân en Drenthe is het kleinste aantal nieuwe positieve testen zichtbaar. De regio's met het hoogste aantal positieve testen per 100.000 inwoners zijn Rotterdam-Rijnmond, Twente en Zuid-Holland-Zuid, deze regio's hadden meer dan 300 meldingen per 100.000 inwoners.

### Doorontwikkeling dashboard

Het coronadashboard is een communicatie-instrument dat permanent in ontwikkeling is en blijft. Sinds kort wordt het twee keer per maand op donderdag bijgewerkt met nieuwe informatie en functies. We voegen niet alleen nieuwe informatie toe, maar we werken er ook aan om het dashboard en de informatie relevanter en begrijpelijker te maken voor iedereen. Daarvoor voeren we elke twee weken flitspeilingen uit met concrete vraagstukken en leggen we nieuwe ontwerpen voor. Op dit moment trekt het dashboard dagelijks tussen de 150.000 en 500.000 bezoekers.

Uit een recente flitspeiling blijkt dat gebruikers het dashboard relevant vinden. Tegelijk bestaat de behoefte aan meer duiding van de cijfers. Dit werd eerder ook bevestigd in twee expertmeetings.

Daartoe wordt momenteel gewerkt aan een toplaag en wordt extra content voorbereid, zoals artikelen, animaties, infographics en video's die eenvoudig uitleg geven over de cijfers.

Momenteel worden verschillende nieuwe databronnen voorbereid voor publicatie op het dashboard. Het gaat bijvoorbeeld om de resultaten van het RIVM gedragsonderzoek en cijfers over sterfte. Ook verwacht ik binnenkort de regionale ziekenhuiscijfers van NICE op het dashboard te kunnen tonen.

In het AO Langer Thuis van 11 november jl. heb ik toegezegd dat we op korte termijn cijfers op het dashboard gaan vermelden over het aantal besmettingen binnen de gehandicaptenzorg en over kwetsbare ouderen. Uiteraard blijft publicatie van nieuwe data altijd onderhevig aan onvoorziene technische omstandigheden. Een nieuwe databron kan pas gepubliceerd worden als deze geheel in orde is.

#### *Vooruitblik dashboard*

In het vierde kwartaal van 2020 wordt verder onderzocht hoe het algemene Nederlandse publiek het coronadashboard ervaart. Op basis van deze onderzoeken wordt de gebruiksvriendelijkheid van het dashboard verder vergroot.

Zoals al eerder aangekondigd, werken de waterschappen en het RIVM aan het intensiveren van het rioolwaterprogramma. Vorige week hebben de Unie van Waterschappen, het RIVM en ik een intentieverklaring voor meerjarige bestuurlijke samenwerking opgesteld t.b.v. dagelijkse monitoring.

In rioolwater kun je ziekteverwekkers, zoals het COVID-19 virus, meten die met de ontlasting via de wc in het rioolwater terecht komen. Momenteel vinden deze metingen wekelijks plaats en deze cijfers zijn in ons dashboard te vinden. Het is de bedoeling dat alle rioolwaterzuiveringsinstallaties (RWZI's) dagelijks worden bemonsterd, zodat het RIVM deze monsters kan analyseren. De Unie van Waterschappen zal starten met de investeringen die nodig zijn om dit programma mogelijk te maken. Naar verwachting zullen in Q1 2021 ca. 30% van de RWZI's dagelijks bemonsterd kunnen worden, in Q2 ca. 55%, in Q3 ca. 85% en in Q4 100%.

## 6. Testen en traceren

### Factsheet Testen

18 november 2020

Kernboodschap: Afgelopen week (46) werden er bij de **GGD** teststraten maar liefst **32.600 COVID-19 testen/dag afgenomen**. In  **totaal**  werden er –inclusief cijfers van ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsen – **41.200 COVID-19 testen/dag afgenomen**.

Argumentatie

	<b>Totale COVID-19 testen afgenomen</b> (GGD-en en kritiek)	<b>Waarvan door de GGD-en uitgevoerd</b>
<b>Week 43 (19/10 tot 26/10)</b>	62.700	46.200
<b>Week 44 (26/10 tot 02/11)</b>	58.700	47.000
<b>Week 45 (02/11 tot 09/11)</b>	46.000	35.100
<b>Week 46 (09/11 tot 16/11)</b>	41.200	32.600
<b>Gisteren 16/11</b>	<i>Ontbreekt</i>	40.915
	<b>Totale COVID19 testcapaciteit beschikbaar</b> (GGD-en en klinisch)*	Geprognostiseerde testcapaciteit GGD-en
<b>Week 47 (16/11 tot 23/11)</b>	113.000	74.000
<b>Week 48 (23/11 tot 30/11)</b>	117.000	79.000
<b>Week 49 (30/11 tot 07/12)</b>	117.000	84.000

\*Het aantal commercieel afgenomen testen wordt niet meer gerapporteerd. Deze cijfers geven namelijk een onvolledig beeld van de werkelijkheid weer.

*Schuin* = gerealiseerd aantal testen.

Voorlopige conclusie: Er is over de afgelopen weken een daling te zien in het aantal testen dat is afgenomen. De testafnamecapaciteit en PCR laboratoriumcapaciteit blijven verder groeien.

Kernboodschap:

Doorlooptijd en testbereidheid

- De **doorlooptijden worden korter**, met name tussen afspraak en afname. Bij GGD teststraten was in week 46 de doorlooptijd van **afpraak tot afname 8,8 uur**. In week 45 was dit **9,5 uur**. In week 46 was de **totale doorlooptijd 37,1 uur**, in week 45 was dit **39,7 uur**.

## Argumentatie:

<b>Indicator</b>	<b>Week 44</b>	<b>Week 45</b>	<b>Week 46</b>
<b>Omvang</b>			
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en overige/kritieke zorg)(2)	381.500 totaal per week 54.500 gemiddeld per dag	322.000 totaal per week 46.000 gemiddeld per dag	288.400 totaal per week 41.200 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD testlocaties (2)	295.400 testen per week 42.200 gemiddeld per dag	245.700 testen per week 35.100 gemiddeld per dag	228.200 testen per week 32.600 gemiddeld per dag
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten (3)	64.087 meldingen bij het RIVM 48.495 positieven uit de GGD-testlocaties 16,6% positieven in de GGD-testlocaties.	43.621 meldingen bij het RIVM 35.349 positieven uit de GGD-testlocaties. 14,5% positieven in GGD-testlocaties	37.706 meldingen bij het RIVM 31.219 positieven uit de GGD-testlocaties. 13,8% positieven in GGD-testlocaties
Aantal en percentage opgestarte en afgeronde BCO(3)	83,3% van de contactinventarisaties i.h.k.v. BCO is uitgevoerd, 52.402 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen in verband met registratie achterstanden.	85,4% van de contactinventarisaties i.h.k.v. BCO is uitgevoerd, 37.127 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen in verband met registratie achterstanden.	87,9% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 32.489 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen in verband met registratie achterstanden.
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen(4)	32% (onderzoek tussen 30 september en 4 oktober)	32% (onderzoek tussen 30 september en 4 oktober)	32% (onderzoek tussen 30 september en 4 oktober)
<b>Effectiviteit</b>			
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname (5)	21,5 uur	9,5 uur	8,8 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag (5)	35,3 uur	30,2 uur	28,3 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafpraak en testuitslag (5)	56,8 uur	39,7 uur	37,1 uur
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) (5)	30,0 uur	25,5 uur	23,5 uur

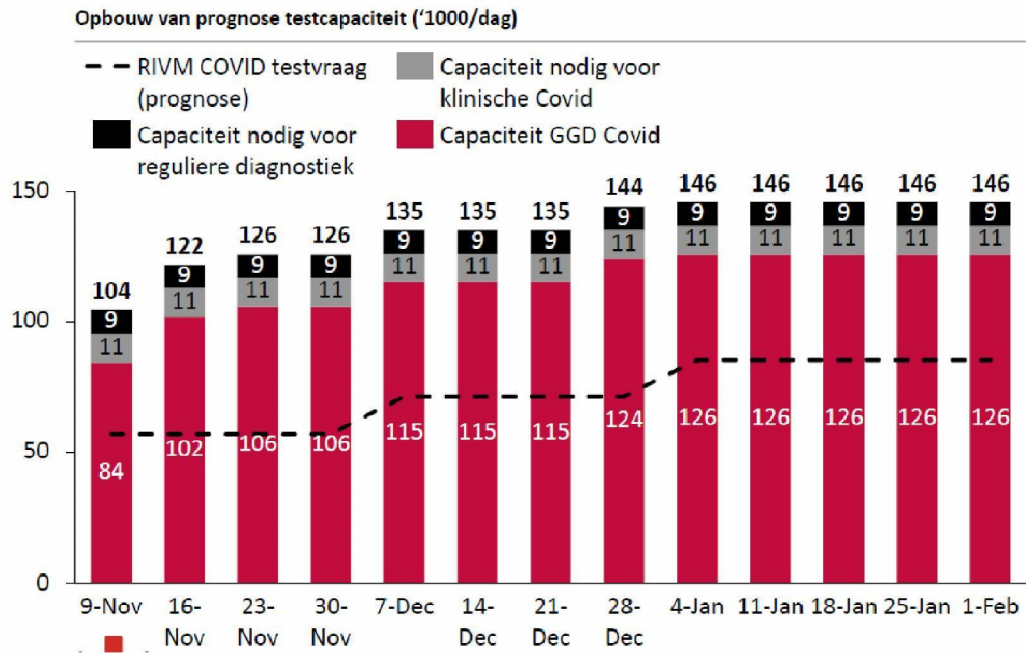
2: Bron: CoronIT en LCDK lab-uitvraag (10/10/2020)

3: Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (10/11/2020).

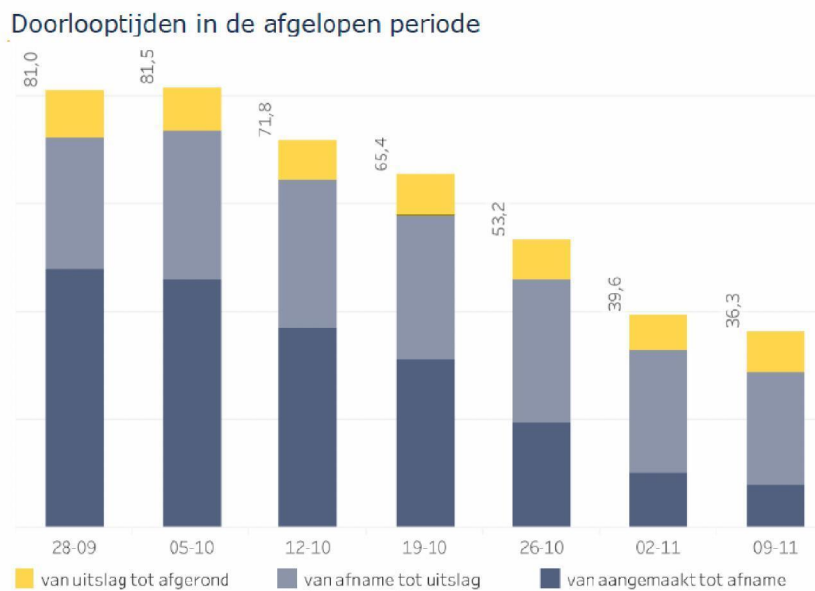
4: Bron: Gedragsonderzoek RIVM & GGD via <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden>

5: Bron: GGD-GHOR CoronIT Week 44 en 45 (11/11/2020)

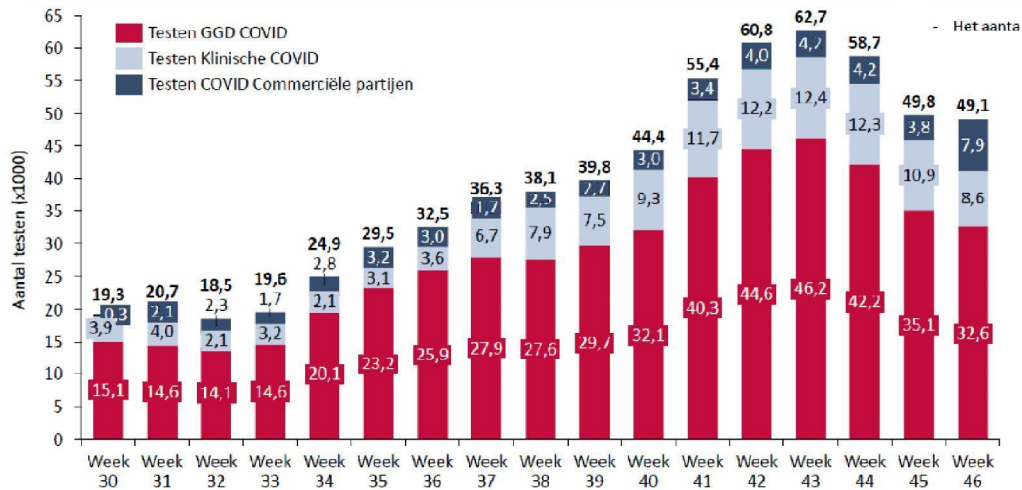
Figuur 1 Onderstaand de verwachte testcapaciteit. Het gaat hier om een schatting op basis van verschillende aannames. Non-COVID is in zwart meegenomen.



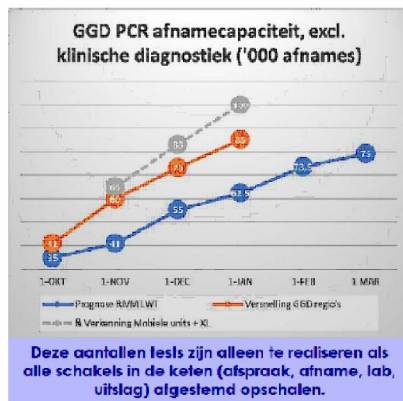
Figuur 2 Onderstaand de doorlooptijden in de GGD teststraten in de afgelopen periode. Het gaat hier om de landelijke gemiddeldes.



Verloop van het aantal testen gemiddeld per dag gedaan (in '1000 samples)



## Versnellen van de opschaling PCR-afnamecapaciteit



### 3 routes voor uitbreiding afnamecapaciteit:

- GGD'en zijn zich terdege bewust van de toegenomen vraag en problemen met doorlooptijden die zijn ontstaan. Zij spannen zich maximaal in om de afnamecapaciteit verder te vergroten om zo de doorlooptijd te reduceren.
- GGD-GHOR Nederland heeft voor de versnelling van de afnamecapaciteit 3 routes:
  1. Uitbreiden bestaande testafnamelocaties en openen nieuwe testafnamelocaties in de regio
  2. Versterken van het fijnmazig landelijk netwerk voor kwetsbare groepen door:
    - a) inzetten van landelijke mobiele testunits (inzetbaar op verzoek van GGD'en)
    - b) aansluiten van andere zorg- en afnamepartijen op CoronIT
  3. Verkenning landelijke (XL-)locaties met externe (markt-)partijen, eventueel in te richten met LAMP op locatie
- Met de ingezette versnelling realiseren we op dit moment (12 oktober) 42.800 afnames per dag in teststraten. Met de aanvullende maatregelen kunnen we begin november minimaal 60.000 en eind december minimaal 80.000 testen per dag afnemen.
- Facilitering vindt plaats door GGD GHOR Nederland bij de werving en opleiding van personeel voor GGD-testlocaties.
- Landelijke en regionale klantcontactcentra (website en callcentres) kunnen de geplande volumestijging aan.
- De plekbelasting & capaciteit zal periodiek moeten worden gemonitord en waar nodig leiden tot bijtunen.

## Factsheet Sneltesten

**18 november**

### **Kernboodschap:**

VWS ondersteunt de ontwikkeling en validatie van verschillende type sneltesten, namelijk de LAMP-test, de ademtest, antigeentesten, massa-spectrometrie en de spectrax.

### **Argumentatie:**

- Verschillende sneltesten zijn in beeld, waaronder de LAMP-test, de ademtest en antigeentesten.
- De LAMP-test en antigeentesten zijn klinisch gevalideerd en kunnen afhankelijk van de setting betrouwbaar gebruikt worden.
- LAMP-test:
  - Snelle PCR-test met uitslag binnen 1 uur.
  - Zeer nauwkeurig: sensitiviteit en specificiteit zijn gelijk aan de PCR.
  - Kan gebruikt worden in mensen met en zonder klachten.
  - Start in Amsterdamse regio per medio november, daarna doorgroeien naar 100.000 testen in januari.
- Antigeentest:
  - Toont binnen 15 min de aanwezigheid van virale eiwitten aan.
  - Antigeentesten van 5 fabrikanten zijn klinisch gevalideerd: Roche, Abbott, Mediphos, Quidel en BD.
  - Kan gebruikt worden in mensen met klachten. Voor gebruik bij mensen zonder klachten is aanvullende validatie nodig.
  - Hogere kans op fout-negatieve uitslagen. Daarom is herbevestiging van negatieve uitslagen nodig bij kwetsbaren en groepen die met kwetsbaren in aanraking komen (zorgpersoneel/mantelzorgers).
  - Sinds begin november uitgerold in de geopende XL-locaties, verdere doorgroei naar alle (X)L-locaties (spoor 1). Daarnaast uitgerold in de zorg (spoor 2). Werking via (begeleide) zelfafname wordt onderzocht (spoor 3).
  - Komende tijd 4 miljoen testen per maand beschikbaar
- Ademtest:
  - Toont binnen 5 minuten aan of de adem vluchtige organische componenten bevat die duiden op aanwezigheid van het coronavirus.

- Eerste validatiestudie afgerond. Nu vervolgstudie.
- Mits studie goed verloopt in december inzetbaar.

## **Factsheet Traceren**

### **18 november**

#### **Algemeen:**

- Op dit moment (16 november) is er ongeveer 5.975 fte beschikbaar voor BCO (landelijk 3.475 fte en regionaal 2.500 fte). Met deze capaciteit zijn de GGD'en in staat om ongeveer 2.340 volledig BCO uit te voeren en kunnen GGD'en op dit moment elke besmetting opvolgen met risicogestuurd BCO.
- Per week wordt de landelijke schil met ca. 250 fte uitgebreid en de regionale BCO-capaciteit met ca. 90 fte (deze mensen ronden dan het praktijkdeel van de opleiding af).
- GGD GHOR Nederland is bezig met een efficiëncyslag van verschillende acties om hun BCO proces efficiënter en uniformer in te richten. Hierdoor zal naar verwachting in de komende maanden een hogere productiviteit gerealiseerd kunnen worden bij volledig BCO en risicogestuurd BCO (ongeveer een kwart). Met de capaciteit op volle sterkte kan half december 3.400 volledige BCO per dag uitgevoerd worden (dit was 2.720 volledig BCO) en 8.250 risicogestuurd BCO (dit was 6.600 risicogestuurd BCO).
- Mochten de besmettingen verder oplopen, kunnen de GGD'en het BCO verder aanpassen om elke besmetting op te volgen met minimaal BCO (13.000 BCO per dag), 'lean' BCO (25.000 BCO per dag) of uitslagen doorbellen (50.000 BCO per dag).
- Met het dalen van het aantal besmettingen per dag en het opschalen van de capaciteit voor het BCO wordt het zicht op het virus verbeterd en kunnen besmettingsroutes worden verbroken.

#### **Nieuwe ontwikkelingen**

##### **A-symptomatisch testen nauwe contacten BCO en na melding via CoronaMelder**

- Streven is per 1 december de personen die als nauw contact voortkomen uit het BCO, of een melding hebben ontvangen via de CoronaMelder, en geen klachten hebben, op de 5<sup>e</sup> dag na het laatste besmettingscontact te testen.

#### **Uniformiteit**

- In het debat van 28 okt is door Klaver c.s. een motie ingediend voor uniformering van het BCO, met waar noodzakelijk ruimte voor maatwerk, voor de verschillende GGD'en.
- BCO wordt door de 25 GGD regio's voor 80-90% volgens dezelfde werkwijze en processen uitgevoerd.
- GGD'en werken aan verdere uniformering.
  - Zo zijn GGD'en best practices aan het toetsen, en als ze een best practice hebben getoetst wordt deze geïmplementeerd in de rest van de GGD regio's.
  - Er wordt gewerkt aan landelijke ICT ondersteuning voor BCO-medewerkers in het gebruik van HP-zone.
  - Er wordt gewerkt aan een digitale oplossing, genaamd GGD Contact, waarmee de besmette persoon in staat wordt gesteld zijn/haar contacten digitaal te sturen aan de BCO medewerker tijdens het eerste gesprek
- BCO zal altijd een deel maatwerk houden, maar wordt met de bovengenoemde processen wel meer geüniformeerd.

## Varianten BCO

Onderdeel	Klasiek (1)	Risicogestuurd Hoog-risico contacten (2)		Risicogestuurd Alleen indexen (3)	Risicogestuurd "Lean" (4)	Alleen uitslagen Doorbellen (5)
		Laag	Hoog			
Prioriteit index						
Indexgesprek	1. Contact leggen	GGD	GGD	GGD	GGD	GGD
	2. Uitslag test en maatregelen toelichten	GGD	GGD	GGD	GGD	GGD
	3. Vragen specifieke risico's (OSIRIS)	GGD	GGD	GGD	GGD	GGD
	4. Brononderzoek	GGD	GGD	GGD	GGD	
	5. Contactonderzoek	GGD	GGD*	GGD		
1e contact contact	4. Contacten Informeren	GGD	Index	GGD*	Index	Index
2e contact index	7. Index opvolgen	GGD				
Vervolg-contact	8. Contacten opvolgen	GGD				
Duur	● 8-12 uur	◐ 4 uur	◑ 1,5-2 uur	○ 1 uur	○ 0,5 uur	

\* Alleen hoogrisico contacten

- **Volledig BCO** vindt plaats conform het RIVM protocol en vormt het uitgangspunt. Met andere vormen van BCO spelen de GGD'en capaciteit vrij om meer BCO op te starten. Zodra de situatie het weer toelaat, zal een regio weer zo snel mogelijk volledig BCO uit te voeren.
- In het **risicogestuurd BCO- hoogrisico contacten** maakt de GGD, conform een handreiking van de artsen IZB, een inschatting welke patiënt zelf zijn contacten kan informeren. En welk geval risico oplevert voor verdere verspreiding van het virus of voor de patiënt zelf. Bij deze risico gevallen wordt het BCO door de GGD op de reguliere wijze opgepakt.
- Voorbeelden van risicogeveallen zijn besmette personen, die:
  - o kans hebben op een ernstig verloop van de infectie;
  - o wonen in een zorgcentrum of AZC;
  - o werken in de zorg;
  - o veel contacten langer dan 15 minuten binnen 1,5meter hebben;
  - o taal- of cultuurbarrière hebben;
  - o werken op een school of kinderdagverblijf;
  - o naar school of kinderdagverblijf gaan.
- **Risicogestuurd alleen indexen:** hier vinden nog steeds intensieve index gesprekken plaats.
- **Risicogestuurd- lean BCO:** waarbij de index zelf de contacten inventariseert en informeert , de focus ligt vooral op het brononderzoek.
- Door de hoge besmettingsdruk kan het zijn dat GGD'en zelfs tijdelijk het lean- BCO niet meer kunnen doen. Om wel zo snel mogelijk het BCO te starten beperken de GGD'en zich dan alleen tot het **doorbellen van uitslagen** en worden besmette personen naar een online uitleg verwezen van de maatregelen.
- In de praktijk blijkt dat GGD-medewerkers alles op alles zetten om tijdens dit gesprek ook de besmette persoon te ondersteunen bij de contactinventarisatie In elke variant wordt een minimale set aan gegevens geregistreerd. Dankzij deze informatie kunnen op een hoger abstractie niveau nog steeds clusteranalyses worden gemaakt.

## Factsheet Inkoop testen

Bijgaand treft u het overzicht van de oploop van de labcapaciteit voor PCR testen en de oploop in het aantal antigeen sneltesten die besteld zijn (d.d. 16 november jl.).

### Hieruit kan het volgende worden geconcludeerd

- Begin december hebben we een voorraad van 9.342.020 antigeen testen.
  - Alle testen die zijn en worden ingekocht zijn gevalideerd voor het testen van mensen met klachten.
  - We hebben het LCH gevraagd om de orders te verhogen in lijn met de nieuwe teststrategie naar 10 miljoen testen per maand vanaf januari tot eind juni.
  - 10 miljoen testen per maand vertaalt zich in ruim 333.000 testen per dag.
  - Hiermee zijn er voldoende testen beschikbaar voor zowel spoor 1 als spoor 2
- 
- Per 1 december zal er een analyse capaciteit zijn voor minimaal 109.000 PCR testen per dag en dit loopt op in medio december op tot een analyse capaciteit voor maximaal 138.000 PCR per dag testen (incl. pooling).
  - NB. De maximum analyse capaciteit voor PCR-testen in het overzicht is nog te onzeker om te noemen, de minimum capaciteit niet.
  - Er worden op dit moment meerdere contracten gesloten en dit zorgt er voor dat de analyse capaciteit nog verder zal oplopen tot minimaal 200.000 PCR testen per dag in januari.
  - De overcapaciteit in analyse kan de regionale laboratoria ontlasten.
  - NB. Voor oploop van PCR capaciteit wordt nog wel 13.000 pooling meegenomen. Inzet hiervan is afhankelijk van de prevalentie van het virus.

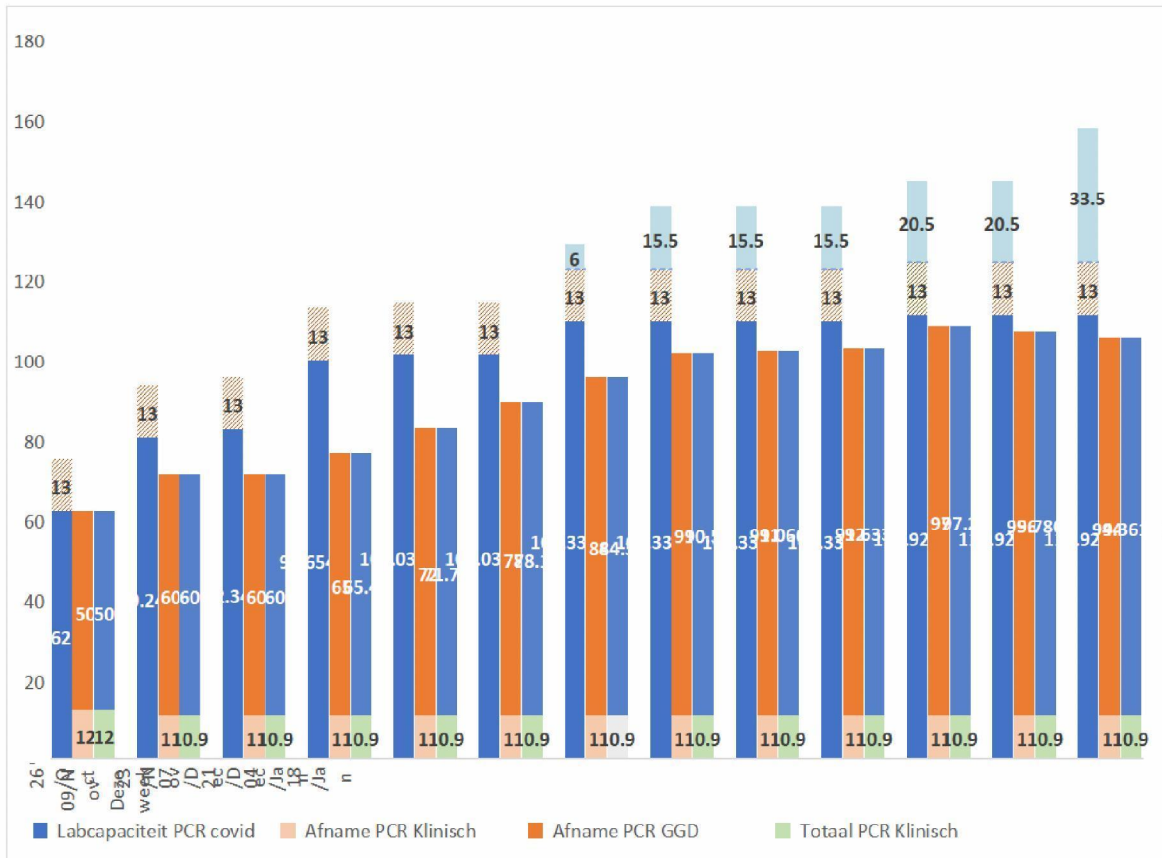
### Nieuwe ontwikkelingen

Andere testen	
<b>LAMP</b>	<p>Per 1 januari 2021 zijn er 60.000 testen per dag beschikbaar. Deze test is net zo betrouwbaar als de PCR-test. Analyse gebeurt echter op locatie waardoor de testresultaten sneller beschikbaar zijn.</p> <p>Zodra de PurePrepTT robot in Amsterdam is gevalideerd, kunnen we met de uitrol beginnen. In eerste instantie zullen er twee analyselijnen in Amsterdam worden neergezet en twee analyselijnen in Utrecht. Als dit allemaal goed verloopt kunnen we in snel tempo verder gaan opschalen naar andere locaties en extra analyselijnen toevoegen op bestaande locaties.</p>
<b>e-Nose</b>	<p>Er zijn 50 e-Nosen beschikbaar die nu gevalideerd worden. Deze test is een pre-analyse die de toestroom naar de PCR zal verminderen (de test geeft aan dat je het niet hebt oftewel dat je geen verdere diagnostiek nodig hebt). Per e-Nose kunnen er ongeveer 10 testen per uur worden afgenomen. Daarnaast zijn er nog 500 e-Nosen besteld. Deze zijn vanaf februari beschikbaar.</p>

## Overzicht inkoop antigeen testen d.d. 16 november

Type antigeentest	Aantal besteld	Gevalideerd
<b>Abbott</b>	13.200.000	Afgerond
<b>BD</b>	9.600.000	Afgerond
<b>Roche</b>	5.1.1c	Afgerond
<b>Mediphos</b>	1.800.000	Afgerond
<b>Quidel</b>	225.000	Afgerond
<i>Totaal</i>	5.1.1c	
	<b>Oploop totale voorraad antigeen sneltesten (zonder afname)*</b>	
Per medio november	6.892.020	
Per 1 december	9.342.020	
Per 1 januari	14.992.030	
Per 1 februari	18.992.040	
Per 1 maart	20.992.050	
Per 1 april	22.992.060	
Per 1 mei	22.992.070	
Per 1 juni	26.992.090	
Per 1 juli	28.992.090	

Overzicht PCR-analysecapaciteit (d.d.12 november)



126 - 155

5.1.2i Concept

## Passage Kamerbrief Testen en Traceren

### Testen en traceren

Om te schetsen hoe het testlandschap, inclusief sneltesten, er uit gaat zien, heb ik uw Kamer een eerste invulling gestuurd van de teststrategie<sup>2</sup>. Deze strategie bestaat uit drie sporen: (1) de basistestinfrastructuur van de GGD, (2) het aanvullende testspoor via bedrijven en instellingen en (3) thuis testen en heeft tot doel infectieziektebestrijding en economisch en maatschappelijk verkeer mogelijk maken. Momenteel zien we dat mensen met klachten gelukkig snel terecht kunnen in de testlocaties van de GGD-en en dat zij ook steeds sneller de uitslag ontvangen. Tegelijkertijd zitten we nog in een gedeeltelijke lockdown en willen we zo spoedig mogelijk terug naar een situatie waarin het economisch en maatschappelijk verkeer weer mogelijk is én we het virus onder controle houden. Op termijn zal vaccinatie hiervoor de oplossing bieden. Tot die tijd kan grootschalig en frequent testen van de Nederlanders in combinatie met bron- en contactonderzoek bijdragen aan het open houden van de samenleving en het zicht houden op het virus. Het grootschalig testen van mensen zonder klachten is een ambitie waar het bedrijfsleven (ook in een recent geïncideerd plan) om heeft gevraagd en die door het kabinet wordt omarmd.

### Doorontwikkeling teststrategie

Ik wil realiseren dat in Nederland het testen op COVID-19 sneller, op meer plekken en bij meer mensen kan plaatsvinden en hiermee wil ik de al eerder aan u gezonden teststrategie verder uitbouwen. Samen met GGD GHOR Nederland, en met hulp van VNO-NCW en Defensie, doe ik al het mogelijke om voldoende (over)capaciteit te creëren, en ik ben blij dat het gezamenlijk bedrijfsleven hier ook de schouders onder wil zetten. Dat gaat stap voor stap en kan niet allemaal in één keer. In deze doorontwikkeling van de teststrategie speelt de invoering van sneltesten een prominente rol, waarbij het motto is: veilig, verantwoord en snel. De volgende mijlpalen staan mij voor ogen en deze zijn ook schematisch afgebeeld in de bijlage:

1. Vanaf 1 december wil ik dat mensen *zonder* klachten, die naar voren komen als nauwe contacten via Bron- en Contactonderzoek (BCO) en/of de CoronaMelder-app, getest kunnen worden. Op basis van het 85<sup>e</sup> OMT-advies van 9 november jl. kunnen deze mensen zich op dag 5 na het laatste blootstellingsmoment laten testen. Bij een negatieve uitslag en zonder klachten kunnen zij vervolgens uit quarantaine als er geen andere redenen zijn om in quarantaine te blijven, mits deze persoon alert blijft op klachten (en zich als die zich voordoen subiet laat testen). Hiermee geef ik invulling aan de motie van de leden Marijnissen en Jetten over het zo spoedig mogelijk starten van het testen van mensen zonder klachten.<sup>3</sup> Voor deze doelgroep zullen PCR- en LAMP-testen worden gebruikt. Om te bepalen of antigeentesten in deze groep kunnen worden gebruikt, zal op enkele plekken een praktijkvalidatie worden uitgevoerd door eerst een dubbele test met de PCR. Wanneer de validatie aangeeft dat de beoordeelde antigeentest geschikt is voor testen van asymptomatische nauwe contacten, kan ook die gevalideerde antigeentest gebruikt worden voor deze doelgroep.
2. Ik onderzoek of het mogelijk is om inkomende reizigers per 15 januari 2021 op dag 5 na aankomst in Nederland te laten testen, zodat hun quarantaine kan worden beëindigd. De LCT zal ik om advies vragen of de testcapaciteit toereikend is voor deze doelgroep, en GGD GHOR Nederland vraag ik om mij te adviseren over de uitvoeringsaspecten, omdat het om een flink aantal vervoersstromen gaat (lucht, openbaar vervoer, auto, zee). Verder op in deze brief zal ik ingaan op mijn bredere inzet op reizen.
3. Vanaf maart 2021 is het de stip op de horizon om in toenemende mate grootschalig testen mogelijk te maken, waarbij uitgegaan wordt van een totale testcapaciteit zodanig dat iedereen in Nederland (*met of zonder* klachten) zich gemiddeld 1 keer per maand kan laten

<sup>2</sup> Kamerstuk 25295 nr. 659

<sup>3</sup> Kamerstuk 25295 nr. 698.

testen (10 miljoen testen per maand). Met nadruk stel ik dat deze ambitie vanaf maart niet gelimiteerd is, ook niet in financiële zin. Om de besmettingsgraad laag te houden en hiermee perspectief bieden voor een zo open mogelijke samenleving wil ik in januari twee experimenten "grootschalig en frequent testen" uitvoeren, waarmee ervaringen opgedaan kunnen worden voor de ambitie vanaf maart. Dit kan hand in hand gaan met het verkleinen van de maatschappelijke impact, door testlocaties voor dit doel in te richten op plekken die hieraan bijdragen. Door deze experimenten kijken we wat de beste aanpak voor grootschalig testen is (welke testen, hoeveel testen, welke logistiek en infrastructuur nodig, wat is het effect op het virus, wat is de maatschappelijke impact, testbereidheid etc.). Ik heb het OMT om advies gevraagd over deze aanpak.

Er is nog erg veel nodig om deze beoogde testafnamecapaciteit te realiseren. Om op méér plekken méér mensen te kunnen testen vanaf 1 maart zullen er aanvullende testafname-aanbieders en -locaties bij moeten komen. Daarvoor heb ik de hulp nodig van GGD-en, werkgevers en ondernemers. Ik ben dan ook blij met de inspanningen die nu al gedaan worden door deze partijen en hoop op hun hulp voor de opgaven die voor ons liggen. In de basistestinfrastructuur (spoor 1) wil ik in elk geval een afname van 175.000 testen realiseren vanaf maart. Dat is echter niet voldoende. Om de bevolking vanaf maart frequent en grootschalig eens per maand te kunnen laten testen is een verdubbeling van die ambitie nodig en daarbij zoek ik nadrukkelijk de samenwerking met de ondernemers, werkgevers, instellingen en VNO-NCW voor het realiseren van meer testafnamecapaciteit. Ik overweeg ook via een aanbesteding een aantal aanbieders van testafname te contracteren, waarmee ik vanaf maart extra aantallen testafnames extra per dag kan waarborgen.

Er zijn ook extra fysieke testlocaties nodig, bijvoorbeeld bij ondernemers en op andere publiek toegankelijke locaties die voldoende ruimte bieden voor het afnemen van testen (bijv. trein- en metrostations, detailhandel etc.). Tot slot is het randvoorwaardelijk dat er een gevalideerde antigeentest is voor mensen zonder klachten en dat er (geschoold) testafnamepersoneel beschikbaar is. De testcapaciteit die door werkgevers wordt gerealiseerd houdt zich al dezelfde doelgroep als XXXXX dit

4. In spoor 2 kunnen bedrijven en instellingen aanvullend nu al testcapaciteit realiseren voor hun werknemers *met* klachten met name met sneltesten, zoals al eerder gemeld. Dit is voor bedrijven van toegevoegde waarde onder andere door minder uitval van personeel en omdat meer economische en maatschappelijke activiteiten mogelijk zijn. Zoals het toegankelijk maken van evenementen. Dit is in ruimere mate mogelijk bij een gevalideerde (antigeen) sneltest voor mensen *zonder* klachten. In januari 2021 kan in dit spoor –zodra we op het niveau "waakzaam" zijn aangekomen - en na beoordeling door het RIVM geëxperimenteerd worden met fieldlabs evenementen. . Bekeken wordt hoe bedrijven in dit spoor maximaal ondersteund kunnen worden. Ook geldt dat de testafname in dit spoor dient te gebeuren binnen de gestelde uitgangspunten voor testlocaties buiten de GGD<sup>4</sup> en andere nader te stellen eisen, bijvoorbeeld uit de komende LCI richtlijn. Hierdoor kan de IGJ ook op dit spoor toezicht houden. Deze uitgangspunten bevatten thema's als kwaliteit en veiligheid, AVG, privacy, registratie en melding van testuitslagen en goede communicatie met de geteste persoon.
5. Tot slot wordt in spoor 3 gewerkt aan de mogelijkheid om thuisafname door een zorgprofessional bij minder mobiele en/of kwetsbare mensen grootschaliger toe te passen. Daarnaast worden in dit spoor de mogelijkheden verkend om op termijn thuistesten op basis van zelfafname mogelijk te maken.

Het kabinet benadrukt hierbij dat testen alleen niet voldoende is: geen enkele test, hoe frequent ook afgenomen, verslaat in zijn eentje het virus. Het gedrag van mensen is en blijft de cruciale factor. Ik blijf oproepen tot naleving van de basismaatregelen. Bereidheid om te laten testen en in (zelf) quarantaine gaan is echt noodzakelijk om deze strategie van testen te laten slagen.

<sup>4</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2020/11/04/uitgangspunten-voor-inzet-testen-op-covid-19-waaronder-antigeensneltesten-buiten-de-ggd-testlocaties>

## Stand van zaken Basis testinfrastructuur (spoor 1)

Afgelopen week zijn in totaal 41.200 COVID-19 testen gemiddeld per dag afgenomen (zorg en GGD). In deze aantallen zitten ook de afnames die zorginstellingen zelf regelen voor hun zorgpersoneel. Bij de GGD'en alleen werden 32.600 testen gemiddeld per dag afgenomen. Dit is 2.500 minder testen dan die week daarvoor. Er is dus een daling te zien in het aantal afgenomen testen. Niet alleen het aantal geteste personen daalt, ook het percentage mensen met een positieve testuitslag is de afgelopen week gedaald van 14,5% in week 45 naar 13,8% in week 46. (zie tabel).

Er kunnen meerdere verklaringen zijn voor de daling van de testaanvragen. Allereerst is de besmettingsgraad gedaald. Daarnaast kan het bijvoorbeeld zijn dat de gedeeltelijke lockdown ervoor zorgt dat mensen toch in quarantaine zijn, niemand ontmoeten en daardoor minder klachten hebben, of dat mensen minder de noodzaak ervaren om zich te laten testen. Bij de GGD'en is voldoende ruimte. Zo kunnen zij aankomende week 79.000 COVID-19 testen afnemen.

In bovengenoemde cijfers zijn de testen in private testlocaties niet meegenomen. In de passage over 'toezicht op testbeleid', ga ik verder in op het testen buiten de GGD-testlocaties en wat dit betekent voor de aantallen testen.

De doorlooptijden zijn op dit moment al gedaald, zie tabel onder "feiten en cijfers". Met name de tijd tussen het maken van een afspraak voor een test en het afnemen van de test is een stuk lager. Omdat we nog niet overal in het land de doorlooptijd van 2x24 uur halen, blijven we werken aan betere doorlooptijden tussen testafname en testresultaat. Ik verwacht dat er eind november ca. 90.000 COVID-19 testen kunnen worden afgenomen door de GGD'en en in het kader van de klinische/kritieke zorg.

Het OMT heeft in zijn advies van 16 november 2020, opnieuw geadviseerd over het testen van kinderen in de basisschoolleeftijd. Voor kinderen (tot en met groep 2 van de basisschool, t/m 6 jaar) blijft het advies gelijk, zij hoeven in principe niet getest hoeven te worden als zij verkoudheidsklachten hebben en/of koorts hebben/benauwdheid zijn. Testen mag wel maar is geen dringend advies, tenzij ze ernstig ziek zijn of uit het bron- en contactonderzoek (BCO) naar voren komen. Kinderen van groep 3 t/m groep 8 (7 t/m 12 jarigen) hoeven ook niet getest te worden wanneer zij alleen verkoudheidsklachten hebben. Ook hier geldt dat testen wel mag maar geen dringend advies is, tenzij het kind ook koorts heeft/benauwd is of anderszins ernstig ziek is, uit BCO naar voren komt of als het kind deel uitmaakt van een uitbraakonderzoek (op advies van GGD).

Zoals bekend worden 19 (X)L locaties gebouwd om te zorgen voor een extra testcapaciteit. Er zijn momenteel twee locaties geopend. Hierdoor kunnen vanaf december zeker 100.000-130.000 testen worden afgenomen via de GGD-testlocaties. Voor eind december zullen alle 19 XL- en L locaties open zijn, waarbij voor een spreiding van de locaties over Nederland gezorgd zal worden zodat 90% van de Nederlanders op ca 30 - 45 minuten rijafstand van een testlocatie woont. Per locatie zal er een mix van testen worden uitgerold in de tijd. De PCR test blijft de basis vormen voor de testafnames, daarna volgen de LAMP test<sup>5</sup> en de antigeen(snel)testen<sup>6</sup>. De ademtest<sup>7</sup> zal daar in een later stadium aan toegevoegd worden, mits deze positief wordt gevalideerd.

<sup>5</sup> De klinische validatie van de LAMP-PCR is afgerond. Het OMT stelt in haar advies van 5 november 2020 vast dat de LAMP-PCR en de reguliere PCR vergelijkbaar presteren. De LAMP-PCR kan betrouwbaar ingezet worden in de testlocaties zonder dat het nodig is om mensen te hertesten.

<sup>6</sup> De klinische validatie van antigeentesten van vijf fabrikanten voor mensen met klachten is afgerond en het OMT stelt in haar advies van 5 november 2020 vast dat deze testen vergelijkbaar presteren en betrouwbaar ingezet kunnen worden bij mensen met klachten. Wel hertest van negatieve testuitslagen bij personen uit medische risicogroepen en zorgmedewerkers. NB: deze antigeentesten zijn nog niet gevalideerd voor screening van mensen zonder klachten.

<sup>7</sup> De klinische validatiestudie naar de ademtest loopt. De verwachting is dat de studieresultaten begin december beschikbaar

Momenteel vindt validatie plaats voor het testen van mensen zonder klachten en er wordt bij de opbouw van de XL- en L testlocaties ook al rekening gehouden met de te verwachte groei van het aantal testen door het toevoegen van het risicogericht testen van mensen zonder klachten. De toezegging aan het lid Heerma om de Kamer te informeren over de stand van zaken rondom de LAMP-test en de ademtest en de aantallen is hiermee afgedaan.

Onderdeel van de basisinfrastructuur is ook het thuis testen. Hiervoor werken veel regionale GGD'en al langer met regionale swabdiensten, die wanneer iemand echt niet naar de GGD-testlocatie kan komen thuis testen afnemen. Dit doet de GGD bijvoorbeeld in samenwerking met wijkverpleegkundigen. Deze mogelijkheid wordt verder uitgebreid en omdat dit gaat over thuis testen licht ik dit nader toe onder spoor 3. De GGD doet echter meer om de wijkgerichte aanpak uit te breiden. Vorige week heeft de GGD 10 mobiele testunits gelanceerd, die per direct inzetbaar zijn. Hiermee zetten zij extra testcapaciteit in, op plekken waar de prevalentie hoog is en/of bij uitbraken. Hoeveel testen via de regionale swabdiensten en via de mobiele testunits worden afgenomen is niet precies bekend en fluctueert, maar het draagt bij aan de fijnmazigheid van het testaanbod. Al deze onderdelen in de basisinfrastructuur moeten het zeker mogelijk maken om per maand een afnamecapaciteit te bewerkstelligen van in totaal 175.000 test per dag.

### **Stand van zaken Testen via werkgevers (spoor 2)**

Met dit spoor maak ik in samenwerking met VNO-NCW, betrokken werkgevers, bedrijfsartsen, arbodiensten en andere zorgprofessionals initiatieven mogelijk die zorgen dat door de inzet van met name antigeentesten werknemers (vooralsnog met klachten) getest kunnen worden. Voor werkgevers *buiten de zorg* moet het begin december mogelijk zijn via het Landelijke Coördinatiepunt Hulpmiddelen (LCH) centraal ingekochte antigeentesten kunnen bestellen en ontvangen. Het blijft tegelijkertijd voor werkgevers mogelijk om zelf gevalideerde testen in te kopen en in te zetten. Bedrijfsartsen, arbodiensten en andere zorgprofessionals zullen in dit spoor bij de uitvoering hiervan een belangrijke rol spelen. Het ministerie van SZW onderzoekt daarom nu ook hoe zij bedrijfsartsen en arbodiensten daar financieel kunnen ondersteunen. Dit dient indirect ook als stimulans voor werkgevers om mee te doen, een deel van de kosten wordt daarmee vergoed. Om werkgevers nog verder te helpen wordt er in samenwerking met EZK en VNO NCW ook gewerkt aan een helpdesk en een 'toolkit': werkinstructies, lay-out van analyseruimtes, medisch-inhoudelijke richtlijnen en persoonlijke beschermingsmiddelen om in de praktijk te kunnen testen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de ervaringen die de GGD'en het afgelopen jaar hebben opgedaan. Ook is hulp mogelijk bij het vinden en/of opleiden van (test)personeel. Ik hecht er aan dat testen op basis van vrijwilligheid geschiedt en dat binnen de reguliere arbeidsverhoudingen afspraken dienen te worden gemaakt tussen werkgevers en werknemers over testen.

Voor de *zorgaanbieders* is het sinds vorige week mogelijk om de antigeensneltesten te bestellen via het LCH. Daarnaast is bij een negatieve antigeen(snel)testen in de zorgsetting, voor zorgmedewerkers en personen uit medische risicogroepen, een PCR-test ter herbevestiging nodig, conform advies van het 87<sup>e</sup> advies van het OMT. De reden dat we de zorgaanbieders toch voorzien van deze antigeen(snel)testen, is op verzoek van de sector zelf. Een positieve uitslag is immers betrouwbaar en daardoor kan sneller duidelijk worden dat er sprake is van een besmetting.

Het blijft, zoals ik in mijn voorgaande brief aangaf, van groot belang dat zowel door zorgaanbieders als door werkgevers buiten de zorg aan bepaalde voorwaarden en eisen wordt voldaan. Daarom heb ik – in overleg met het RIVM, IGJ en GGD GHOR Nederland – de uitgangspunten<sup>9</sup> waaronder getest mag worden op COVID-19 (zowel PCR als antigeen(snel)testen) buiten de GGD-testlocaties nogmaals op een rijtje gezet. Hiermee is het voor iedereen duidelijk

komen. Afhankelijk van de uitkomsten kan bepaald worden in welke doelgroepen en settings deze ademtesten ingezet kunnen worden.

<sup>9</sup> Uitgangspunten voor inzet testen op COVID-19 (waaronder antigeen(snel)testen) buiten de GGD-testlocaties. Beschikbaar via

waar aan moet worden voldaan als partijen zelf testen willen gaan afnemen. Deze uitgangspunten lopen vooruit op de LCI-richtlijn die eind deze maand wordt gepubliceerd. In deze richtlijn gaat het RIVM vooral in op de medische eisen waaraan het testen moet voldoen. Daarin gaan zijn ook in op welke wijze zowel de positieve als de negatieve testuitslagen gemeld kunnen worden aan de GGD. Vooruitlopend daarop heeft het RIVM samen met het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) al een bericht naar buiten gebracht aan de arbo-professionals over de inzet van antigeensneltesten bij bedrijven/instellingen en de rol van de bedrijfsarts daarin. In de uitgangspunten en ook in de richtlijn, is aandacht voor het melden van de (positieve) gevallen aan de GGD. Om dit te vergemakkelijken werkt GGD GHOR Nederland nu hard aan een zogenaamde interface voor het IT-systeem van de GGD'en. Half december is deze interface technisch gereed om getest te worden op alle veiligheidsaspecten; vanaf medio december moet melding op deze manier mogelijk zijn. Op deze manier kan deze informatie dan ook makkelijker gedeeld worden met het RIVM zodat zicht kan worden gehouden op het virus.

### Stand van zaken Thuis testen (spoor 3)

In het derde spoor worden de mogelijkheden verkend voor testen in de thuissituatie. Met de komst van de antigeentesten wordt het mogelijk om mensen te testen tegen beperkte kosten en met eenvoudige voorzieningen, omdat een laboratoriumomgeving geen vereiste meer is. Een aantal testen is inmiddels gevalideerd in een ziekenhuisomgeving waarbij monsters werden afgenomen door een deskundig persoon. De vraag is nu, of deze testen ook thuis in te zetten zijn: ofwel als thuisafname door een deskundig persoon, al dan niet geanalyseerd op locatie, ofwel als zelfafname, door de burger zelf. En ook in situaties zonder klachten. In dit spoor zal de komende maanden daarom nader gekeken worden naar de juridische voorwaarden die hier dienen te gelden, maar ook naar de benodigde informatietechnologie en communicatie, de benodigde vormen van instructie, en hoe registratie van de aanmelding en het testresultaat geborgd kan worden. In verband met thuisafname door professionals wordt de komende weken, in een samenwerking tussen private partijen en publieke instanties, een proef gestart in een aantal regio's, om kwetsbare of minder mobiele mensen thuis te laten testen.

### Feiten en Cijfers

#### Feiten en cijfers over testen en traceren de afgelopen 3 weken

Indicator	Week 44	Week 45	Week 46
<b>Omvang</b>			
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en overige/kritieke zorg)(2)	381.500 totaal per week 54.500 gemiddeld per dag	322.000 totaal per week 46.000 gemiddeld per dag	288.400 totaal per week 41.200 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD testlocaties (2)	295.400 testen per week 42.200 gemiddeld per dag	245.700 testen per week 35.100 gemiddeld per dag	228.200 testen per week 32.600 gemiddeld per dag
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten (3)	64.087 meldingen bij het RIVM 48.495 positieven uit de GGD-testlocaties 16,6% positieven in de GGD-testlocaties.	43.621 meldingen bij het RIVM 35.349 positieven uit de GGD-testlocaties. 14,5% positieven in GGD-testlocaties	37.706 meldingen bij het RIVM 31.219 positieven uit de GGD-testlocaties. 13,8% positieven in GGD-testlocaties
Aantal en percentage opgestarte en	83,3% van de contactinventarisaties i.h.k.v. BCO is	85,4% van de contactinventarisaties i.h.k.v. BCO is	87,9% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/11/04/uitgangspunten-voor-inzet-testen-op-covid-19-waaronder-antigeensneltesten-buiten-de-ggd-testlocaties>

afgeronde BCO(3)	uitgevoerd, 52.402 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen in verband met registratie achterstanden.	uitgevoerd, 37.127 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen in verband met registratie achterstanden.	uitgevoerd, 32.489 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen in verband met registratie achterstanden.
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen(4)	32% (onderzoek tussen 30 september en 4 oktober)	32% (onderzoek tussen 30 september en 4 oktober)	32% (onderzoek tussen 30 september en 4 oktober)
<b>Effectiviteit</b>			
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname (5)	21,5 uur	9,5 uur	8,8 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag (5)	35,3 uur	30,2 uur	28,3 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafpraak en testuitslag (5)	56,8 uur	39,7 uur	37,1 uur
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) (5)	30,0 uur	25,5 uur	23,5 uur

2: Bron: CoronIT en LCDK lab-uitvraag (10/10/2020)

3: Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (10/11/2020).

4: Bron: Gedragsonderzoek RIVM & GGD via <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden>

5: Bron: GGD-GHOR CoronIT Week 44 en 45 (11/11/2020)

## Laboratorium capaciteit PCR-testen

Naast het afsluiten van overeenkomsten met meerdere laboratoria voor de afname van PCR-laboratoriumcapaciteit, het voeren van gesprekken met partijen over hoogvolume laboratoria in Nederland en het ondersteunen van een pilot met een PCR-robot, hebben we afgelopen zomer een aanbesteding uitgevoerd voor het poolen door labs. Deze contracten gaan deze maand in. De PCR-robot wordt in december geïnstalleerd en beproefd met monsters van het RIVM en een GGD-locatie. In de loop van januari komt deze robot beschikbaar voor het produceren van 10.000 tot 20.000 PCR-tests per etmaal.

## Toezicht op testen en testbeleid

Voor alle partijen die testen geldt uiteraard dat ze zich aan wet- en regelgeving moeten houden. Het testen op COVID-19 dient onder toezicht van een arts plaats te vinden en COVID-19 is een meldingsplichtige ziekte wat betekent dat melding bij de regionale GGD van positieve gevallen verplicht is. Om dit nogmaals duidelijk te maken heb ik, zoals eerder in deze brief vermeld, vorige week een compleet overzicht van uitgangspunten online<sup>9</sup> gezet. Daarnaast brengt het RIVM eind

<sup>9</sup> Uitgangspunten voor inzet testen op COVID-19 (waaronder antigeen(snel)testen) buiten de GGD-testlocaties. Beschikbaar via

deze maand een LCI-richtlijn uit en werkt de GGD aan het eenvoudiger mogelijk maken van het melden van testuitslagen aan het IT-systeem van de GGD. In de afgelopen 2 weken heeft de IGJ met websearch en signalen van GGD'en naar nieuwe aanbieders van private testlocaties gezocht en blijft dat de komende tijd ook doen. Aan nieuwe aanbieders zijn brieven verzonden met daarin een aantal vragen. De reacties worden geanalyseerd en zijn input voor keuzes in het toezicht aan locaties. De GGD'en krijgen van steeds meer private teststraten de positieve testuitslagen door. De GGD'en geven aan dat het merendeel van deze partijen doorgaans welwillend is om aan de gestelde eisen te voldoen en voeren doorgaans aanpassingen op verzoek van de GGD'en snel door. Naast toezicht op private aanbieders houdt de IGJ ook toezicht op de testlocaties die onder de GGD vallen en op laboratoria. De IGJ krijgt vanuit verschillende partijen en personen meldingen over afnamepunten. In een aantal gevallen is direct contact gelegd met de aanbieder en heeft deze aanbieder het product van de markt gehaald of het handelen aangepast om te voldoen aan geldende regels. In overleg met de GGD'en is een vereenvoudigd meldformulier ontwikkeld en aan alle GGD'en toegestuurd waarmee GGD'en makkelijker zelf melding kunnen doen bij het meldpunt van de IGJ. De IGJ gaat uiteraard verder met het toezicht op testen, zowel binnen als buiten de GGD-testlocaties, en zal wanneer dat nodig is ook handhavend optreden.

### **Zicht op testuitslagen en testvraag buiten de GGD-testlocaties**

Het is niet zo dat we nu helemaal geen zicht hebben op de uitslagen van testen die niet via de GGD-testlocaties plaatsvinden. Van testen die worden gedaan bij zorginstellingen zelf, zowel het personeel als patiënten en cliënten, hebben we de aantallen grotendeels in beeld. In totaal ging dit vorige week om circa 80.000 tests per week. Van deze tests krijgen de GGD'en doorgaans de positieve testuitslagen door. Er zijn daarbij ook commerciële partijen die positieve uitslagen melden. Dit blijkt ook uit de cijfers van het RIVM, ongeveer een kwart van de meldingen die bekend zijn bij RIVM komen van buiten de GGD-teststraten, dit is inclusief de zorg en commerciële partijen. Voor week 45, de laatste week die een redelijk compleet beeld geeft vanwege nagekomen meldingen, zijn er 43.621 personen gemeld met een positieve testuitslag, waarvan er 35.349 afkomstig zijn van de GGD-testlocaties. Het is lastig aan te geven welke informatie we missen, maar met de ingezette acties, namelijk het publiceren van de uitgangspunten, de aankomende LCI-richtlijn, het eenvoudiger melden van testuitslagen aan het IT-systeem van de GGD en het toezicht van de IGJ zal het beeld steeds completer worden.

### **Regie Testketen**

De landelijke regie op de testcapaciteit en testketen door de LCT is versterkt en uitgebreid. Voor de uitvoering van de drie sporen van de teststrategie zijn onder de LCT drie (stuur)groepen ingericht, waarin betrokken partijen samenwerken. Bovendien is onder de LCT de stuurgroep sneltesten opgericht, die stuurt op adequate validatie en implementatie van innovatieve testen en testmethoden. Voor de versterking van een toekomstbestendige digitale ondersteuning wordt een nieuwe stuurgroep ingericht. Met de uitvoeringpartners wordt gestuurd op het vergroten van de testafnamecapaciteit door extra teststraten en testtypen (spoor 1), testafname bij of door werkgevers (spoor 2) en bij de mensen thuis (spoor 3).

De Dienst Testen i.o. heeft opdracht gekregen om ruim voldoende testcapaciteit te realiseren door inkoop van laboratoriumcapaciteit, testmaterialen en (snel)testen en om de beschikbare laboratoriumcapaciteit over de testafnamelocaties te verdelen. De Dienst zorgt daarnaast voor onderlinge operationele afstemming tussen de onderdelen in de testketen. De LCT heeft opdracht gegeven aan de Dienst Testen i.o. om een betrouwbare informatiestroom over de uitvoering van het testbeleid. Deze 'Cockpit Testen en Traceren' zal helpen goed geïnformeerde beleidskeuzes te maken ten aanzien van het testbeleid en de teststrategie. Hierin worden getallen van GGD'en, RIVM, de Dienst Testen i.o. & VNO-NCW samengebracht voor een compleet beeld van de testketen. Naar verwachting kan dit integrale cijfermatige beeld van de testketen in december in

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/11/04/uitgangspunten-voor-inzet-testen-op-covid-19-waaronder-antigeensneltesten-buiten-de-ggd-testlocaties>

gebruik genomen worden. Het resultaat is dat de LCT de grip op de testketen versterkt en kan inspelen op nieuwe initiatieven en innovaties. 5.1.2e heeft als voorzitter van de LCT tevens aanzet gegeven tot het opstellen van een convenant om de onderlinge samenwerking van ketenpartners te bekrachtigen.

## Bron- en contactonderzoek (BCO)

Door de hoge aantallen besmettingen van de afgelopen tijd, hebben GGD'en veel ervaring opgedaan met de uitvoering van bron- en contactonderzoek. BCO wordt door de 25 GGD regio's voor 80-90% volgens dezelfde werkwijzen en processen uitgevoerd. Ook de medewerkers die in de landelijke schil worden opgeleid, werken volgens deze zelfde processen. GGD'en geven aan dat er ruimte is voor verdere uniformering. GGD'en zijn best practices aan het toetsen, en aan het implementeren om deze uniformiteit te bereiken. Verbetering zit in de toedeling van de casuïstiek en een efficiëntere werkverdeling, denk aan moeilijke casussen voor de zeer ervaren medewerker, inzet van vrijwilligers van het Rode Kruis voor nabellen van de contacten die in quarantaine zitten. Hiermee kan uitwisseling tussen regio's en inzetbaarheid van medewerkers verder worden verbeterd. Verder wordt gewerkt aan landelijke ICT-ondersteuning voor BCO-medewerkers in het gebruik van HP-zone. Tevens is GGD GHOR Nederland opdrachtgever voor de digitale oplossing, genaamd GGD Contact, waarmee de besmette persoon in staat wordt gesteld zijn/haar contacten digitaal te sturen aan de BCO-medewerker tijdens het eerste gesprek. Om deze aantallen volledig BCO daadwerkelijk te kunnen realiseren moet de besmettingsgraad verder omlaag.

Voor verdere informatie over GGD Contact verwijs ik u naar *GGD Contact Voortgang tweede digitale oplossing, Corona Melder*. Deze digitale aanvulling op het BCO-proces vermindert, naar verwachting, de handelingen van de BCO-medewerker en versnelt de contactinventarisatie. GGD GHOR Nederland is bezig met een efficiëncyslag van verschillende acties om hun BCO proces efficiënter en uniformer in te richten. Hierdoor zal naar verwachting in de komende maanden een hogere productiviteit gerealiseerd kunnen worden bij volledig BCO en risicogestuurd BCO. Met de capaciteit op volle sterkte kan half december 3.400 volledige BCO per dag uitgevoerd worden (dit was 2.720 volledig BCO) en 8.250 risicogestuurd BCO (dit was 6.600 risicogestuurd BCO). Mochten de besmettingen verder oplopen, kunnen de GGD'en het BCO verder aanpassen om elke besmetting op te volgen met minimaal BCO (13.000 BCO per dag), 'lean' BCO (25.000 BCO per dag) of uitslagen doorbellen (50.000 BCO per dag).

In elke variant wordt een minimale set aan gegevens geregistreerd. Dankzij deze informatie kunnen op een hoger abstractie niveau nog steeds clusteranalyses worden gemaakt. Het bron- en contactonderzoek zal (en moet) altijd voor een deel maatwerk blijven. Bijvoorbeeld om in te spelen op lokale uitbraken en brandhaarden of omdat specifieke bevolkingskenmerken in de verschillende regio's een andere aanpak vraagt. Met bovenstaande acties worden werkprocessen geüniformeerd en het maatwerk beperkt tot het noodzakelijke, afgestemd op de lokale situatie. Hiermee wordt invulling gegeven aan de motie Klaver c.s.<sup>10</sup> over uniformering van het bron- en contactonderzoek bij de verschillende GGD regio's, met waar noodzakelijk ruimte voor maatwerk. Het asymptomatisch testen per 1 december zal leiden tot het vinden van meer positieven, die opgevolgd moeten worden met een BCO. Het exacte aantal is afhankelijk van de prevalentie per 1 december en de besmettingsgraad onder de doelgroep 'asymptomaten'. Deze extra BCO's zullen opgevangen moeten worden door de beschikbare BCO-capaciteit.

## Overige onderwerpen

Door het lid Kuzu (DENK) is tijdens het afgelopen COVID-19 debat gevraagd naar de omgang met lichaamsmateriaal en DNA-gegevens dat is verzameld bij de testen op COVID-19. Zoals ik tijdens het debat heb aangegeven, gaan de GGDen en laboratoria zorgvuldig om met dit soort bijzondere persoonsgegevens en lichaamsmateriaal. Hoelang een laboratorium het wattenstaafje met de gegevens bewaart, hangt af van de testuitslag. Als een testuitslag negatief is, zal het monster van de test binnen een paar dagen worden vernietigd. Wanneer een testuitslag positief is, kan het laboratorium het testmateriaal tot drie maanden bewaren. Het laboratorium gebruikt het testmateriaal om te onderzoeken hoe het virus zich verspreidt. Ook kan geanonimiseerd materiaal

<sup>10</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 685

door andere onderzoekers worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. GGD'en en laboratoria handelen hierbij vanuit de wettelijke voorschriften zoals onder andere in de Wet PG, WGBO, de AVG en UAVG zijn vastgelegd.

In het debat heb ik u ook in herinnering gebracht dat ik momenteel werk aan het wetsvoorstel Wet zeggenschap lichaamsmateriaal (Wzl) en heb toegezegd in deze brief terug te komen op hoe dit wetsvoorstel in elkaar zit. Met de Wzl werk ik toe naar een sluitend en volledig wettelijk kader voor handelingen met lichaamsmateriaal dat in de geneeskunst of op het terrein van medisch- en biologisch-wetenschappelijk onderzoek beschikbaar komt. Ik streef met deze wet een aantal doelen na. Ten eerste wil ik de zeggenschap over ons lichaamsmateriaal versterken en in balans brengen met andere doelen van grote maatschappelijke waarde, zoals medisch-wetenschappelijk onderzoek of kwaliteitsbewaking in de zorg. Ten tweede borgt de Wzl de zorgvuldige omgang met lichaamsmateriaal, onder meer door de plicht van medisch-ethische toetsing voorafgaand aan afnames voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek en gebruik van reeds afgenomen lichaamsmateriaal voor concreet wetenschappelijke onderzoek. Ten derde creëert de Wzl duidelijkheid over en eenduidigheid in de omgang met lichaamsmateriaal, bijvoorbeeld door regels te stellen voor situaties die nu tussen verschillende wettelijke kaders vallen en daarmee ongereguleerd zijn. Over de precieze werking van het wetsvoorstel vraag ik nog even uw geduld. Momenteel ligt het wetsvoorstel voor advies bij de Afdeling Advisering van de Raad van State. Ik verwacht begin 2021 het wetsvoorstel aan uw Kamer te zenden.

Aan het lid van Van Haga heb ik toegezegd te zorgen dat alle informatie op de site, zowel die van het RIVM als die van de rijksoverheid, altijd accuraat en openbaar is, zodat deze voor een ieder is terug te vinden. Het RIVM heeft haar webpagina met informatie over de PCR geactualiseerd en daar ook veelgestelde vragen en stukken aan toegevoegd over de betrouwbaarheid van de PCR. Op rijksoverheid.nl geven we basisinformatie en verwijzen we naar de RIVM-website. Daarmee is deze toezegging afgedaan.

Tot slot heeft minister Van Ark in het AO van donderdag 12 november jl. aangegeven te zullen reageren op een artikel van *Follow the Money* over vrijgevestigde artsen die goed geld verdienen met het afnemen van testen en de coronacrisis. Minister Van Ark zal de beantwoording op Kamervragen hierover zo spoedig mogelijk naar uw Kamer sturen.

## 7. Vaccins

### Factsheet COVID-19 vaccinatie – Stand van Zaken

17-11 (debat)

<b>Onderwerp:</b>	
Kernboodschap	<p>Voor de implementatie van de COVID-19 vaccinatie worden samen met het RIVM en andere relevante partijen gewerkt aan verschillende actielijnen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opslag, distributie en aanverwante logistieke zaken</li> <li>2. Centrale registratie COVID-19 vaccinatie</li> <li>3. Uitvoering (welke partijen verzorgen vaccinatie en voor welke doelgroepen)</li> <li>4. Monitoring en veiligheidsbewaking</li> <li>5. Communicatie en aanpak desinformatie</li> <li>6. CAS/BES</li> </ol>
Argumentatie	<p><b>1. Opslag, distributie en aanverwante logistieke zaken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het RIVM heeft extra ultralow-vriezers aangeschaft om de opslagcapaciteit te verhogen voor vaccins die op – 80 graden moeten worden bewaard. Deze faciliteiten zijn eind december gereed.</li> <li>- Het RIVM spreekt met verschillende partijen uit de transportsector voor de distributie van vaccins. Voor het transport naar vaccinatielocaties zijn afspraken gemaakt met één partij.</li> <li>- Het RIVM is in overleg met defensie over de mogelijke rol van defensie in de distributie. Ook worden met verschillende partijen afspraken gemaakt over de beveiliging.</li> <li>- Er is een overheidsbrede werkgroep gestart voor het borgen van de fysieke veiligheid rondom het transport van vaccins, vertegenwoordigd door NCTV, Politie, J&amp;V, I&amp;W en Veiligheidsregio's.</li> </ul> <p><b>2. Centrale registratie COVID-19 vaccinatie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een goede registratie van de COVID-19 vaccinatie is belangrijk voor de monitoring van eventuele bijwerkingen, onderzoek naar de effectiviteit van vaccins en het verkrijgen van zicht op de vaccinatiegraad. Centrale registratie heeft daarin sterk de voorkeur.</li> <li>- We werken aan een koppeling van de registratiesystemen van mogelijke uitvoeringspartijen.</li> </ul> <p><b>3. Uitvoering (welke partijen verzorgen vaccinatie en voor welke doelgroepen):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een besluit over de selectie van doelgroepen voor de eerste fase van COVID-19 vaccinatie volgt na oplevering advies Gezondheidsraad. Dat wordt deze week verwacht.</li> <li>• Anticiperend op het advies van de GR heeft het RIVM een</li> </ul>

	<p>scenarioverkenning uitgevoerd met mogelijke uitvoerders van de vaccinatie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medische risicogroepen en ouderen (leeftijdsgrens afhankelijk van GR-advies) extramuraal: huisartsen.</li> <li>- Medische risicogroepen en ouderen (...) intramuraal: instellingsartsen</li> <li>- Zorgverleners: werkgevers en arbodiensten/arboartsen</li> <li>- Overige groepen: GGD-en</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VWS en RIVM voeren momenteel gesprekken met bovengenoemde partijen.</li> <li>• De GGD'en arbodiensten hebben commitment toegezegd, al dient nog verder te worden uitgewerkt hoe de uitvoering kan worden georganiseerd.</li> <li>• De huisartsen (LHV) willen besluit laten vallen op de ledenvergadering van 24 november. Zij hebben een lijst met randvoorwaarden gedeeld, die lijkt grotendeels overbrugbaar.</li> <li>• De arboartsen hebben aangegeven een rol te willen spelen in de vaccinatie van het zorgpersoneel. Voor de centrale registratie zitten hier nog grote uitdagingen in, aangezien de arboartsen gebruik maken van veel verschillende particuliere registratiesystemen.</li> </ul> <p><b>4. Monitoring en veiligheidsbewaking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Goede registratie is van groot belang voor de monitoring en veiligheidsbewaking tijdens en na de vaccinatiefase.</li> <li>- Bijwerkingencentrum Lareb zorgt er in samenwerking met het RIVM en het CBG voor dat de gezondheid van mensen die een vaccin toegediend krijgen goed gemonitord wordt.</li> <li>- Het Lareb bereidt zich voor op een toename aan meldingen, welke naar verwachting gepaard gaan bij de komst van een nieuw vaccin.</li> </ul> <p><b>5. Communicatie en aanpak desinformatie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- We werken aan een brede publiekscommunicatie. Het gaat hierbij o.a. om een brede publiekscampagne, informatieverstrekking over feiten en cijfers van de vaccins en de dialoog met de samenleving.</li> <li>- Campagnestrategie professionals: Het RIVM ontwikkelt momenteel een campagnestrategie voor professionals. Pijlers daarbij zijn o.a. een heldere kernboodschap en framing, deskundigheidsbevordering, de inzet van ambassadeurs en opinieleiders en actief optreden tegen misinformatie door professionals.</li> <li>- Aanpak desinformatie: We hebben gesproken met de denktank desinformatie. Daarnaast brengen we experts op het gebied van desinformatie bij elkaar om een strategie te ontwikkelen voor de aanpak van desinformatie rondom COVID-19 vaccinatie.</li> </ul> <p><b>6. CAS/BES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De landen maken samen met het RIVM en directie Zorg en Jeugd Caribisch Nederland een uitvoeringsplan voor de vaccinatie.</li> <li>- De CAS/BES-landen zijn door het RIVM gevraagd te inventariseren wat wel en niet aanwezig is voor de vaccinatie.</li> <li>- Het RIVM stelt kaders op waaraan de landen dienen te voldoen voordat vaccins die kant op worden gestuurd, zodat de vaccins ook met succes toegediend kunnen worden.</li> <li>- Met de landen is afgesproken dat het RIVM de vaccins levert, maar dat de landen verder verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de vaccinatie.</li> </ul>
--	--

Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)																																			
Feiten&cijfers	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="501 512 703 573">Bedrijf</th> <th data-bbox="703 512 847 573">EU basis- levering</th> <th data-bbox="847 512 991 573">3,89% aan NL</th> <th data-bbox="991 512 1118 573">Hoeveel NL'ers</th> <th data-bbox="1118 512 1326 573">Fase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="501 573 703 607">AstraZeneca</td> <td data-bbox="703 573 847 607"></td> <td data-bbox="847 573 991 607" rowspan="6" style="text-align: center;">5.1.1c</td> <td data-bbox="991 573 1118 607"></td> <td data-bbox="1118 573 1326 607">Contract rond</td> </tr> <tr> <td data-bbox="501 607 703 640">BioNtech Pfizer</td> <td data-bbox="703 607 847 640"></td> <td data-bbox="991 607 1118 640"></td> <td data-bbox="1118 607 1326 640">Contract rond</td> </tr> <tr> <td data-bbox="501 640 703 674">Moderna</td> <td data-bbox="703 640 847 674"></td> <td data-bbox="991 640 1118 674"></td> <td data-bbox="1118 640 1326 674">Verk gespr rond</td> </tr> <tr> <td data-bbox="501 674 703 707">Janssen</td> <td data-bbox="703 674 847 707"></td> <td data-bbox="991 674 1118 707"></td> <td data-bbox="1118 674 1326 707">Contract rond</td> </tr> <tr> <td data-bbox="501 707 703 741">Curevac</td> <td data-bbox="703 707 847 741"></td> <td data-bbox="991 707 1118 741"></td> <td data-bbox="1118 707 1326 741">Verk gespr rond</td> </tr> <tr> <td data-bbox="501 741 703 757">Sanofi</td> <td data-bbox="703 741 847 757"></td> <td data-bbox="991 741 1118 757"></td> <td data-bbox="1118 741 1326 757">Contract rond</td> </tr> </tbody> </table>	Bedrijf	EU basis- levering	3,89% aan NL	Hoeveel NL'ers	Fase	AstraZeneca		5.1.1c		Contract rond	BioNtech Pfizer			Contract rond	Moderna			Verk gespr rond	Janssen			Contract rond	Curevac			Verk gespr rond	Sanofi			Contract rond				
Bedrijf	EU basis- levering	3,89% aan NL	Hoeveel NL'ers	Fase																															
AstraZeneca		5.1.1c		Contract rond																															
BioNtech Pfizer				Contract rond																															
Moderna				Verk gespr rond																															
Janssen				Contract rond																															
Curevac				Verk gespr rond																															
Sanofi				Contract rond																															
Overig (zoals heikele punten en pers)																																			

168 - 175

5.1.2i Concept

## Factsheet Innovatieve Behandelingen Covid-19 Stavaza per 16-11-2020

Onderwerp: Innovatieve Behandelingen Covid-19								
<b>Kernboodschap</b>	<p>We hopen allemaal dat er snel een vaccin wordt gevonden dat voorkomt dat we ziek worden. Dat kan echter nog wel enige tijd duren. In de tussentijd doen we er alles aan om behandelingen te vinden waarmee (vooral) onze kwetsbare mensen beter en sneller herstellen van een COVID-19 besmetting.</p> <p>Onze strategie daarbij is:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het mogelijk maken van onderzoek (<i>inmiddels € 83 miljoen COVID-19 breed</i>)</li> <li>2. Het identificeren van kansrijke innovatieve behandelingen door een onafhankelijk Adviespanel</li> <li>3. Behandelingen verder helpen waar mogelijk (<i>bijv. € 10 miljoen voor inzamelen bloedplasma + nu 6,3 miljoen erbijvoor de productie, distributie en het onderzoek naar plasmaproduct met antistoffen</i>) en</li> <li>4. Zorgen dat behandelingen zo snel mogelijk beschikbaar komen voor patiënten (<i>bijv. Remdesivir inkoop via EU voor Nederland</i>)</li> </ol> <p>Wij geven dit een verdere impuls door:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Focus aan te brengen op prioritaire kansrijke behandelingen</li> <li>2. in te zetten op het versnellen van ontwikkelingen in het bedrijfsleven</li> <li>3. In te zetten op vervolgacties van ontdekkingen uit de eerste gesteunde onderzoeken</li> <li>4. Proactief voor te sorteren op inkoop/aanleggen van voorraden potentiële COVID-19 medicijnen.</li> </ol> <p>Langs deze lijnen werken samen met o.a. de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), ZonMw, topsector Life Sciences and Health (LSH – via Health Holland) en het Adviespanel Innovatieve Behandelingen aan het verbeteren van de behandeling van coronapatiënten.</p>							
<b>Argumentatie</b>	<p><b>Adviespanel Innovatieve Behandelingen COVID-19</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het onafhankelijke <b>Adviespanel Innovatieve Behandelingen COVID-19</b> bestaat uit 8 wetenschappers en klinici. Het panel geeft duiding aan (inter)nationale studies naar potentiële behandelingen</li> <li>- Het Adviespanel heeft aangegeven dat onze focus moet liggen op de meest kansrijke behandelingen op dit moment – waarbij snelle beschikbaarheid voor de patiënt, met oog voor verschillende doelgroepen - van het grootste belang is. Toepassing van bestaande middelen verdient daarbij de meeste aandacht, aangezien deze sneller in de praktijk gebruikt kunnen worden.</li> <li>- Op dit moment kijkt het panel naar de laatste update van de Horizonscan van het Zorginstituut, een overzicht van de geneesmiddelen voor COVID-19 die in ontwikkeling zijn. Per casus wordt door het adviespanel gezien wanneer en op welke manier de overheid kan helpen om een kansrijk middel zo spoedig mogelijk beschikbaar te krijgen voor patiënten in Nederland.</li> </ul> <p><b>Antivirale middelen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Remdesivir</b> is één van de middelen waarmee Covid-19-patiënten worden behandeld.</li> <li>- Vraag en aanbod kunnen steeds beter op elkaar worden afgestemd.</li> <li>- Sinds 8 oktober is er meer perspectief ten aanzien van de leveringszekerheid van remdesivir. De EC heeft via een Joint Procurement procedure een overeenkomst gesloten met de fabrikant Gilead. Dit is aangevuld met een landspecifiek contract waarmee Nederland vanaf oktober structureel verzekerd is van maandelijks leveringen remdesivir.</li> <li>- De fabrikant geeft aan hard te werken aan een verhoging van de productie en verwacht nu voldoende capaciteit te hebben om aan de (oplopende) wereldwijde vraag te kunnen voldoen.</li> <li>- Specifieke aantallen m.b.t. remdesivir doses:</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Maand</th> <th style="width: 33%;">Levering aan NL</th> <th style="width: 33%;">Uitgeleverd aan ziekenhuizen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oktober</td> <td>25.050 vials</td> <td>14.853 vials</td> </tr> </tbody> </table>		Maand	Levering aan NL	Uitgeleverd aan ziekenhuizen	Oktober	25.050 vials	14.853 vials
Maand	Levering aan NL	Uitgeleverd aan ziekenhuizen						
Oktober	25.050 vials	14.853 vials						

November	30.000 vials (bestelling)	3.931 vials (t/m 12/11)
December	30.000 vials (bestelling)	

- De gezamenlijke overeenkomst van de EC voorziet in ieder geval vanaf januari in de mogelijkheid om meer dan 880.000 doses per maand aan te kopen.
- In ziekenhuizen blijft remdesivir – volgens de SWAB - een behandeloptie voor coronapatiënten.

**Dexamethason/ corticosteroiden:**

- Dexamethason is een bestaande ontstekingsremmer (bijnierschors hormoon - corticosteroïd) die wordt gebruikt bij patiënten met bijvoorbeeld ernstige astma of kanker. Het middel is ook voor de behandeling van COVID-19 geregistreerd.
- Met dit middel zijn in verschillende studies goede resultaten geboekt. Voorraad is recent gecheckt en er wordt geen dreiging van een tekort voorzien, ook niet in relatie tot een groeiende vraag gezien de tekorten van remdesivir.
- Het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) heeft samen met de commissie SWAB (die behandeladviezen opstelt voor COVID-19 medicatie) een behandeladvies uitgebracht en behandelaren en ziekenhuizen geïnformeerd.

**Plasma / convalescent plasma**

- Plasma van donoren die hersteld zijn van COVID-19 kan antilichamen bevatten tegen het coronavirus die kunnen helpen het virus te onderdrukken en de ontstekingsreactie te wijzigen.
- Er zijn internationaal onvoldoende wetenschappelijke gegevens voor of tegen het gebruik van COVID-19-herstelplasma voor de behandeling van COVID-19.
- Begin oktober is door Erasmus MC/ LUMC een studie gestart waarvoor zo'n 700 deelnemers uit heel Nederland worden gezocht, die maximaal 7 dagen ziek zijn. Zij moeten minstens 70 jaar oud zijn, of tussen de 50 en 69 jaar en daarnaast tot een risicogroep voor een ernstig verloop van covid19 behoren. De hypothese is dat toedienen van plasma kan voorkomen, dat de mensen ernstig ziek worden. Deze studie loopt in het ZonMw programma met VWS middelen (2,6 miljoen euro).
- Voor de zomer is een studie van Erasmus MC gestopt omdat het toedienen van plasma geen effect had op ernstig zieke mensen in het ziekenhuis (zij maakte veelal zelf al plasma aan). De hierboven genoemde ErasmusMC/LUMCS studie is uit dit onderzoek voortgekomen.

**Plasma / immunoglobulines / Sanquin**

- VWS heeft aan Stichting Sanquin Bloedvoorziening de opdracht verstrekt om plasma van herstelde coronapatiënten in te zamelen. Hier droeg VWS €10 miljoen tot nu toe aan bij. Daar is nu (dd 13 nov) bijgekomen: *6,3 miljoen voor extra productie, distributie en het onderzoek naar plasmaproduct met antistoffen*
- Uit het door Stichting Sanquin verzamelde plasma wordt immunoglobuline (een eiwit) gewonnen. Immunoglobulinen spelen een belangrijke rol bij de afweer tegen infectieziekten. Een alliantie van internationale plasmageneesmiddelfabrikanten onderzoekt of een dergelijk geneesmiddel werkzaam en veilig bij de behandeling en preventie van COVID-19.
- Het ministerie van VWS is eigenaar van deze immunoglobulines; de eerste batch omvat 4000 doses, dat is op basis van gangbare resultaten met dit type medicijn voldoende voor 4000 patiënten. Een behandeling biedt naar verwachting 1 maand effect, daarna moet een nieuwe dosis worden gegeven.
- Er is evenwel nog geen bewijs voor de werkzaamheid. Sanquin heeft als onderdeel van de opdracht van VWS een werkgroep ingesteld om advies uit te brengen over de inzet van dit geneesmiddel. Deze werkgroep bestaat uit experts van Sanquin en medisch specialisten. Hun advies is tweeledig:
  - 1) Zet het middel gelijk in als preventief middel bij patiënten met een sterk verzwakte afweer – dit wordt nu in gang gezet.
  - 2) Start een onderzoek naar de effectiviteit van de antistoffen als preventief medicijn bij ouderen in verpleeghuizen. ZonMw start een procedure om dit onderzoek op korte termijn te laten plaatsvinden. De eerste onderzoeksresultaten worden vervolgens in de zomer van 2021 verwacht. VWS stelt hiervoor de financiën en een voorraad van het medicijn beschikbaar.

**BCG-vaccin**

- Het BCG-vaccin wordt primair ingezet tegen tuberculose. Het vaccin beschermt niet direct tegen het Coronavirus, maar er wordt onderzocht of het kan bijdragen aan een milder verloop van de ziekte en/of minder ernstige infectie. Achterliggend idee is dat het vaccin het

	<p>immuunsysteem 'activeert' waardoor het beter werkt tegen het coronavirus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- We hebben de Gezondheidsraad (GR) gevraagd te adviseren over het aanbieden van BCG-vaccinatie bij COVID-19. De GR heeft op 5 oktober een advies uitgebracht waarin zij aangeeft hier nu nog geen definitieve uitspraak over te kunnen doen en lopend onderzoek af te wachten. De afgelopen tijd zijn diverse onderzoeken gestart naar de werkzaamheid van BCG-vaccinatie bij COVID-19. Minister heeft de GR gevraagd goed zicht te houden op de lopende onderzoeken en ons bij nieuwe resultaten en inzichten snel een nieuw advies te geven.</li> <li>- VWS heeft in juli onderzoekers van het UMC Utrecht en Radboudumc gevraagd om z.s.m. nader onderzoek te doen naar de veiligheid en de toepassing bij kwetsbare ouderen, op basis van de resultaten van eerdere studies.</li> <li>- Voor de 1e fase van dit BCG-PRIME onderzoek heeft VWS 5 miljoen beschikbaar gesteld. De 1e fase loopt van augustus tot eind 2020. De tweede fase wordt afhankelijk van de uitkomsten van fase 1 wel/niet gefinancierd (3,5 miljoen). Totaal dus 8,5 miljoen.</li> <li>- Het onderzoek loopt op dit moment. Het is opgezet door het UMC Utrecht en Radboudumc en wordt in een unieke samenwerking van 22 ziekenhuizen - waaronder de Nederlandse academische ziekenhuizen verenigd in de NFU, de Santeon topklinische ziekenhuizen en een aantal perifere ziekenhuizen en trombosediensdiensten - uitgevoerd, waarbij wordt gekeken of het BCG-vaccin kwetsbare ouderen beter beschermt tegen een ernstige infectie met het Coronavirus.</li> <li>- VWS heeft dit voorjaar een voorraad BCG-vaccins uit Denemarken ingekocht. Een dergelijke aankoop draagt risico omdat er nog onderzoek wordt gedaan naar de werking van het vaccin tegen de effecten van Covid-19, maar het verschaft Nederland de mogelijkheid om bij te dragen aan een betere bescherming van zorgverleners en ouderen. Deze voorraad wordt nu ingezet voor het onderzoek dat zojuist is beschreven.</li> </ul> <p><b>COVID-19 clinical trial network</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Om ook private partijen die innovatieve behandelingen ontwikkelen meer te ondersteunen, verkennen we in samenwerking met de ZonMw en UMC's de mogelijkheid om een COVID-19 clinical trial network op te zetten. Het gaat dan om een infrastructuur waarbinnen snel en gecoördineerd klinische testen naar veiligheid en effectiviteit van behandelingen kunnen worden uitgevoerd in Nederland.</li> <li>- Behandelingen kunnen zo direct met elkaar worden vergeleken, patiënten kunnen effectiever worden verdeeld tussen de lopende klinische onderzoeken en beschikbaarheid kan worden bevorderd. Ook voor private partijen kan zo'n netwerk van waarde zijn, ook voor geneesmiddelen die niet COVID-gerelateerd zijn. Daarmee versterken we tevens onze infrastructuur voor therapieontwikkeling.</li> </ul>
<b>Politieke afspraken</b>	Over de ontwikkelingen rondom de specifieke middelen voor behandeling van Covid-19-patiënten, wordt de Kamer regelmatig geïnformeerd over de stand van zaken.
<b>Feiten &amp; cijfers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In 2020 heeft het kabinet 83 miljoen besteed aan COVID-19 breed onderzoek.</li> <li>- Onderdeel van dit budget is het COVID-19 onderzoeksprogramma, dat wordt uitgevoerd door ZonMw. Binnen dat programma is ruim 15 miljoen besteed aan 10 studies specifiek gericht op (innovatieve) behandelingen.</li> <li>- Voor 2021 is in totaal 73,5 miljoen beschikbaar voor project innovatieve behandelingen.</li> </ul>
<b>Overig (zoals heikele punten en pers)</b>	<p><b>Plasma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een man (Wouter Ubbink, 22) heeft publiekelijk aandacht gevraagd voor het feit dat hij geen plasma kon doneren omdat hij enkele jaren terug seks met een man heeft gehad. In Nederland geldt een wachttermijn van 4 maanden voor bloeddonaties.</li> <li>- Van plasma worden echter medicijnen gemaakt voor de internationale markt, en deze is conservatiever dan Nederland. We moeten ons in Nederland aan de internationale regels houden en dat betekent dat je als je seks hebt gehad met een man geen plasma mag doneren.</li> </ul> <p><b>Duiding van Solidarity onderzoek door Adviespanel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In recente berichtgeving over een grootschalige studie onder leiding van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) worden voorlopige resultaten gemeld over vier veelgebruikte antivirale middelen.</li> <li>- Berichtgeving (o.a. NOS) suggereerde dat de vier onderzochte antivirale middelen (waaronder remdesivir) geen effect bleek te hebben.</li> <li>- Het Adviespanel Innovatieve Behandelingen heeft het WHO-onderzoek voor ons geduid. Het panel geeft aan dat de wetenschappelijke inzichten over antivirale middelen tegen COVID-19 zich snel ontwikkelen. Het Solidarity onderzoek laat nu zien dat de middelen <b>hydroxychloroquine, lopinavir en interferon</b> geen plaats hebben in de behandeling van COVID-19, en dat hydroxychloroquine en interferon eerder kwaad dan goed doen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Wat betreft <b>remdesivir</b> ligt dit genuanceerder en is duidelijk geworden dat de fase waarin remdesivir toegediend wordt een cruciale factor is in de werkzaamheid van het middel. Remdesivir heeft geen, en mogelijk een negatief, effect wanneer het laat wordt ingezet, dus wanneer patiënten al beademd moeten worden. Het heeft daarentegen een positief effect wanneer het vroeg in de behandeling wordt ingezet.</li><li>- Remdesivir blijft – volgens de SWAB - een behandeloptie voor coronapatiënten.</li></ul>
--	---

180 - 182

5.1.2i Concept

## Passage Kamerbrief Vaccin

Het kabinet zet alles op alles om zo snel als mogelijk te beschikken over een veilig en effectief vaccin. Zo zijn overeenkomsten gesloten met kansrijke producenten, terwijl hun vaccins de noodzakelijke testfasen doorlopen. De implementatievoorbereidingen zoals deze zomer zijn gestart komen met het advies van de Gezondheidsraad in een volgende fase. Ik verwacht dit advies later deze week te ontvangen en zal kort daarop de vaccinatiestrategie van het kabinet aan u presenteren. In deze brief ga ik dan ook in bredere zin kort in op de stand van de uitvoering.

### *Aankoop COVID-19 vaccinatie*

Zowel het consortium BioNTech/Pfizer, als Moderna hebben deze week aangegeven dat hun vaccins een bescherming bieden van meer dan 90%. De Europese medicijnautoriteit (EMA) is ook voor deze producenten gestart met zogeheten "rolling review"-proces om de veiligheid, kwaliteit, en effectiviteit van deze vaccins te testen. Dat is natuurlijk erg goed nieuws. De Europese Commissie heeft - namens de EU-lidstaten - een contract gesloten met BioNTech/Pfizer voor de levering van 200 miljoen vaccins. Hierover heb ik u op 16 november jl. per brief geïnformeerd. Na de eerdere contracten met Janssen, AstraZeneca en Sanofi/GSK is dit het vierde vaccincontract dat de EU sluit. Onderhandelingen met andere vaccinproducenten lopen nog. Als de verdere stappen in het ontwikkelen positief verlopen, zou eind dit jaar, of begin 2021, mogelijk een markttoelating kunnen worden afgegeven. Hierna kan de toediening feitelijk worden opgestart. De levering van deze vaccins vindt niet in een keer plaats, maar verspreid over een langere periode. Nederland heeft met het BioNTech/Pfizer-vaccin recht op circa 7,8 miljoen vaccins (de vaste pro-rata van 3,89% van het EU-brede contract), waarmee 3,9 miljoen mensen kunnen worden gevaccineerd. De afspraken met Moderna zouden voor Nederland overigens een hoeveelheid van 3,1 miljoen vaccins betekenen (naar rato).

De exacte datum waarop Nederland de eerste vaccins zou kunnen ontvangen staat nog niet vast. Ook ben ik positief over een spoedige levering van de eerste vaccins uit de overeenkomst met AstraZeneca. Deze zouden in het gunstigste geval eveneens in het eerste kwartaal van 2021 beschikbaar kunnen komen. Tegelijk hecht ik eraan op te merken dat nog geen enkel vaccin een markttoelating van de EMA/Europese Commissie heeft gekregen. Ik wil daarom ook voorzichtig zijn met verwachtingen omtrent de beschikbaarheid van een vaccin. Als alles naar wens verloopt, is het mogelijk om het eerste kwartaal van 2021 te starten met het vaccineren van de eerste doelgroepen. In het meest gunstige geval kunnen de eerste vaccins in de laatste weken van 2020 worden geleverd, maar dit is afhankelijk van de toelatingsprocedure. Onze voorbereidingen zijn erop gericht om ook hier klaar voor te zijn.

Uiteraard betekent dit het nodige voor de logistieke voorbereidingen. Zo moet het vaccin van Pfizer/BioNTech bijvoorbeeld gehouden worden bij zeer lage temperaturen. We zijn daarom nu reeds in gesprek met de leverancier, het RIVM en overige betrokken partijen om dit proces zo voorspoedig mogelijk te laten verlopen. Er zijn door het RIVM extra ultra-vriezers aangeschaft om de vaccins goed te kunnen bewaren. Deze faciliteiten zijn gereed in december.

Ook op andere terreinen wordt alles in gereedheid gebracht om zo snel mogelijk te kunnen starten met vaccineren zodra de vaccins beschikbaar komen, ook in de Caribische delen van het Koninkrijk. Het RIVM heeft in totaal nu 25 miljoen extra veiligheidsnaalden en spuitjes aangeschaft om de vaccins toe te kunnen dienen. Ook neemt Nederland verder deel aan een Europese joint procurement voor veiligheidsnaalden. Daarnaast zijn we in goed gesprek met de partijen die de vaccinatie straks kunnen gaan uitvoeren, echter de strategie is ook afhankelijk van het advies van de Gezondheidsraad. Nog deze week wordt het advies van de Gezondheidsraad over de prioritering van doelgroepen verwacht. Op basis van dit advies, en de reeds beschikbare Europese en internationale adviezen, komt het kabinet tot een eerste besluit ten aanzien van prioritering en een strategie. Daarbij zal ik ingaan op de aankoopstrategie van COVID-19 vaccins, de veiligheid, toelating en leveringstermijn, de doelgroep en het tijdschema daarbij en de wijze van oproepen en registratie. Maar uiteraard ook de uitvoering van de COVID-19 vaccinatie door uitvoerende partijen, de logistiek, de communicatie maar ook monitoring en onderzoek.

De vaccinatiestrategie ontvangt uw Kamer kort na het verschijnen van het advies.

## Passage Kamerbrief Innovatieve behandelingen

Naast de vaccinatiestrategie zet ik mij ook intensief in voor de uitbreiding en verbetering van kansrijke behandelingen van COVID-19. Het gaat er daarbij vooral om welke behandeling het meest kansrijk is en snel beschikbaar kan komen voor de patiënt. Daarom investeer ik vooral in (aanvullend) onderzoek en in de noodzakelijke randvoorwaarden om nieuwe behandelmethoden snel in de praktijk te kunnen inzetten.

Eerder dit jaar heb ik uw Kamer<sup>11</sup> laten weten € 10 miljoen beschikbaar te stellen aan Sanquin Bloedbank voor het inzamelen van bloedplasma en het daaruit ontwikkelen van een plasmaproduct met antistoffen (de zgn. immunoglobulines) tegen COVID-19. Inmiddels hebben vele herstelde coronapatiënten bloedplasma gedoneerd. Eerder is er al een studie vanuit het Erasmus MC en het LUMC gestart om te toetsen of een behandeling met bloedplasma kort na infectie een therapeutisch effect heeft op COVID-19. Deze COV-Early studie is begin oktober begonnen met het includeren van de eerste patiënten.

Daarnaast hebben Sanquin Bloedbank en plasmaproducent Sanquin Plasma Products (SPP) de afgelopen maanden uit dit gedoneerde bloedplasma een medicijn op basis van antistoffen geproduceerd. De eerste batch van 4.000 doses van dit medicijn met de antistoffen is nu klaar om ingezet te worden. Het gaat hierbij om een off-label behandeling (een bestaand middel dat voor een andere indicatie wordt gebruikt), dat alleen onder toezicht van de behandelend arts mag worden voorgeschreven. Het is daarbij van belang dat artsen de uitkomsten van die behandelingen rapporteren, zodat er van geleerd kan worden. Het is immers nog niet duidelijk wat de werkzaamheid van dit medicijn zal zijn. De voorraad van dit middel is evenwel beperkt. Sanquin Bloedbank en SPP zetten de productie voort en de verwachting is dat er in januari 2021 nog zeker 4.000 doses beschikbaar komen.

Een werkgroep van Sanquin Bloedbank en medische specialisten boog zich de afgelopen periode over de vraag welke patiëntengroep als eerste in aanmerking zou moeten komen voor toediening van dit middel. De werkgroep heeft hierover afgelopen week advies aan mij uitgebracht. Het advies is tweeledig. Allereerst adviseert de werkgroep het middel preventief in te zetten bij patiënten met een sterk verzwakte afweer, om hen bescherming te bieden na een hoog risico blootstelling aan het virus. Deze patiënten zijn extra vatbaar voor een besmetting met het coronavirus en hebben mogelijk het meeste baat bij een preventieve behandeling met antistoffen. Voor deze groep is het middel direct inzetbaar. Om van deze behandeling te leren, wordt een observationele studie gestart. De behandelde artsen zullen hun ervaringen met het middel dan ook delen.

Daarnaast adviseert de werkgroep een onderzoek te starten naar de effectiviteit van de antistoffen als preventief medicijn bij ouderen in verpleeghuizen. Er is nog geen (internationaal) bewijs dat plasma, of daaruit gewonnen antistoffen, ook daadwerkelijk leidt tot een betere weerstand tegen het coronavirus. De werkgroep adviseert dit te toetsen in bijvoorbeeld verpleeghuizen waar de COVID-19 infectiedruk hoog is. Ik stel voor het onderzoek zowel financiering als een voorraad van het medicijn beschikbaar. De geproduceerde doses zijn immers eigendom van VWS. ZonMw zal een procedure starten om dit onderzoek op korte termijn te laten plaatsvinden. De eerste onderzoeksresultaten worden vervolgens in de zomer van 2021 verwacht. Met de voortzetting van de productie, distributie en het onderzoek is een additioneel budget gemoeid van € 6,3 miljoen.

<sup>11</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/m/inisterie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2020/06/25/covid-19-update-stand-van-zaken>

## 8. Quarantaine

### Factsheet Quarantaine

<p><b>Quarantaine: Het thuisblijven voor 10 dagen na het laatste contact met een besmette persoon cq terugkeer uit een hoog risicogebied.</b> Op advies van het OMT kan de quarantaineduur verkort worden bij mensen zonder klachten die als nauw contact naar voren komen via BCO of een melding via CoronaMelder ontvangen. Noodzakelijk is hiervoor dat zij op de 5<sup>e</sup> dag van de quarantaine een negatief resultaat van een PCR-test ontvangen.</p> <p><b>Isolatie: Het thuisblijven voor besmette personen. Duur afhankelijk van ziekteverloop.</b></p> <p><b>Thuisblijven: Voor mensen die bv alleen verkouden zijn geldt: blijf thuis en laat je testen. Dat noemen we echter geen quarantaine.</b></p>	
Naam dossierhouder	5.1.2e
Telefoonnummer dossierhouder	5.1.2e
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarantaine en isolatie zijn essentieel onderdeel van de aanpak van de verspreiding van het coronavirus. Op deze manier wordt de besmettingsketen doorbroken.</li> <li>• Hoe ingrijpend quarantaine ook is, het is essentieel dat men de adviezen opvolgt; Daarom van belang dat het voor iedereen mogelijk, haalbaar en begrijpelijk is om de adviezen op te volgen.</li> <li>• We hebben een morele quarantaineplicht naar elkaar. Dit betekent laten testen bij klachten en in quarantaine in afwachting van de uitslag, na een positieve testuitslag, een BCO-melding of een reis in een risicogebied.</li> <li>• De aanpak loopt via de volgende sporen:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Heldere communicatie om de adviezen rondom quarantaine en isolatie voor iedereen duidelijk te maken.</li> <li>2. Sociale ondersteuning voor hulpbehoevende mensen in quarantaine of isolatie. (quarantainecoach, buddy, verwijzing naar lokale initiatieven voor hulp)</li> <li>3. Onderzoek naar financiële compensatie voor hen die het zwaar hebben tijdens de quarantaine of isolatie.                 <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Specifiek voor reizigers: zie Q&amp;A TT.</li> </ol> </li> <li>4. Quarantaine verplichtend/minder vrijblijvend maken indien nodig.</li> </ol> </li> <li>• Er wordt sinds 9 november via diverse media opnieuw aandacht gevraagd (o.a. middels filmpjes, radiospots) voor quarantaine en wanneer je je moet laten testen of in isolatie moet in geval van besmetting met corona. Doel is onder de aandacht brengen, maar ook duidelijkheid creëren over wanneer je in quarantaine moet.</li> </ul>
Argumentatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktijkonderzoek laat zien dat ook bij quarantaine veel mensen hun verantwoordelijkheid nemen en zo samen zorgen dat het virus niet verder verspreidt.</li> <li>• Maar ook dat een deel van de mensen de regels de adviezen niet of niet volledig opvolgt. Het is een reëel risico dat door de mensen die de regels niet naleven, het aantal besmettingen toeneemt.</li> <li>• Ook de grote groep reizigers uit landen met een verhoogd risico vormen een risico voor verdere verspreiding van het virus in Nederland. Zie factsheet reizigers.</li> </ul>

<p>Politieke afspraken (regerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In de brief van 11 augustus 2020 (update bron- en contactonderzoek en quarantaine) is aangegeven dat gewerkt wordt aan de handhaving van quarantaine.</li> <li>• Het OMT geeft in zijn advies van 17 augustus 2020 aan dat het naleven van de quarantaine niet alleen voor de besmette personen, maar ook voor nauwe contacten cruciaal is.</li> <li>• Motie Asscher cs. om te komen tot sociaal pakket.</li> </ul>
<p>Feiten &amp; cijfers</p>	<p><b>Aanpak via:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sociaal pakket</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De quarantainegids staat online en is door GGD-GHOR verspreid: <a href="https://www.ggdghorkennisnet.nl/nieuws/16016-brochure-hulp-en-ondersteuning-bij-thuisquarantaine-breed-sociaal-pakket-bij-covid-19">https://www.ggdghorkennisnet.nl/nieuws/16016-brochure-hulp-en-ondersteuning-bij-thuisquarantaine-breed-sociaal-pakket-bij-covid-19</a></li> <li>Het gebruik van de gids zal worden gestimuleerd door de GGD's nogmaals te vragen daar in het medische indexgesprek met cliënten op te wijzen. Ook het Rode Kruis zal worden verzocht mensen in via de quarantainecoaches te wijzen op de gids.</li> <li>- Er wordt een nabellijn met quarantainecoaches opgezet die mensen sociaal ondersteunt en de weg wijst naar lokale initiatieven die helpen de quarantaine/isolatie door te komen.</li> <li>- We verbinden onszelf met het initiatief Ready2Help van het Rode Kruis.</li> <li>- We verbinden lokale best practices. Begin december heb ik daartoe een gesprek met de VNG. Lokale initiatieven worden geïnventariseerd om te kunnen delen.</li> </ul> </li> <li>• <b>Minder vrijblijvend/verplichting.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Via de Wet publieke gezondheid kan de voorzitter van de veiligheidsregio op advies van de GGD een beschikking tot gedwongen quarantaine uitvaardigen.</li> <li>- In een praktische handreiking is nu nader uitgewerkt in welke gevallen de quarantainemaatregel toepasbaar is en hoe de werkwijze binnen de VR en de GGD is om tot een beschikking te komen.</li> <li>- Er is een aparte beleidslijn van het OM voor de strafmaat; beter onderscheid lichte/zware vergrijpen.</li> <li>- Strafrecht is ultimum remedium.</li> </ul> </li> </ul>

187 - 192

5.1.2i Concept

## Passage Kamerbrief Quarantaine

### *Ondersteuning bij quarantaine*

Uit gedragsonderzoek door het RIVM blijkt dat de naleving van de quarantainemaatregelen met name bij de groepen die niet primair zelf besmet zijn maar in contact zijn geweest met iemand die besmet is, een punt van zorg is. Het RIVM heeft in haar rapport van 14 november jl.<sup>12</sup> een aantal adviezen gegeven om deze naleving te bevorderen. De inzet van het kabinet sluit aan op deze adviezen.

### *Sociale ondersteuning*

Het genoemde onderzoek van het RIVM toont aan dat mensen sneller geneigd zijn thuis te blijven wanneer zij praktisch en sociaal ondersteund worden. In overleg met de GGD en het Rode Kruis bevordert ik dat mensen in quarantaine ondersteund worden door een quarantainecoach. Deze quarantainecoach benadert mensen die een positieve testuitslag hebben of naar voren komen uit BCO als mogelijk besmet meerdere malen telefonisch tijdens de quarantaineperiode. Op deze manier worden mensen gestimuleerd om in quarantaine te blijven en kan steun worden verleend. Praktische belemmeringen, hulpvragen en problemen worden geïnventariseerd. Quarantaine coaches wijzen de weg naar lokale initiatieven voor hulp bij eenzaamheid, financiële problemen en praktische zaken. Mocht het voorgaande t.a.v. de praktische zaken onvoldoende zijn, stimuleer ik dat mensen in verbinding komen met een buddy. Via deze weg worden mensen ondersteund bij boodschappen doen, het uitlaten van een huisdier en wordt een luisterend oor geboden. De bedoeling is om zo laagdrempelig mogelijk aan te sluiten bij initiatieven die in Nederland al aanwezig zijn. Ook verwijs ik hierbij naar het initiatief van het Rode Kruis 'Ready2Help' waar 85.000 mensen zijn ingeschreven die willen helpen bij de praktische zaken.

### *Financiële ondersteuning*

Quarantaine kan financiële gevolgen hebben voor werkgevers en werkenden waarbij niet vanuit huis gewerkt kan worden. Het kabinet heeft daar oog voor en probeert deze gevolgen te beperken. De minister van SZW heeft tijdens het debat over het aanvullende steunpakket van 3 november jl. aangegeven, dat een generieke compensatieregeling voor deze financiële gevolgen niet doeltreffend is en een specifieke compensatieregeling niet uitvoerbaar. In algemene zin geldt: hoe langer de quarantaine duurt, hoe groter de financiële gevolgen voor werkgevers en werkenden. De voorgestelde verkorting van de quarantaineduur tot 5 dagen levert dan ook een grote bijdrage aan het beperken van de gevolgen voor zowel werkgevers als werkenden (zie hiervoor de passage in deze brief t.a.v. testen en het recente OMT-advies t.a.v. asymptomatisch testen). De minister van SZW heeft verder toegezegd te verkennen welke andere routes mogelijk zijn om knellende situaties te adresseren. Hier wordt in de brief over de herijking van het steun- en herstelpakket begin december nader op ingegaan.

### *Publiekscommunicatie*

Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat een op de vijf personen die daadwerkelijk positief getest zijn niet de hele quarantaineperiode thuis blijft. Daarom gaan we de komende tijd extra inzetten op communicatie over het uitleggen van quarantaine, de duur van quarantaine en wanneer mensen zonder klachten zich kunnen laten testen om de quarantaine te verkorten. Belangrijk is om niet alleen te focussen op de regels maar op wat men doet en niet doet tijdens de quarantaine. De communicatie gaat zich veel meer richten op het stimuleren van mensen om thuis te blijven en het activeren van de (naaste) omgeving van thuisblijvers. De quarantaineboodschap is een centraal onderwerp binnen de publiekscampagne 'Alleen Samen'. Er is binnen die campagne speciale aandacht voor jongeren, mensen met een migratieachtergrond en mensen met een lage sociaaleconomische status. Om deze doelgroepen te bereiken, wordt de communicatie meer gericht op *communities* en lokale gemeenschappen. Middelen die ingezet gaan worden, zijn onder andere content op online jongerenkanalen en via kanalen die door mensen met een niet-westerse migratieachtergrond worden gebruikt.

<sup>12</sup> RIVM, Naleven van quarantaine en isolatie advies (11/11/2020)

## Zorgen dat de zorg het aan kan

### 9. IC capaciteit en reguliere zorg

## Factsheet COVID-19 debat: Reguliere zorg en IC-opschaling

Onderwerp: Effect Covid-19 op reguliere zorg en IC-opschaling	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is sinds begin november een afname van het aantal COVID-patiënten die ziekenhuiszorg nodig hebben.</li> <li>• De druk op de ziekenhuiszorg blijft nog steeds hoog. Naast de covid-zorg is er nog een stuk meer aan uitgestelde zorg, zowel zichtbaar als onzichtbaar (minder verwijzigingen).</li> <li>• Op 23 oktober is een aanvullende tijdelijke werkwijze afgesproken om in heel het land te waarborgen dat zowel COVID-patiënten als andere patiënten, voor wie een behandeling niet kan wachten, op zorg kunnen blijven rekenen.</li> <li>• De verdringing van de reguliere zorg kunnen we in dit stadium dus niet tegengaan.</li> <li>• Maar we kunnen er wel voor zorgen dat in heel Nederland op een gelijk en evenwichtig niveau uitstel van delen van de reguliere zorg plaatsvindt, waardoor de COVID-zorg, de acute zorg en de kritieke planbare zorg door kunnen gaan.</li> <li>• Bij acute zorg moet je dan bijvoorbeeld denken aan mensen die gewond zijn geraakt bij een verkeersongeluk – vanzelfsprekend worden zij altijd geholpen.</li> <li>• Met kritieke planbare zorg bedoelen we geplande behandelingen die niet kunnen wachten. Denk bijvoorbeeld aan kankerbehandelingen waarbij uitstel zou kunnen leiden tot een blijvende verergering van de gezondheidsproblemen. Of zelfs tot minder kans op overleven.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<p>Hiertoe zijn in het Tijdelijk beleidskader vijf maatregelen genomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het LCPS krijgt een meer sturende rol bij de verdeling van COVID-patiënten over het land. Zij bepalen steeds een week vooruit welke capaciteit moet worden vrijgehouden voor de COVID-zorg. Hier kunnen ziekenhuizen zich dan tijdig op voorbereiden. <i>SvZ: Het mandaat bij deze rol heeft het LCPS uitgewerkt in een nieuwe werkwijze die vanaf 9 november is ingegaan.</i></li> <li>2. De Federatie van Medisch Specialisten (FMS) ontwikkelt hulpmiddelen waarmee artsen, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders in de regio de juiste keuzes kunnen maken over de organisatie van de zorg. <i>SvZ: Het Raamwerk is 30 oktober gepubliceerd en ondersteunt artsen en ziekenhuisbestuur bij de keuzes waar ze voor staan betreft het afschalen van zorg. Op basis van het Raamwerk worden lokaal en regionaal gesprekken gevoerd, waarmee we zien dat het zijn functie dient.</i></li> </ol>

	<p>3. De regionale samenwerking van alle zorgaanbieders en verzekeraars in de regio wordt uitgebreid, ook ten aanzien van de reguliere zorg. <i>SvZ: Er zijn goede voorbeelden van samenwerking met huisartsen en thuiszorgorganisaties in o.a. Amsterdam en Den Bosch.</i></p> <p>4. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt in beeld welke zorg nog waar beschikbaar is, zodat de verschillende partijen hierover verantwoorde keuzes kunnen maken. <i>SvZ: Op maandag 9 november is dit dataportaal, genaamd Zorgbeeld, live gegaan. Bij de ontwikkeling van Zorgbeeld is nauw samengewerkt met het LCPS en het LNAZ.</i></p> <p>5. De zorgverzekeraars helpen met financiële arrangementen waar dat nodig is. <i>SvZ: Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn met elkaar in gesprek over een regeling voor 2021. Daarnaast is er financiële ondersteuning vanuit VWS voor ziekenhuizen, zoals bij de opschaling van IC-bedden.</i></p>
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In de eerste golf is de planbare zorg grotendeels afgeschaald geweest.</li> <li>• Een belangrijke les was dat de capaciteit aan IC- en verpleegbedden in de ziekenhuizen omhoog moest.</li> <li>• En een andere belangrijke les was dat er veel gezondheidsschade was ontstaan door de afschalen van de reguliere zorg; en dat dit voortaan zo veel mogelijk voorkomen moest worden.</li> <li>• Op basis van deze lessen is de zorgsector deze zomer aan de slag gegaan met het Opschalingsplan.</li> <li>• Daarmee komt er stapsgewijs buffercapaciteit met extra IC-bedden en verpleegbedden bij.</li> <li>• En wordt er fors geïnvesteerd in het opleiden van personeel en het aantrekken van nieuwe medewerkers.</li> <li>• Inmiddels is de tweede corona golf een feit, sneller, eerder en anders dan verwacht. Ondanks de genomen maatregelen, is het niet meer mogelijk om de volledige reguliere zorg te blijven verlenen.</li> </ul>
Handelingsperspectief	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naast het tijdelijk beleidskader wordt met het <u>Opschalingsplan</u> verder gewerkt aan het realiseren van nog eens 350 extra IC-bedden en 700 klinische bedden per 1 januari 2021.</li> <li>• Er wordt gewerkt aan het werven en opleiden van <u>extra personeel</u>.</li> <li>• Er zijn afspraken met <u>Duitsland</u> (Noordrijn Westfalen en Nedersaksen) gemaakt om -op basis van wederkerigheid en in geval van nood- elkaar bij te staan</li> <li>• Hulpverzoek <u>defensie</u>: qua inzet van medisch defensiepersoneel lopen gesprekken met ziekenhuizen, coördinatie is niet nodig vanwege het LCPS en naar logistieke ondersteuning wordt gekeken.</li> <li>• Er wordt ook naar verdere maatregelen en initiatieven gekeken, zoals naar de mogelijke <u>concentratie</u> van COVID-patiënten binnen regio's en/of op landelijk niveau. Hierover is een <i>motie van SGP/VVD ingediend, samen met LNAZ wordt op dit moment aan een uitvoering ervan gewerkt.</i></li> <li>• Tot slot wordt samen met partijen ingezet op <u>communicatie</u> zodat mensen weten waar ze aan toe zijn, wat ze kunnen verwachten en welke mogelijkheden er zijn. Met koepels wordt gewerkt</li> </ul>
Politieke afspraken en betrokken partijen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het tijdelijk beleidskader is afgestemd met LNAZ, LCPS, FMS, NVZ, NFU, ZKN, ZN/zorgverzekeraars, LHV, V&amp;VN, Patiëntenfederatie, IGJ en de NZa.</li> <li>• Het LCPS is sinds 23 september weer operationeel om bovenregionaal te zorgen voor patiëntenspreiding.</li> </ul>
Cijfers	<p>Stand 12 november 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er zijn totaal 2201 patiënten met COVID-19 in de ziekenhuizen opgenomen, dat is een daling van 76 ten opzichte van de dag ervoor.</li> <li>• Stand is nu 595 COVID-patiënten op de IC, 496 non-COVID patiënten op</li> </ul>

	<p>de IC. De totale IC-bezetting bedraagt daarmee 1091.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>In de afgelopen 24 uur zijn er 28 patiënten verplaatst tussen de regio's, waarvan 8 IC-patiënten.</li> </ul> <p>Gemiste verwijzingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het totaal aantal gemiste verwijzingen naar de hele medisch specialistische zorg is opgelopen tot 1,03 miljoen.</li> <li>Het aantal verwijzingen lag vorige week op 72% van het verwachte aantal zonder corona. Dat percentage is de afgelopen weken redelijk stabiel.</li> <li>Dat huisartsen minder verwijzen betekent niet dat al deze mensen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Een deel van deze zorg zal niet ingehaald worden, bijvoorbeeld omdat patiënten door de huisarts behandeld kunnen worden of omdat klachten vanzelf over gaan.</li> </ul> <p>Piek eerste golf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Op het hoogtepunt van de eerste covid-golf (d.d. 7 april 2020), lagen 1.424 Nederlandse covid-patiënten op IC's in Nederland en Duitsland.</li> <li>Op diezelfde dag lagen 2.900 covid-patiënten op verpleegafdelingen.</li> </ul> <p>De opschaling van de klinische bedden en IC capaciteit gaat in 2 fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>per 1 oktober om een uitbreiding van 1150 naar 1350 IC-bedden en aanvullend ook 400 extra klinische covid-bedden.</li> <li>per 1 januari 2021 gaan het om opschaling met nog eens 350 flexibele IC-bedden (tot een totaal van 1700 bedden) en 700 extra flexibele klinische bedden.</li> </ul> <p>Prognose LCPS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het LCPS heeft verschillende prognoses voor de IC uitgerekend per 1-12-2020, op basis van de R-waarde en de situatie op 3 november:</li> </ul> <table border="1" data-bbox="571 1093 1091 1182"> <tr> <td>Gelijkblijvende trend</td> <td>1219 COVID bedden</td> </tr> <tr> <td>R-waarde=1,0</td> <td>620 COVID bedden</td> </tr> <tr> <td>R-waarde=0,9</td> <td>450 COVID bedden</td> </tr> </table> <p>De kosten voor de opschaling van de klinische bedden en IC capaciteit zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2020 € 115.952.950</li> <li>2021 € 170.262.150</li> <li>2022 € 150.762.150</li> </ul> <p>De bedragen zijn gereserveerd in deze VWS begroting. De financiering hiervan loopt via een subsidieregeling voor de ziekenhuizen. We geven in deze subsidieregeling aan dat er tussentijds bekeken wordt of afschaling (van bedden en dus van financiële ondersteuning) mogelijk is als Covid-19 er niet meer is.</p>	Gelijkblijvende trend	1219 COVID bedden	R-waarde=1,0	620 COVID bedden	R-waarde=0,9	450 COVID bedden
Gelijkblijvende trend	1219 COVID bedden						
R-waarde=1,0	620 COVID bedden						
R-waarde=0,9	450 COVID bedden						

197 - 206

5.1.2i Concept

## Passage Kamerbrief Zorg voor patiënten in de curatieve sector

### *Actueel beeld*

Het actuele beeld ten aanzien van de zorg voor COVID-patiënten in de curatieve zorg is gedifferentieerd. Er is geen sprake meer van voortdurende groei van het aantal ziekenhuisopnames en de curve van COVID-bezetting op de klinische bedden en de IC-bedden vlakt af. Dat is goed nieuws. Toch ben ik ook nog voorzichtig, want de voorzichtige daling van de COVID-bezetting op de klinische bedden die we nu zien, moet zich eerst structureel gaan bewijzen. En daarnaast lijkt er nog geen sprake van een duidelijke daling van de bedbezetting door COVID-19 patiënten op de IC's, terwijl we daar zien dat de gemiddelde ligduur van de patiënten oploopt.

Op dit moment 17 november 2020 zijn totaal 2146 patiënten met COVID-19 in de ziekenhuizen opgenomen. Dit is een daling van 507 ten opzichte van twee weken geleden (d.d. 3 november). In diezelfde periode zien we een stijging van 33 COVID-patiënten op de IC en een daling van 474 COVID-patiënten in de kliniek.

Het Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS) blijft zich inzetten voor een evenwichtige patiëntenspreiding over alle regio's heen. In de afgelopen week vonden er gemiddeld dagelijks 24 bovenregionale overplaatsingen van COVID-19 patiënten naar een ander ziekenhuis plaats, waarvan 5 IC-patiënten.

### *Ontwikkeling reguliere zorg*

Ondanks de licht positieve geluiden en dalende aantallen COVID-patiënten in de ziekenhuizen, blijft de druk op de zorg onverminderd hoog. De forse extra benodigde capaciteit voor zorg aan COVID-patiënten gaat nog steeds ten koste van de reguliere zorg. Momenteel is gemiddeld 30% van de planbare zorg uitgesteld en in sommige regio's of individuele ziekenhuizen loopt dit zelfs nog verder op. In die ziekenhuizen kan – naast de COVID-zorg – enkel nog (semi-)acute, poliklinische en beperkt planbare kritische zorg worden verleend. Voor uitgestelde zorg is later een inhaalslag nodig.

Daarnaast heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) berekend dat er sinds de start van de COVID-19-epidemie in maart nu reeds meer dan een miljoen minder verwijzingen heeft plaatsgevonden van de huisarts naar een medisch specialist in vergelijking tot eerdere jaren. NZa ziet hierbij dat er nu meer zorgverlening overeind blijft dan tijdens de eerste golf en dat het aantal verwijzingen nu gelukkig minder daalt dan toen. Toch worden op dit moment wekelijks 30.000 minder patiënten verwezen door de huisarts. Soms gaan klachten vanzelf over en is later geen doorverwijzing meer nodig. Maar voor het overgrote deel houdt dit in dat er naast de zichtbaar uitgestelde zorg, ook nog een onzichtbaar stuwmeer is aan patiënten die nu nog niet in beeld zijn gekomen, maar die op termijn ook zorg zullen moeten ontvangen.

Alles bij elkaar genomen betekent dit dat de zorgverleners in het ziekenhuis na afvlakking van de tweede golf een grote opgave hebben om deze uitgestelde zorg in te halen. De termijn waarbinnen en de snelheid waarop de inhaalzorg kan plaatsvinden, is afhankelijk van het tempo van de afname van de COVID-ziekenhuisbezetting in de tweede golf en van de Rt-waarde in de komende maanden. Daarbij moeten we ons realiseren dat de mogelijkheden van de zorg zijn grenzen kent. Ter vergelijking met de inhaalslag na de eerste golf: tussen de eerste en de tweede golf in de ziekenhuizen was er geen moment geweest dat het zorgpersoneel heeft kunnen bijkomen, maar werd op volle toeren doorgewerkt. Het totaal aantal patiënten dat werd behandeld in het ziekenhuis was volgens de NZa in die periode 19% hoger dan in dezelfde periode in 2018 en 2019. Ondanks al die extra inspanningen konden de ziekenhuizen het stuwmeer van uitgestelde zorg in de zomerperiode slechts beperkt ingelopen.

Op grond van de huidige situatie en de prognoses is het beeld dat de zorg in het ziekenhuis zich minimaal tot diep in het voorjaar in een opgeschaalde situatie zal bevinden en het personeel onder hoge druk blijft staan. Daarnaast wordt ook zorgpersoneel ziek en is er uitval door de werkdruk, die zowel fysiek als psychisch hoog is. Er is dus geen ruimte om het zorgpersoneel te laten herstellen van de tweede golf, laat staan om een eventuele derde golf op te vangen. Als de Rt-waarde hoger uitvalt of er zelfs een derde golf komt, duurt deze situatie vele malen langer, met gezondheidsschade voor een deel van de patiënten als gevolg. Niet alleen door het langere uitstel, maar ook door mogelijk beperkingen in de hoeveelheid gekwalificeerd zorgpersoneel.

*Stand van zaken Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-pandemie*

Op 23 oktober jl. heeft de minister voor MZS uw Kamer geïnformeerd<sup>13</sup> over het Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie. Hierin heb ik aanvullende tijdelijke maatregelen met partijen genomen om de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg (voor zowel COVID als non-COVID-patiënten) en de kritieke planbare zorg op peil te houden. Met de maatregelen wordt beoogd de beschikbare zorgcapaciteit in Nederland zo goed mogelijk te benutten en voor patiënten een gelijke toegang tot zorg te borgen. Partijen zijn voortvarend aan de slag gegaan met de uitvoering van het kader. Hierin zijn vijf maatregelen opgenomen. Per maatregel zal ik kort ingaan op de huidige stand van zaken.

1. Bredere inzet op evenwichtige patiëntenspreiding en meer doorzettingsmacht voor een planmatige sturing vanuit het LCPS

Het LCPS krijgt een meer sturende rol bij de verdeling van COVID-patiënten over het land. De invulling van deze rol heeft het LCPS uitgewerkt in een nieuwe werkwijze die vanaf 9 november is ingegaan. Op basis van een overzicht van het aantal beschikbare bedden per ziekenhuis, wordt het landelijke beeld opgemaakt. De ROAZ-regio's worden geïnformeerd op basis van prognoses hoeveel COVID-patiënten zij de komende week kunnen verwachten. Ziekenhuizen schalen, op basis van die gevraagde capaciteit, hun COVID-zorg op en de non-COVID-zorg af. Op deze manier weten ziekenhuizen waar ze aan toe zijn en kunnen hier tijdig op anticiperen. De IGJ en NZa zien erop toe dat de werkwijze zodanig is, dat deze leidt tot goede en veilige zorg.

2. Kaderstelling voor prioritering van zorg

In het Tijdelijk beleidskader is afgesproken dat de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) een hulpmiddel maakt om zorginstelling en zorgprofessionals te ondersteunen om de juiste keuzes te kunnen in de organisatie van de zorg. De FMS heeft op 30 oktober dit Raamwerk gepubliceerd voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg<sup>14</sup>. Het Raamwerk biedt handvatten om de continuïteit van de acute en de kritieke planbare zorg te waarborgen en draagt bij aan een uniforme werkwijze voor de ziekenhuizen. Ik hoor dat op basis van het raamwerk op lokaal en regionaal niveau gesprekken worden gevoerd, waarmee we zien dat het Raamwerk zijn functie dient. In sommige regio's zien we nog wel dat meer reguliere zorg wordt afgeschaald dan bij andere regio's. Het LCPS blijft samen met ROAZ-regio's werken aan gelijkmatige patiëntenspreiding om de druk zo evenwichtig mogelijk te verdelen.

3. Maximalisering regionale ketensamenwerking van alle zorgaanbieders in het ROAZ

Ook in de voor- en nazorgketen (bij onder meer de huisartsen, eerstelijnsverblijf, VVT-sector en de wijkverpleging) is sprake van hoge druk en schaarse capaciteit. Daarom is afgesproken dat de regionale ketensamenwerking gemaximaliseerd wordt. Om de zorgcapaciteit in Nederland zo goed mogelijk te benutten, is inzet van de gehele zorgketen nodig. Onderdeel van deze geïntensiveerde samenwerking zijn afspraken met huisartsen over een evenwichtige instroom van patiënten voor wie behandeling in het ziekenhuis zinvol en wenselijk is en afspraken met de thuiszorg, wijkverpleging en de verpleeghuissector over de doorstroom in de zorgketen. De motie van der Staaij/Veldman gaat in op deze ketensamenwerking en vraagt

<sup>13</sup> Kamerstukken 29 247, nr. 317

<sup>14</sup> <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Raamwerk%20behoud%20noncovid%20zorg.pdf>

welke initiatieven er zijn of aanvullend kunnen worden gecreëerd voor het verlenen van zorg aan coronapatiënten buiten het ziekenhuis, zowel in (tijdelijke) zorglocaties als in de thuissituatie<sup>15</sup>.

Hierover kan ik aangeven dat afgelopen zomer bestuurlijk afspraken zijn gemaakt<sup>16</sup> gericht op kwetsbare COVID-19 patiënten buiten het ziekenhuis. In paragraaf 12 Opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis in deze brief ga ik uitgebreider in op de precieze beschikbare capaciteit en (verwachte) bezetting van deze tijdelijke verblijfplekken. Bij het LCPS zijn er signalen dat patiënten soms nog worden overgeplaatst naar een ziekenhuis in een andere regio, terwijl zij eigenlijk (in de eigen regio) zouden moeten doorstromen naar een bed buiten het ziekenhuis. Dit is recent onder de aandacht gebracht van partijen. Het is belangrijk om hier in de hectiek en drukte scherp met elkaar op te zijn en te blijven.

Het is nodig dat de huisartsenzorg aan zowel COVID- als niet-COVID-patiënten kan blijven doordraaien en dat de huisarts toegankelijk is. In de eigen praktijk, maar ook in de regio wanneer de situatie daarom vraagt. Dat heeft voor de huisartsen eerste prioriteit. Daarnaast zie je in diverse regio's initiatieven ontstaan waarin huisartsen inzetten op zorgverlening aan COVID-patiënten in de thuissituatie. Zo nemen huisartsen in de regio Amsterdam en Den Bosch samen met thuiszorgorganisaties een deel van de zorg op zich, zodat herstellende COVID-patiënten eerder het ziekenhuis kunnen verlaten.

Tot slot kan ik u melden dat de IGJ zorgaanbieders, onder meer via een nieuwsbericht op de website, heeft uitgenodigd om knelpunten in de samenwerking te melden. De IGJ wil hierover in gesprek gaan om te kijken hoe de zij kan bijdragen aan het oplossen ervan. Zo kan de instroom en doorstroom van patiënten beter worden en krijgt iedere patiënt de zorg die hij nodig heeft, op de juiste plek.

#### 4. Transparantie over toegankelijkheid zorg

De NZa heeft een aparte informatievoorziening ingericht zodat voor zorgaanbieders en ROAZ-regio's continu de meest actuele informatie over de patiëntenstromen en de toegankelijkheid van zorg in de regio beschikbaar is tijdens de COVID-19 pandemie. Dit inzicht helpt zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij de samenwerking om de toegankelijkheid van de COVID-zorg en reguliere zorg te kunnen borgen. Op maandag 9 november is dit dataportaal, genaamd Zorgbeeld, live gegaan. Bij de ontwikkeling van Zorgbeeld is nauw samengewerkt met het LCPS en het LNAZ. Het portaal biedt zorgaanbieders, ROAZ-regio's, verzekeraars en de toezichthouders op een laagdrempelige manier inzicht in de huidige situatie over de toegankelijkheid van zorg in de eigen regio, maar ook in andere regio's en ondersteunt daarmee de samenwerking in de regio. De uitvraag van data is zo efficiënt mogelijk ingericht om partijen niet onnodig te belasten. Bij de doorontwikkeling van het portaal en het toevoegen van nieuwe functionaliteiten wordt aangesloten op de urgentie en behoefte van de gebruikers. De aansluiting van de VVT-sector staat op de agenda van deze doorontwikkeling.

#### 5. Financiële randvoorwaarden

Tot slot is afgesproken dat zorgverzekeraars afspraken maken over financiële arrangementen. Zorgaanbieders hebben financieel comfort nodig om zich te kunnen focussen op bovengenoemde maatregelen en hierin de benodigde keuzes te kunnen maken. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn met elkaar in gesprek over een regeling voor 2021. Het is belangrijk dat een ieder hierin zijn verantwoordelijkheid neemt. Daarnaast is er financiële ondersteuning vanuit VWS voor ziekenhuizen, zoals bij de opschaling van IC-bedden. De minister voor MZS zal de Kamer op korte termijn nader informeren over de stand van zaken van de financiële ontwikkelingen rond de ziekenhuizen.

#### *Uitbreiden IC-capaciteit*

<sup>15</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 673

<sup>16</sup> Met (vertegenwoordigers van) ZN, ActiZ, VGN, de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG-en) en de NZa

Zoals bekend zijn ziekenhuizen momenteel bezig met de uitbreiding van de IC-capaciteit en klinische capaciteit in het kader van COVID-19 conform het opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). De uitbreiding naar 1350 IC-bedden en bijbehorende klinische bedden voor Covid patiënten stond per 1 oktober gepland. Dit betreft fase 2 van het opschalingsplan. Het gaat dan om "aanleg" van 200 extra IC-bedden en 400 extra klinische bedden, structureel voor de duur van de pandemie. De volgende stap is de uitbreiding naar 1700 IC-bedden per 1 januari 2021. Dit betreft fase 3 van het opschalingsplan. Het gaat dan om "aanleg" van 350 extra IC-bedden en 700 extra klinische bedden, die flexibel beschikbaar moeten zijn voor de duur van de pandemie. Om daadwerkelijk gebruik te kunnen maken van de extra uitbreiding van de bedden capaciteit geldt dat de beschikbaarheid van voldoende personeel de bepalende factor is. Hier hebben we – in tegenstelling tot de eerste golf – nu te maken met knelpunten vanwege de hoge uitval van personeel op dit moment; en vanwege de zorgverlening aan het grote aantal COVID-patiënten op de klinische afdelingen van de ziekenhuizen.

Het opschalingsplan van het LNAZ betreft een tijdelijke opschaling van de capaciteit, alleen bestemd voor het opvangen van COVID-patiënten gedurende de pandemie. Op dit moment is nog onduidelijk wat de impact van COVID blijft in de toekomst. Hoe het virus en hoe de behandeling van COVID-patiënten zich ontwikkelt, zullen onder andere van invloed zijn op de benodigde IC-capaciteit in de toekomst. De motie<sup>17</sup> van de heer Wilders verzoekt de regering een structurele reserve van IC-bedden en klinische ziekenhuisbedden aan te houden teneinde toekomstige pandemieën en rampen beter op te kunnen vangen. In haar appreciatie van deze motie, waarmee de heer Wilders akkoord is gegaan, heeft de minister voor MZS aangegeven dat de opschaling er nu is voor de coronatijd en dat we daarna – als de COVID-crisis voorbij is – gaan kijken wat er structureel nodig is.

Op grond van haar wettelijke taak houdt de IGJ toezicht op de opschaling en spreiding. Zo verzamelt of ontvangt de IGJ informatie van bijvoorbeeld het LCPS, de NZa, meldingen van patiënten en burgers bij het landelijk meldpunt zorg, en van zorgverleners en organisaties. De IGJ gaat in gesprek over opvallende zaken en signalen over mogelijke knelpunten. Door zicht op de feiten en op de omstandigheden waaronder de zorgverlening wordt georganiseerd, kan de IGJ oordelen of aan de voorwaarden voor goede zorg wordt voldaan.

De IGJ heeft op 9 november jl. een brief gestuurd naar alle ROAZ-voorzitters waarin zij nadere informatie vraagt over de voortgang van de opschaling en de beschikbare IC-capaciteit in de ROAZ-regio's. De IGJ wil hiermee inzicht krijgen in hoe de samenwerking verloopt, in hoeverre de uitbreiding van de extra bedden capaciteit gestalte heeft gekregen, hoe het opschalingsplan in de regio uitgevoerd wordt en wat eventuele knelpunten zijn. De IGJ vormt zich op dit moment een beeld; in een volgende brief wordt de Kamer hierover verder geïnformeerd.

Met de realisatie van de opschaling gaan kosten gepaard. Op 30 oktober jl. is door VWS de Subsidieregeling opschaling COVID-19 gepubliceerd. Met deze subsidieregeling wordt de fase van 1150 tot 1350 IC-bedden (fase II) en de fase tot 1700 IC-bedden (fase III) vergoed. Daarnaast worden met deze subsidie enkele werkelijke kosten eenmalig in 2020 vergoed. Het gaat om bijvoorbeeld: de vergoeding voor noodzakelijke verbouw en bouwkundige aanpassingen binnen bestaande ziekenhuisgebouwen voor de opschaling t.b.v. de COVID-19 patiënt; de vergoeding voor noodzakelijke medische inventaris voor de opschaling t.b.v. de COVID-19 patiënt; en de vergoeding voor het aanleggen van een COVID-19 (crisis)voorraad geneesmiddelen (conform plan LCG). Het aanvraagportaal voor deze subsidieregeling is op 2 november 2020 opengesteld. Tot uiterlijk 13 november 2020 konden de ziekenhuizen waar de opschaling plaatsvindt een aanvraag indienen; inmiddels zijn door alle ziekenhuizen conform bijlage I van de Subsidieregeling aanvragen ingediend.

De opschaling van de IC-bedden naar de eerste fase, de 1150 IC-bedden, wordt niet uit de subsidieregeling bekostigd, maar wordt via de zorgverzekeraars bekostigd. In het bestuurlijk overleg op 24 september jl. over de opschaling van de IC-capaciteit en klinische bedden hebben zorgverzekeraars aangegeven dat zij voor 2021 exclusief de opschaling zullen inkopen maar de

<sup>17</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 690.

COVID-19 zorg op de IC (en dus ook de noodzakelijke opschalingen in fase 1) zonder plafond zullen vergoeden.

Ik begrijp dat de ziekenhuizen met man en macht bezig zijn om de extra IC- en klinische bedden – inclusief het benodigde personeel – voor elkaar te krijgen en zie ik ook dat dit geen makkelijke opgave is. Ik waardeer de inzet van alle betrokkenen om de opschaling conform het opschalingsplan COVID-19 te realiseren zodat de benodigde COVID-19 zorg beschikbaar is. Daarnaast wil ik nog benadrukken dat we net als in de eerste golf, ook van en tijdens deze tweede golf leren. Er komen voortdurend nieuwe inzichten waarmee zowel de zorg voor COVID-19 patiënten, als de organisatie van zorg continue ontwikkelen. Op basis van de ervaringen en nieuwe inzichten wordt de zorg verder ontwikkeld zodat de beste mogelijke zorg kan worden geboden. Dit is een continu proces.

## **Passage Kamerbrief Opschaling tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis**

Conform het door de DPG-en ontwikkelde ramingsmodel zijn er landelijk minimaal 300 plekken direct beschikbaar (niveau 'basis'), 550 extra plekken die binnen 72 uur in gebruik genomen moeten kunnen worden (niveau 'midden') en 1150 plekken die binnen 2 weken kunnen worden gerealiseerd (niveau 'hoog'). Er vindt sinds begin oktober wekelijks monitoring plaats van beschikbare en bezette plekken. De bezetting van de tijdelijk verblijfplekken (eerstelijnsverblijf) voor COVID-19-patiënten in de verpleeg- en verzorgingshuizen is de afgelopen weken verder gestegen van 550 naar 948 plekken over het hele land, met een beschikbaarheid van 1292 plekken (peildatum 16 november). In de prognose wordt volgende weken een daling verwacht in bezetting naar ongeveer 870 en 715 plekken. Van de 25 regio's zijn er 11 opgeschaald naar niveau 'midden', 10 regio's naar niveau 'hoog' en regio Rotterdam-Rijnmond is aangemerkt als crisisregio. De situatie wordt door GGD-GHOR als beheersbaar, maar zorgelijk ingeschat. De grootste zorg blijft de personele capaciteit.

212 - 213

5.1.2i Concept

## 11. Financiële regelingen in de Zorg

### Factsheet Financiële maatregelen corona - Wlz

<b>Onderwerp: Financiële maatregelen corona - Wlz</b>	
Kernboodschap	<p><i>Uit voortgangsbrief COVID stavaza-brief d.d. 17 november 2020</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De uitbraak van de COVID-19-pandemie vraagt het uiterste van onze zorgverleners. Het is belangrijk dat zorgaanbieders zich op die momenten geen zorgen hoeven te maken over hun financiële positie en zich maximaal kunnen richten op het leveren van de noodzakelijke- en veilige zorg tijdens de crisis en daartoe ook in staat blijven als we de crisis achter ons hebben gelaten.</li> <li>• In alle domeinen binnen de zorg zijn afspraken gemaakt om de financiële onzekerheid als gevolg van de COVID-19-pandemie te beperken. Deze afspraken zijn vertaald naar concrete maatregelen. Veel van deze maatregelen zijn in beginsel enkel voor 2020 ingericht.</li> <li>• Inmiddels heb ik de NZa verzocht de maatregelen voor de Wlz te verlengen tot 1 januari 2022.</li> <li>• Ook voor het persoonsgebonden budget zijn maatregelen getroffen om de continuïteit van zorg voor budgethouders te borgen. Hierover zijn afspraken gemaakt met ZN over de regeling in het kader van continuïteit van zorg ten aanzien van het pgb in de Wlz.</li> <li>• Tegelijkertijd wordt ook de meerkostenregeling PGB voor de Wlz verlengd naar 31-12-2021.</li> <li>•</li> </ul>
Argumentatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medio maart 2020 zijn voor de Wet langdurige zorg (Wlz) afspraken gemaakt over financiële maatregelen als gevolg van de COVID-19-pandemie. Deze afspraken hebben als doel de continuïteit van zorg op de korte termijn te garanderen en de continuïteit van (het) zorg(landschap) op langere termijn te borgen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft hiervoor een beleidsregel opgesteld op basis waarvan meerkosten als gevolg van de COVID-19-pandemie kunnen worden vergoed.</li> <li>• De mogelijkheid om meerkosten als gevolg van de COVID-19-pandemie te vergoeden loopt tot 31 december 2020 voor alle aanbieders in de langdurige zorg. Ook voorziet deze beleidsregel in compensatie van doorlopende kosten van zorgaanbieders die ze moeten maken voor overeengekomen productie die zij ondanks de COVID-19-pandemie wel realiseren.</li> <li>• In mijn brief van 12 juni jl. heb ik het perspectief geschetst voor de tweede helft van 2020 (TK 2019/2020, 34104 nr. 296). Na afloop van de generieke periode is er voor zorgaanbieders en zorgkantoren de mogelijkheid om maatwerkafspraken te maken. Bijvoorbeeld als er sprake is van een COVID-19-besmetting binnen de instelling en/of als de dagbesteding als gevolg van de COVID-19-pandemie nog op alternatieve wijze wordt ingevuld. Ook hiervoor heeft de NZa een beleidsregel opgesteld.</li> <li>• De ontwikkeling van het aantal besmettingen maakt duidelijk dat ook in 2021 dergelijke maatregelen nodig zullen zijn in verband met de COVID-19-</li> </ul>

	<p>pandemie, zodat zorgaanbieders zich maximaal kunnen blijven richten op het leveren van de noodzakelijke en veilige zorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Om die reden heb ik de NZa verzocht de maatregelen te verlengen tot 1 januari 2022. Het betreft hierbij de vergoeding van extra kosten a.g.v. de COVID-19-pandemie, de maatwerkregeling compensatie doorlopende kosten en de maatwerkregeling dagbesteding.</li> <li>• Ik heb de NZa hierbij verzocht om enkele verbeteringen door te voeren, die onder andere op basis van de ervaringen die dit jaar zijn opgedaan met de maatregelen. Bijvoorbeeld door de bestuursverklaring die van toepassing is bij de maatwerkregeling dagbesteding te vereenvoudigen. Dit draagt bij aan de uitvoerbaarheid en beperking van administratieve lasten.</li> <li>• Ook wordt er een verband gelegd met de verschenen Routekaart coronamaatregelen (zie bijlage bij TK 2019/2020, 25295, nr. 656), zodat passende financiële maatregelen kunnen worden getroffen indien op basis van deze Routekaart algemene maatregelen worden getroffen die de zorgverlening raken.</li> </ul>
Politieke afspraken	
Feiten&cijfers	<p><b>De compensatiemaatregelen als gevolg van COVID-19</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De generieke maatregelen voor de vergoeding van de omzetsderving liepen voor de gehandicaptensector en dagbesteding tot 1 augustus, voor de verpleeghuissector tot 1 september en voor de voerige Wlz-zorg tot 1 juli 2020. Daarna is er een maatwerk regeling van kracht. De NZa raamt in haar augustusadvies dat het financiële effect hiervan <b>€ 300 miljoen</b> bedraagt. Dit wordt gefinancierd vanuit het Wlz-kader 2020.</li> <li>• Daarnaast kunnen zorgaanbieders over geheel 2020 in aanmerking komen voor de vergoeding van de meerkosten, die gerelateerd zijn aan COVID-19. De vergoeding van de meerkosten komt niet ten laste van het Wlz-kader, maar wordt bovenbudgettair betaald vanuit het Fonds Langdurige Zorg. Het gaat hierbij om zowel personele als materiële meerkosten die het gevolg zijn van de uitbraak van het coronavirus. Voor zorg in natura is geraamd dat de kosten hiervoor in de eerste maanden (maart t/m mei) <b>€ 150 miljoen</b> bedragen. Voor Wlz-pgb bedraagt dit circa <b>€ 40 miljoen</b> over de maanden maart t/m juli.</li> <li>• De uitwerking van deze maatregelen is opgenomen in beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).</li> </ul>

## Factsheet: Effecten en financiële maatregelen corona voor pgb voor alle zorgdomeinen

factsheet: Effecten en financiële maatregelen corona voor pgb voor alle zorgdomeinen	
Kernboodschap	<p>In het kader van de corona-crisis zijn in april afspraken gemaakt met de VNG, ZN en de Nza om de budgethouders in staat te stellen de zorgcontinuïteit te borgen en dat de zorgaanbieders zich geen zorgen hoeven te maken over hun financiële positie en zich kunnen richten op het leveren van de noodzakelijke- en veilige zorg.</p> <p>De maatregelen zijn gebaseerd op de maatregelen die voor Zorg in natura zijn opgesteld. Het pgb is daarin volgend geweest.</p> <p>Inhoudelijk hebben de akkoorden dezelfde maatregelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het mogelijk maken om de extra kosten gerelateerd aan de coronacrisis (duurdere of vervangende zorg) vergoed te krijgen door hiervoor een aanvraag te doen bij de verstrekker.</li> <li>• Het mogelijk maken dat zorg die niet geleverd is, bij pgb toch door de SVB te laten betalen, om zo de continuïteit van zorg nu en later te waarborgen.</li> </ul> <p>De maatregelen zijn van toepassing op alle zorgdomeinen. De uitwerking van de maatregelen kunnen per zorgwet verschillen. Dit heeft te maken met de verschillende systematiek van de zorgwetten.</p> <p>De maatregelen golden tot 1 augustus 2020, op een paar uitzonderingen na. De ministeriële regelingen zijn in de Staatscourant gepubliceerd. Uitzondering hierop is de Regeling voor de wooninitiatieven in financiële nood.</p> <p>Op dit moment worden voor Zorg in natura maatregelen ontwikkeld voor 2021. VWS is samen met VNG en ZN in gesprek gegaan over mogelijke pgb-maatregelen voor de 'tweede golf'. Dit heeft voor de Wmo, Jeugdwet en Wlz tot afspraken c.q. besluiten geleid. Ook deze zullen zoveel als mogelijk volgend op de maatregelen bij Zorg in natura zijn. De pgb-regeling houdt in dat de generieke maatregel die tijdens de eerste golf van kracht was (regeling doorbetaling niet-geleverde zorg) opnieuw wordt ingevoerd, maar wel met specifiekere voorwaarden. De voorwaarden houden in dat doorbetaling enkel mogelijk is in specifieke situaties. De situaties waarin niet-geleverde zorg wordt doorbetaald is bij besmetting en/of noodzaak tot quarantaine van een budgethouder of diens zorgverlener, waardoor tijdelijk geen zorg kan worden geleverd of waardoor budgethouder niet naar dagbesteding kan gaan.</p> <p>Voor de Zvw is (nog) geen overeenstemming met de zorgverzekeraars bereikt over een aanvullende regeling. Hierover vinden nog gesprekken plaats.</p> <p>Dit wordt in de Covid-kamerbrief van 17 november gemeld aan de Kamer.</p>
Argumentatie	<p>Algemene uitgangspunten hierbij zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgcontinuïteit nu en in de toekomst voor de budgethouder wordt geborgd.</li> <li>• Verstrekkers hebben een zorgplicht en gemeenten hebben de verantwoordelijkheid om maatwerk te leveren aan de cliënt en een jeugdhulpplicht.</li> <li>• Budgethouders gaan bij veranderingen in de zorg- en ondersteuningsbehoefte en bij vragen over de zorginkoop altijd in overleg met de verstrekker.</li> <li>• Het streven is om binnen de huidige, wettelijk geborgde processen en budget te blijven zodat rechtmatigheid en continuïteit van de uitvoering wordt geborgd. Alleen als de coronamaatregelen op basis van de RIVM-advisering daartoe aanleiding geven, is het mogelijk om af te wijken.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De kosten die gerelateerd zijn aan de coronamaatregelen worden door budgethouders apart geregistreerd.</li> <li>• Het, waar mogelijk, laag houden van de administratieve lasten voor alle betrokken partijen.</li> </ul>
Politieke afspraken (regerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)	<p>Dit heeft geleid tot de volgende akkoorden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 april: Akkoord met de VNG over pgb-maatregelen in het sociaal domein.</li> <li>• 2 april: Akkoord met ZN over pgb-maatregelen voor pgb-Wlz.</li> <li>• 6 april: Akkoord met ZN over pgb-maatregelen voor Zvw-rgb.</li> <li>• 8 juni: Akkoord met ZN over tegemoetkoming voor wooninitiatieven in financiële nood. Zie voor meer informatie Factsheet Regeling wooninitiatieven in financiële nood.</li> <li>• 6 november: Akkoord met ZN over maatwerkregeling: doorbetaling niet geleverd zorg.</li> <li>• Wk van 6 november: akkoord met VNG over doorbetaling niet geleverde zorg.</li> </ul> <p>De totstandkoming van deze maatregelen en de uitwerking was in samenwerking met de betrokken externe partijen (ZN, VNG, NZa en ZiNI). De belangenverenigingen Per Saldo en BVKZ zijn vanaf het begin ook hierbij betrokken en geraadpleegd.</p> <p>In het COVID-19 debat van 28 oktober is mw Dik-Faber de toezegging gedaan om in de volgende COVID-19 brief de Kamer te informeren over de pgb-maatregelen ihkv Covid-19.</p>
Feiten & cijfers	<p>Inschatting pgb-maatregelen bij de Wlz:</p> <p>In de begroting is een bedrag van 40 mln opgenomen voor Extra Kosten Corona in het Wlz-rgb.</p> <p>Er is zorg doorbetaald die niet geleverd is (Niet-geleverde zorg). De hoogte hiervan is nog niet bekend.</p> <p>Inschatting pgb-maatregelen Sociaal domein: Het Rijk heeft een voorschot van €144 mln. uitgekeerd aan gemeenten. Dit voorschot is opgebouwd uit een bedrag voor meerkosten en een bedrag voor inhaalzorg en bevat Zorg in Natura en zorg die gefinancierd wordt met een pgb.</p>
Overig (zoals heikele punten en pers)	<p>Er zijn begin mei Kamervragen gesteld door Kerstens en Hijink over de maatregelen t.b.v. wooninitiatieven die vanwege Corona (overlijden van budgethouders c.q. leegstand) in financiële nood zijn geraakt.</p> <p>Daarnaast is er nog een commissiebrief binnen gekomen waarin u wordt gevraagd te reageren op een brief die BVKZ aan de TK heeft gestuurd. Beide beantwoordingen zijn naar de Kamer gestuurd. Zie ook: Factsheet Regeling wooninitiatieven in financiële nood.</p>

## Factsheet Financiële regelingen sociaal domein

<b>Onderwerp:</b>	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgaanbieders moeten zich richten op het leveren van de noodzakelijke- en veilige zorg tijdens de pandemie en daartoe ook in staat blijven als we de crisis achter ons hebben gelaten.</li> <li>• De afspraken over het vergoeden van de meerkosten tussen het Rijk en de VNG worden verlengd.</li> <li>• Gegeven de wettelijke taak om de continuïteit van zorg en ondersteuning te waarborgen, wordt van gemeenten verwacht dat maatwerk wordt verleend aan aanbieders als daartoe aanleiding is en indien nodig continuïteitsafspraken te maken.</li> <li>• Wat betreft de dagbesteding ben ik nog in overleg over de vraag of er landelijke regelingen nodig zijn.</li> </ul>
Argumentatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De VNG en het Rijk hebben medio maart, kort na het uitbreken van de coronacrisis, afspraken gemaakt over het bieden van financiële zekerheid en ruimte aan zorgorganisaties en professionals binnen de Jeugdwet en Wmo 2015. De afspraken zijn gericht op het zo goed mogelijk organiseren van continuïteit van zorg voor cliënten en het borgen van het zorgstelsel voor de langere termijn. Onderdeel van deze afspraken is dat meerkosten als gevolg van de COVID-19-pandemie door het Rijk worden vergoed.</li> <li>• De afspraak voor compensatie van meerkosten gold in eerste instantie tot 1 juli 2020 en is later verlengd tot 1 januari 2021. Afsproken is dat een eventueel benodigde verlenging van de einddatum onderwerp van gesprek blijft. Duidelijk is dat zorgaanbieders binnen de Jeugdwet en Wmo 2015 ook in 2021 extra kosten moeten maken om zorg binnen de maatregelen van de COVID-19-pandemie te kunnen organiseren. Om deze reden is besloten de afspraken tussen Rijk en VNG te verlengen tot 1 januari 2022. Hiermee wordt de einddatum van deze regeling in het sociaal domein gelijkgetrokken met de Wlz.</li> <li>• Begin juni is een nadere uitwerking van de afspraken over de compensatie van meerkosten gepubliceerd. De onderliggende afspraken worden op basis van de ervaringen in 2020 geactualiseerd, maar blijven inhoudelijk grotendeels onveranderd. De basis van de meerkosten zijn de coronamaatregelen van het kabinet en de RIVM-richtlijnen. Gemeenten worden voor deze meerkosten gecompenseerd door het Rijk. Hiertoe wordt in de loop van 2021 op macroniveau de omvang van de meerkosten bepaald voor heel 2021. Dit bedrag wordt in principe via de gebruikelijke verdeelmodellen voor de verschillende uitkeringen uit het gemeentefonds verdeeld over gemeenten.</li> <li>• Om de continuïteit van zorg en ondersteuning te borgen zijn gemeenten tot 1 juli dit jaar opgeroepen tot een generieke en landelijke continuïteitsregeling. Gemeenten zijn daarbij verzocht de omzet onverminderd (100%) door te betalen aan aanbieders ook in geval er sprake was van vraaguitval. Het doel daarvan was acute liquiditeitsproblemen bij aanbieders te voorkomen en behoud van werkgelegenheid in de zorg en ondersteuning. Na het vervallen van de landelijke oproep per 1 juli, dienen gemeenten op lokaal niveau nog steeds aandacht te hebben voor de financiële positie van aanbieders. Gegeven de wettelijke taak om de continuïteit van zorg en ondersteuning te waarborgen, wordt van gemeenten verwacht dat maatwerk wordt verleend aan aanbieders als daartoe aanleiding is en indien nodig continuïteitsafspraken te maken.</li> <li>• Specifiek voor de dagbesteding binnen de Jeugdwet en Wmo 2015 ben ik – vanwege signalen dat aanbieders van dagbesteding financiële problemen ervaren- in overleg met aanbieders en de VNG om te bezien of aanvullende</li> </ul>

	(landelijke) maatregelen nodig zijn in relatie tot te maken continuïteitsafspraken.
Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)	-
Feiten&cijfers	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zoals eerder aan uw Kamer gecommuniceerd (TK 2019/2020 25295, nr. 656), is de totale hoogte van de compensatie m.b.t. de Jeugdwet en Wmo 2015 voor het jaar 2020 gezamenlijk vastgesteld op € 170 miljoen.</li></ul>
Overig (zoals heikele punten en pers)	-

## Factsheet Financiële regelingen irt corona in de Zvw

Onderwerp: Financiële regelingen irt corona in de Zvw	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn medio maart afspraken gemaakt met als doel de continuïteit van zorg tijdens en na de COVID-19-pandemie te borgen zodat zorgverzekeraars kunnen blijven voldoen aan hun zorgplicht.</li> <li>• Zorgaanbieders worden gecompenseerd voor de meerkosten die de COVID-19-pandemie met zich meebrengt en krijgen een bijdrage voor de omzet die daardoor wegvalt.</li> <li>• hiervoor heb ik de NZa via een aanwijzing opdracht gegeven om passende prestatiebeschrijvingen te ontwikkelen die zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen gebruiken voor de continuïteitsbijdrage- en meerkostenregelingen die tot stand zijn gekomen. Deze prestatiebeschrijvingen gelden tot 1 januari 2022.</li> <li>• In de loop van dit jaar is Zorgverzekeraars Nederland (ZN) naar buiten getreden met verschillende continuïteitsbijdrage- en meerkostenregelingen over 2020 voor groepen zorgaanbieders binnen de Zvw.</li> <li>• Op dit moment wordt door ZN/zorgverzekeraars gezien of en waar er ook voor 2021 regelingen moeten worden vastgesteld (en waar regelingen over 2020 nog verlenging van de looptijd behoeven).</li> <li>• Uiteraard heb ik hierover in contact met ZN en andere betrokken partijen. Ik zal uw Kamer hier binnenkort verder over informeren. De NZa ziet ook in dezen toe op de zorgplicht van zorgverzekeraars.</li> </ul>
Argumentatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgverzekeraars hebben voor de Zvw-zorgaanbieders continuïteitsbijdrage-regelingen vastgesteld en zijn verantwoordelijk voor de uitvoering daarvan. Het is dan ook aan hen om te beslissen over het wel of niet verlengen van deze regelingen.</li> <li>• Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht voor hun verzekerden en om deze na te kunnen komen, moet er voldoende zorg beschikbaar zijn voor de verzekerden. De NZa ziet toe op nakoming van deze plicht.</li> <li>• De zorgverzekeraars zijn dus gebaat bij continuïteit van de zorg. En door de vaststelling van de regelingen proberen zorgverzekeraars dit te borgen.</li> <li>• Voor wat betreft de <u>meerkosten</u> die samenhangen met COVID-19 geldt dat in het merendeel van de vastgestelde beleidsregels en afgesproken tarieven voor de reguliere zorg geen vergoeding voor meerkosten a.g.v. corona is opgenomen. De NZa dient namelijk redelijkerwijs kostendekkende tarieven vast te stellen voor deze zorg. Daarom is het noodzakelijk dat de huidige aparte meerkostenregelingen ook door zorgverzekeraars worden verlengd als er na afloop van deze regelingen nog corona meerkosten zijn. Of coronakosten van zorgaanbieders wel of niet, en met name op welke wijze en in welke mate, vergoed worden door zorgverzekeraars hangt helemaal af van de afspraken die zij hierover hebben gemaakt. Deze regelingen kunnen onderling (per sector) verschillen omdat de omvang en soort van meerkosten per sector kan verschillen. Dit is maatwerk. VWS beslist niet over de inhoud van deze regelingen. De NZa, ziet hier, gezien haar toezicht op uitvoering van de Zvw door verzekeraars, inclusief de zorgplicht, ook op toe.</li> <li>• De noodzaak voor een <u>continuïteitsbijdrage in 2021</u> hangt sterk af van de kabinetsmaatregelen die getroffen worden: ziekenhuizen schalen op dit moment reguliere zorg af en kunnen daardoor omzet verliezen, maar contactberoepen kunnen hun zorg, soms in aangepaste vorm, nog leveren. Mochten hier wijzingen in voordoen als gevolg van nieuwe landelijke maatregelen, dan is de noodzaak voor een regeling vanuit verzekeraars groter.</li> <li>• De zorgverzekeraars stellen de regelingen op binnen de door op</li> </ul>

	<p>aanwijzing van VWS geboden ruimte in regelgeving van de NZa (prestatiebeschrijvingen gelden tot 1 januari 2022).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij ZN noch bij NZa zijn veel klachten binnengekomen van zorgaanbieders of koepels van zorgaanbieders die vinden dat de regelingen in de praktijk onvoldoende financieel soelaas bieden. Overigens heeft ZN aangegeven met de meeste zorgsectoren in contact te zijn over de werking van de bestaande regelingen en eventuele voorzetting/vernieuwing van de deze regelingen in 2021 of naar aanleiding van veranderende omstandigheden door de 2<sup>de</sup> golf.</li> <li>• De NZa en onderzoeksbureau Gupta zijn bezig met een onderzoek naar hoe de regelingen in de praktijk werken en uitpakken voor de zorgaanbieders. ZN is ook betrokken. Ze kijken daarbij naar de sectoren: msz (ziekenhuizen), wijkverpleging, kleine zorgaanbieders (omzet &lt; € 10 miljoen, GGZ, zbc's. De regelingen voor deze sectoren verschillen, met name in de verhouding tussen ex-ante (afspraken vooraf) en ex-post steun (afrekening achteraf). Ex-ante heeft als voordelen: weinig administratieve lasten en een goede prikkelwerking, maar geeft zorgaanbieders wel onzekerheid over het uiteindelijke financiële resultaat van de steun. Waarom is voor een bepaalde sector voor een bepaalde verhouding tussen ex-ante en ex-post gekozen? En hoe pakt dit uit in de praktijk? Men is het onderzoek begonnen bij de msz omdat dit de grootste sector is. Medio november verwacht men alle sectoren te hebben doorgelicht en een goed totaalbeeld te kunnen presenteren.</li> <li>• ZN geeft aan, niet op voorhand de huidige regelingen voor 100% te zullen gaan continueren. Men gaat kijken naar welke steun men zorgaanbieders in de 2<sup>de</sup> golf moet geven om te kunnen blijven voldoen aan de wettelijke zorgplicht. ZN houdt nadrukkelijk de optie open dat de nieuwe regelingen anders kunnen worden ingericht (bijv. de verhouding ex-ante en ex-post steun) en daardoor ook kunnen worden afgeslankt. Hoe de bestaande regelingen in de praktijk uitpakken, wordt gecombineerd met de nieuwe omstandigheden onder de 2<sup>de</sup> golf. Daarbij gebruikt men ook de uitkomsten van de onderzoeken die onderzoeksbureaus Gupta en DHD deden naar de financiële gevolgen voor zorgaanbieders van Covid 19 en de huidige regelingen van ZN. Ook het bovengenoemde onderzoek van de NZa met onderzoeksbureau Gupta naar de uitwerking van de huidige regelingen, wordt daarbij meegenomen.</li> <li>• Er zijn op allerlei niveaus regelmatig contacten met ZN over de uitvoering van de bestaande regelingen en de toekomst van deze regelingen in 2021 (na afloop van de geldigheidstermijn) en nu er een 2<sup>de</sup> golf is.</li> </ul>
<p>Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)</p>	-
<p>Feiten&amp;cijfers</p>	-
<p>Overig (zoals heikele punten en pers)</p>	-

222 - 240

5.1.2i Concept

**Brief BGZJ over Financiële en administratieve impact van  
Corona op de jeugdhulp**

## Passage Kamerbrief Financiële maatregelen in de zorg

De uitbraak van de COVID-19-pandemie vraagt het uiterste van onze zorgverleners en hun organisaties. Het is belangrijk dat zorgaanbieders zich op die momenten geen zorgen hoeven te maken over hun financiële positie en zich maximaal kunnen richten op het leveren van de noodzakelijke en veilige zorg tijdens de crisis en daartoe ook in staat blijven als we de crisis voorbij zijn. In alle domeinen binnen de zorg zijn (eerder) afspraken gemaakt om de financiële onzekerheid als gevolg van de COVID-19-pandemie te beperken. Deze afspraken zijn vertaald naar concrete maatregelen. Veel van deze maatregelen zijn in beginsel enkel voor 2020 ingericht. In onderstaande paragrafen ga ik per domein in op hoe ik in 2021 een passend vervolg wil geven aan deze maatregelen.

### *Wet langdurige zorg*

Medio maart 2020 zijn voor de Wet langdurige zorg (Wlz) afspraken gemaakt over financiële maatregelen als gevolg van de COVID-19-pandemie. Deze afspraken hebben als doel de continuïteit van zorg op de korte termijn te garanderen en de continuïteit van (het) zorg(landschap) op langere termijn te borgen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft hiervoor een beleidsregel opgesteld op basis waarvan meerkosten als gevolg van de COVID-19-pandemie kunnen worden vergoed. De mogelijkheid meerkosten als gevolg van de COVID-19-pandemie te vergoeden, loopt tot 31 december 2020 voor alle aanbieders in de langdurige zorg. Ook voorziet deze beleidsregel in compensatie van doorlopende kosten van zorgaanbieders die ze moeten maken voor overeengekomen productie die zij ondanks de COVID-19-pandemie wel realiseren.

In mijn brief van 12 juni jl.<sup>18</sup> heb ik het perspectief geschetst voor de tweede helft van 2020. Na afloop van de generieke periode is er voor zorgaanbieders en zorgkantoren de mogelijkheid maatwerkafspraken te maken. Bijvoorbeeld als er sprake is van een COVID-19-besmetting binnen de instelling en/of als de dagbesteding als gevolg van de COVID-19-pandemie nog op alternatieve wijze wordt ingevuld. Ook hiervoor heeft de NZa een beleidsregel opgesteld. Door dagbesteding, die op alternatieve wijze wordt ingevuld, voor vergoeding in aanmerking te laten komen, wordt continuïteit van zorg voor de cliënt en tegelijkertijd ook zorgvernieuwing en innovatie gestimuleerd. Zorgaanbieders die geen COVID-19-besmetting binnen de instelling hebben en daardoor geen toegang tot de maatwerkregeling hebben, kunnen in uitzonderlijke situaties een beroep doen op de hardheidsclausule. Hierbij toetst het zorgkantoor of het omwille van de continuïteit van zorg noodzakelijk is hen te compenseren voor de effecten van COVID-19-pandemie. Bijvoorbeeld indien er sprake is van uitzonderlijk hoog ziekteverzuim.

De ontwikkeling van het aantal besmettingen maakt duidelijk dat, in verband met de COVID-19-pandemie, ook in 2021 dergelijke maatregelen nodig zullen zijn zodat zorgaanbieders zich maximaal kunnen blijven richten op het leveren van de noodzakelijke en veilige zorg. Om die reden zal ik op de kortst mogelijke termijn de NZa verzoeken de maatregelen te verlengen tot 1 januari 2022. Het betreft hierbij de vergoeding van extra kosten als gevolg van de COVID-19-pandemie, de maatwerkregeling compensatie doorlopende kosten en de maatwerkregeling dagbesteding. Ik zal de NZa hierbij verzoeken enkele verbeteringen door te voeren, onder andere op basis van de ervaringen die dit jaar zijn opgedaan met de maatregelen. Ook zal ik de NZa verzoeken een verband te leggen met de verschenen Routekaart coronamaatregelen<sup>19</sup> zodat passende financiële maatregelen kunnen worden getroffen indien op basis van deze Routekaart algemene maatregelen worden getroffen die de zorgverlening raken.

### *Wmo en Jeugdwet*

<sup>18</sup> Kamerstukken 34 104, nr. 296

<sup>19</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 656

De VNG en het Rijk hebben medio maart 2020, kort na het uitbreken van de coronacrisis, afspraken gemaakt over het bieden van financiële zekerheid en ruimte aan zorgorganisaties en professionals binnen de Jeugdwet en Wmo 2015. De afspraken zijn gericht op het zo goed mogelijk organiseren van continuïteit van zorg voor cliënten en het borgen van het zorgstelsel voor de langere termijn.

#### *Meerkostenregeling*

Onderdeel van deze afspraken is dat meerkosten als gevolg van de COVID-19-pandemie door het Rijk worden vergoed. Zoals eerder aan uw Kamer gecommuniceerd<sup>20</sup>, is de totale hoogte van de compensatie m.b.t. de Jeugdwet en Wmo 2015 voor het jaar 2020 gezamenlijk vastgesteld op € 170 miljoen. Dit betreft een afrondende afspraak voor meerkosten in het sociaal domein over 2020. Dat neemt niet weg dat als er evident aanleiding is om te veronderstellen dat gemeenten door COVID-19 in financiële problemen komen, of als er onvoorziene ontwikkelingen optreden, Rijk en gemeenten daarover met elkaar in gesprek zullen gaan.

De afspraak voor compensatie van meerkosten gold in eerste instantie tot 1 juli 2020 en is later verlengd tot 1 januari 2021. Duidelijk is dat zorgaanbieders binnen de Jeugdwet en Wmo 2015 ook in 2021 extra kosten moeten maken om zorg binnen de maatregelen van de COVID-19-pandemie te kunnen organiseren. Om deze reden is besloten de afspraken tussen het Rijk en de VNG te verlengen tot 1 januari 2022. Hiermee wordt de einddatum van deze regeling in het sociaal domein gelijkgetrokken met de Wlz.

Begin juni jl. is een nadere uitwerking van de afspraken over de compensatie van meerkosten gepubliceerd. De onderliggende afspraken worden op basis van de ervaringen in 2020 geactualiseerd, maar blijven inhoudelijk grotendeels onveranderd. De basis van de meerkosten zijn de coronamaatregelen van het kabinet en de RIVM-richtlijnen. Gemeenten worden voor deze meerkosten gecompenseerd door het Rijk. Hiertoe wordt in de loop van 2021 op macroniveau de omvang van de meerkosten bepaald voor heel 2021. Dit bedrag wordt in principe via de gebruikelijke verdeelmodellen voor de verschillende uitkeringen uit het gemeentefonds verdeeld over gemeenten.

#### Zorgcontinuïteitsafspraken

Alle inzet van professionals, aanbieders, gemeenten en het Rijk moet allereerst gericht zijn het continueren van de zorg, binnen de richtlijnen van het RIVM. Op reguliere wijze, of indien noodzakelijk, op alternatieve wijze. Als gevolg van de coronacrisis kan het echter voorkomen dat zorg niet geleverd kan worden. Om de continuïteit van zorg en ondersteuning te borgen zijn gemeenten tot 1 juli dit jaar opgeroepen tot een generieke en landelijke continuïteitsregeling. Gemeenten zijn daarbij verzocht de omzet onverminderd door te betalen aan aanbieders, ook in het geval dat er sprake was van vraaguitval. Het doel daarvan was acute liquiditeitsproblemen bij aanbieders te voorkomen en het behoud van werkgelegenheid in de zorg en ondersteuning.

Na het vervallen van de landelijke oproep per 1 juli, dienen gemeenten op lokaal niveau echter nog steeds aandacht te hebben voor de financiële positie van aanbieders. Gegeven de wettelijke taak om de continuïteit van zorg en ondersteuning te waarborgen, wordt van gemeenten verwacht dat maatwerk wordt verleend aan aanbieders als daartoe aanleiding is en indien nodig continuïteitsafspraken te maken. Indien aanbieders problemen ondervinden met doorbetaling door gemeenten is het belangrijk dat ze met elkaar in gesprek gaan – eventueel met een regiofunctionaris van het ketenbureau indien ze er niet meteen uitkomen.

Specifiek voor de dagbesteding en de cruciale jeugdzorg binnen de Jeugdwet en Wmo 2015, blij ik – vanwege signalen dat aanbieders financiële problemen ervaren – in overleg met de VNG en aanbieders om te bezien of aanvullende afspraken nodig zijn.

#### *Zorgverzekeringswet*

<sup>20</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 656

Ook voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn medio maart afspraken gemaakt met het doel de continuïteit van zorg tijdens en na de COVID-19-pandemie te borgen zodat zorgverzekeraars kunnen blijven voldoen aan hun zorgplicht. Zorgaanbieders worden gecompenseerd voor de meerkosten die de COVID-19-pandemie met zich meebrengt en krijgen een bijdrage voor de omzet die daardoor wegvalt. Hiervoor heb ik de NZa via een aanwijzing opdracht gegeven om passende prestatiebeschrijvingen te ontwikkelen die zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen gebruiken voor de continuïteitsbijdrage- en meerkostenregelingen die tot stand zijn gekomen. Deze prestatiebeschrijvingen gelden tot 1 januari 2022. In de loop van dit jaar is Zorgverzekeraars Nederland (ZN) naar buiten getreden met verschillende continuïteitsbijdrage- en meerkostenregelingen over 2020 voor groepen zorgaanbieders binnen de Zvw.

Op dit moment wordt door ZN/zorgverzekeraars gezien of en waar er ook voor 2021 regelingen moeten worden vastgesteld en waar regelingen over 2020 nog verlenging van de looptijd behoeven. De bovengenoemde aanwijzing aan de NZa biedt die mogelijkheid ook voor 2021. Uiteraard sta ik hierover in contact met ZN en andere betrokken partijen. Ik zal uw Kamer hier binnenkort verder over informeren.

#### *Persoonsgebonden budget*

Ook voor het persoonsgebonden budget (pgb) zijn maatregelen getroffen om de continuïteit van zorg voor budgethouders te borgen. Hierover zijn afspraken gemaakt met VNG en ZN over de regeling in het kader van continuïteit van zorg ten aanzien van het pgb in de Wlz, Jeugdwet en Wmo. De pgb-regeling houdt in dat de generieke maatregel die tijdens de eerste golf van kracht was (regeling doorbetaling niet-geleverde zorg) opnieuw wordt ingevoerd, maar doorbetaling alleen mogelijk is onder specifieke in de regeling bepaalde voorwaarden. De situaties waarin niet-geleverde zorg wordt doorbetaald is bij besmetting en/of noodzaak tot quarantaine van een budgethouder of diens zorgverlener, waardoor tijdelijk geen zorg kan worden geleverd of waardoor budgethouder niet naar de dagbesteding kan gaan. En de situatie dat de zorg niet conform de geldende richtlijnen kan worden geleverd, zoals bij dagbestedingslocaties. De regeling gaat met terugwerkende kracht in vanaf 1-10-2020 en is geldig tot en met 31-12-2021. Ik ben voornemens om ook voor het Zvw-pgb een vergelijkbare regeling te ontwikkelen. Hiervoor ben ik in gesprek met de betrokken partijen. Naast de regeling doorbetaling niet geleverde zorg wordt ook de meerkostenregeling PGB voor de Wlz, de Jeugdwet en de Wmo2015 verlengd naar 31-12-2021.

#### *Publiekscommunicatie*

Er is sprake van een oplopende achterstand in het aantal verwijzingen door de huisarts in vergelijking met voorgaande jaren. Op dit moment onderzoeken we samen met de NZA en koepelorganisaties welke specifieke groepen mensen met gezondheidsklachten nu geen of minder zorg afnemen en maken een plan van aanpak hoe we deze groepen met communicatie kunnen bereiken, zodat zij bij klachten wel contact opnemen met hun zorgverlener. Ook maken we met een gerichte communicatie aanpak zichtbaar dat de zorg zich in een uitzonderlijke situatie bevindt, die ook voor patiënten gevolgen kan hebben en wat dit voor patiënten en geboden zorg kan betekenen.

## Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid

### 12. Verpleeghuiszorg

#### Factsheet: Bezoekregeling verpleeghuizen

<b>Onderwerp: Bezoekregeling verpleeghuizen</b>	
<b>Kernboodschap</b>	<p><u>Actueel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iedere locatie is open voor bezoek tenzij dat er sprake is van één of meer COVID-19-besmettingen. Bezoek is dan alleen mogelijk met toestemming van de beheerder. Ook dan wordt gezocht naar een goede balans tussen het medisch noodzakelijke en het menselijk wenselijke. Ook in deze situatie wordt zo snel als mogelijk weer bezoek toegestaan.</li> <li>• De beheerder verleent in ieder geval toestemming voor bezoek: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ indien het bezoek de beperking van de verspreiding van COVID-19 niet in de weg staat;</li> <li>○ aan een bewoner die verkeert in de stervensfase of vergelijkbare omstandigheden;</li> <li>○ voor het horen en beoordelen van een cliënt in het kader van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.</li> <li>○ De beheerder kan aan structurele vrijwilligers toestemming verlenen voor bezoek.</li> </ul> </li> <li>• Er gelden, in het geval er geen besmettingen zijn op een locatie, geen beperkingen voor het ontvangen van bezoek, niet qua aantal bezoekers of frequentie van bezoek.</li> <li>• Bewoners zijn vrij om naar buiten te gaan als zij dat wensen.</li> <li>• Het mogelijk maken van bezoek dient in goed overleg binnen de instelling plaats te vinden. Dus betrokkenheid van onder andere de cliëntenraad, verpleegkundig adviesraad.</li> <li>• Ieder verpleeghuis maakt een plan voor bezoek, passend bij de lokale situatie. In het plan wordt aangesloten bij de fases zoals aangegeven in de escalatieladder: waakzaam-zorgelijk-ernstig. Ook wordt ingegaan op de situatie dat er sprake is van een uitbraak op de locatie.</li> </ul>

<b>Feiten&amp;cijfers</b>	<p><b>Verpleeghuisbewoners</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 16 november 2020) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 45, 46) het aantal nieuwe besmettingen 2.300 bedraagt. Dit is een afname van ruim 700 ten opzichte van het aantal besmettingen in week 43 en 44. Het aantal nieuwe besmettingen is nog steeds hoog.</li> <li>• Lichtpunt is wel dat uit de recente cijfers over week 45 46 blijkt dat het aantal nieuwe besmettingen afneemt.</li> <li>• De meest recente cijfers van Verenso zijn hiermee in lijn.</li> <li>• Het RIVM schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij ca. 16.000 be-woners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ruim 3.885 mensen als overleden zijn gemeld. Een groot deel van de mensen herstelt gelukkig, mede door de goede verzorging die zij ontvangen.</li> <li>• In week 46 zijn er 130 cliënten overleden aan de gevolgen van COVID-19. In de afgelopen twee weken was dit een aantal van respectievelijk 248 (week 45) en 213 (week 44).</li> <li>• Ter vergelijking, in week 44 zijn circa 1.200 bewoners van verpleeghuizen overleden. Van hen was dus bij ca. 18% een besmetting vastgesteld (bron CBS).</li> </ul> <p><b>Locaties</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het aantal verpleeghuislocaties waar één of meerdere besmettingen is gemeld is ook toegenomen. Het RIVM schat dat op dit moment (16 november peildatum) bij ongeveer 680 verpleeghuislocaties sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Dat is ongeveer 25% van het aantal locaties. Het gaat om het aantal verpleeghuislocaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is van tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test.</li> <li>• Op een aantal locaties waar sprake was van een besmetting, zijn in de afgelopen 28 dagen geen nieuwe besmettingen vastgesteld die wegvallen uit deze groep. Het gaat in totaal om locaties 148 in de afgelopen twee weken (peildatum 16 november 2020).</li> <li>• In de piek van de eerste golf waren besmettingen gemeld bij ruim 800 locaties.</li> </ul> <p><b>Clusters</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op dit moment (peildatum 10 november) staan er 204 clusters (in verpleeghuizen geregistreerd in Osiris. De mediane clustergrootte is 6,0 maar deze verschilt van 3 tot 108.</li> </ul>
---------------------------	---

## Factsheet: artikel 58o Tijdelijke wet maatregelen Covid-19: bezoek zorginstellingen

<b>Zorgaanbieders en zorglocaties</b>	
<b>Kernboodschap</b>	Goede zorg brengt mee dat bezoek in principe moet worden toegelaten tot patiënten en cliënten die zorg ontvangen.
<b>Achtergrond</b>	<p><b>Artikel 58o</b> regelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zorgaanbieder draagt zorg voor een zodanige <b>openstelling</b> dat 'bezoekers' de <b>gestelde regels</b> (zoals afstand houden en hygiënevoorschriften) in acht kunnen nemen. Uitgangspunt hierbij is medewerking van cliënt en bezoeker, want zorgaanbieders doen dit als invulling van de norm van goede zorg als bedoeld in de Wkkgz. Adviezen en handreikingen worden daarbij als richtinggevend voor goede zorgverlening beschouwd, waarvan beargumenteerd kan worden afgeweken. De Twm biedt geen grondslag om mensen tegen hun wil in op te sluiten of bezoek in zijn geheel te ontzeggen.</li> <li>2. De minister kan een <b>aanwijzing of een bevel</b> geven om de zorgaanbieder te 'sturen'. Bijvoorbeeld: Er gelden handreikingen ter invulling van goede zorg voor zorgaanbieders om een veilige afstand in gemeenschappelijke ruimten te garanderen, maar de zorgaanbieder neemt geen maatregelen. Bij de zorgaanbieder is de kwaliteit en veiligheid van zorg in geding. De zorgaanbieder moet de tekortkoming ingevolge de aanwijzing of het bevel corrigeren. Met een aanwijzing of bevel kan <u>niet</u> bewerkstelligd worden dat een zorgaanbieder een bezoekenregeling moet treffen of op een bepaalde manier moet vormgeven.</li> <li>3. Dat een zorgaanbieder zelf beperkingen mag opleggen of voorwaarden mag stellen aan de toegang van bezoekers.</li> <li>4. Dat een ministeriele regeling alleen opgesteld kan worden als de maatregelen van zorgaanbieders onvoldoende of onevenredig zijn.</li> <li>5. dat er te alle tijden 1 familielid of naaste bij een bewoner moet worden toegelaten. Alleen in uitzonderlijke gevallen kan daarvan worden afgeweken.</li> <li>6. De ministeriele regeling en zorgaanbieders mogen <b>nooit bezoek beperken</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- voor (alle) familieleden of naasten aan een persoon in de stervensfase</li> <li>- dat nodig is om cliënten of patiënten te horen als bedoeld in de Wzd en Wvvgz.</li> <li>- voor advocaten en cliëntenvertrouwenspersonen als bedoeld in die wetten moeten die hun cliënt wensen te</li> </ul> </li> </ol>

	<p>bezoeken.</p> <p><b>Belangrijke uitgangspunten</b></p> <p><i>Begrip bezoekers:</i> Dit begrip is niet gedefinieerd. De omschrijving is: aanwezige personen die niet bij de zorg, jeugdhulp of maatschappelijke ondersteuning betrokken zijn of die geen mantelzorger zijn. Kortweg worden zij aangehaald als bezoekers. Dat zijn niet mantelzorgers, of verplegend of verzorgend personeel. Die mogen altijd bij de cliënt. Ouders, kinderen of andere familieleden, niet zijnde mantelzorger, en vrijwilligers vallen wel onder het begrip.</p> <p><i>Begrip zorgaanbieder:</i> Dit is breed geformuleerd. Hieronder valt onder andere: Wlz zorg (bv verpleeghuizen) , Zvw zorg (bv ziekenhuizen), overige zorg (bv alternatieve zorg), Wet maatschappelijke ondersteuning (bv dagbesteding of beschermd wonen), Jeugdwet (bv jeugdzorginstellingen). In theorie valt hieronder ook zorg door justitiële instellingen en instellingen van defensie.</p> <p><i>Uitgangspunt:</i> vrijwillige medewerking (dat wil overigens niet zeggen dat de patiënt of cliënt altijd zijn zin moet krijgen).  <i>Wat kan niet?</i> Het binnenhouden (opsluiten) van bewoners is niet mogelijk. Dit zou vrijheidsontneming betekenen, en hiervoor is geen wettelijke basis opgenomen.</p> <p><b>Verhouding tot gedwongen zorg wetgeving en de maatregelen van isolatie en quarantaine</b></p> <p>De gedwongen zorg maatregelen op grond van de Wzd en Wvggz en de maatregelen isolatie en quarantaine op grond van de Wpg zijn gericht tot een specifieke persoon. Dat daar individuele rechtsbescherming mogelijk moet zijn, is evident. Maatregelen op grond van 58o door de zorgaanbieder, berusten zoveel mogelijk op vrijwilligheid. Maatregelen op grond van 58o dmv een ministeriele regeling zijn collectief van aard. Individuele rechtsbescherming past daar niet bij. Het is immers, indien dat de conclusie van de belangenafweging is, de (kwetsbare) groep die in zijn geheel beschermd dient te worden tegen het virus.</p>
<p><b>Overig (zoals heikele punten en pers)</b></p>	<p>Dit artikel heeft met name aandacht in verband met de verpleeghuizen. Op 20 maart werden alle verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg gesloten voor bezoek en voor alle anderen die niet nodig waren in de basiszorg. In de stervensfase of vergelijkbare omstandigheden kon een instelling incidenteel afwijken van deze maatregel.</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vanaf 11 mei is gecontroleerd en gefaseerd begonnen met het toelaten van bezoek op 26 locaties.</li><li>• Vanaf 25 mei mocht iedere locatie die dat wilde open voor bezoek. Wel uiteraard vrij van besmettingen. Ook was het mogelijk voor bewoners om naar buiten te gaan. Vrijwilligers waren weer welkom op de locaties.</li><li>• Vanaf 15 juni wordt iedere locatie, vrij van besmettingen, geacht open te zijn voor bezoek. Het is mogelijk om meer bezoekers per bewoner toe te laten.</li></ul> <p>Dit heeft er uiteindelijk toe geleid dat er nu geen beperkingen meer gelden voor bezoek. Op het moment dat er sprake is van een of meer besmettingen in een verpleeghuis, mag geen bezoek op de locatie plaatsvinden zonder toestemming van de zorgaanbieder. Ook dan 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.</p> <p>Door de betrokken veldpartijen (Actiz, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&amp;VN en Zorgthuis.nl) is een nieuwe handreiking voor bezoek en sociaal contact opgesteld. Ieder verpleeghuis maakt met behulp van de in de handreiking genoemde randvoorwaarden een plan voor bezoek en sociaal contact.</p> <p>Het wetsvoorstel is aangenomen door de Tweede en Eerste Kamer.</p>
--	--

250 - 253

5.1.2i Concept

## 13. Gehandicaptenzorg

### Factsheet: Gehandicaptenzorg

Contactpersoon:	5.1.2e / 5.1.2e
Mobiel nummer:	5.1.2e / 5.1.2e
<b>Kernboodschap</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In Nederland hebben ongeveer twee miljoen mensen een beperking of chronische ziekte. De uitbraak van COVID-19 - en de maatregelen die naar aanleiding daarvan zijn genomen – zijn ingrijpend voor mensen met een beperking of chronische ziekte, hun mantelzorgers, zorgverleners, ondersteuners en hun naasten.</li> <li>• Een deel van de groep loopt verhoogd risico op een ernstig verloop. Voor anderen geldt dat zij om andere redenen extra kwetsbaar zijn, bijvoorbeeld omdat zij niet zelfstandig in staat zijn om 1,5 meter afstand te houden of omdat zij door de genomen maatregelen ernstig ontregeld raken.</li> <li>• Vanaf het begin van de coronacrisis is nauw samengewerkt met cliëntenorganisaties, brancheorganisaties en beroepsverenigingen om zo goed mogelijk met de crisis om te gaan. Dit heeft ertoe geleid dat er op 3 juni een COVID-19 strategie is gelanceerd. Deze strategie geeft richting aan de acties die gezamenlijk met partijen in gang zijn gezet. We blijven de ontwikkelingen nauwgezet en in nauw contact met elkaar volgen en doen aanpassingen in de afspraken als de situatie daar om vraagt.</li> </ul>
<b>Argumentatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een belangrijke richtinggevende actie is de routekaart die op 20 mei is gepresenteerd voor mensen met een kwetsbare gezondheid. Voor mensen met een beperking zijn daarin stappen opgenomen over: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ de versoepeling van de bezoeksregeling in instellingen</li> <li>○ het ontvangen van bezoek thuis</li> <li>○ het weer mogelijk maken van logeren (thuis en in instellingen)</li> <li>○ het openstellen van de reguliere dagbesteding en het vervoer daar naartoe.</li> </ul> </li> <li>• Op 1 september is een brief aan de Kamer gestuurd over de geleerde lessen uit de eerste golf. De belangrijkste punten daarbij zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Maatregelen moeten gezamenlijk worden gedragen</li> </ul> </li> </ul>

	<p>zodat mensen met verhoogd risico gelijkwaardig kunnen meedoen in onze samenleving.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erkenning en waardering voor de doelgroep, hun naasten en de sector, omdat deze tijd veel van hen vraagt.</li> <li>○ Continuïteit van zorg en ondersteuning en van contact met naasten moet bij een toename van besmettingen zo goed mogelijk worden geborgd.</li> <li>○ Er wordt met Vilans en cliëntenorganisaties gewerkt aan een betere informatievoorziening voor groepen die verhoogd kwetsbaar zijn.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De belangrijkste acties waaraan op dit moment wordt gewerkt zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Er wordt uitwerking gegeven aan het OMT-advies over preventief gebruik van medische mondklappers voor mensen met een kwetsbare gezondheid.</li> <li>○ Op basis van de motie Jetten wordt uitgewerkt of en op welke wijze maatregelen in de verpleeghuiszorg ook in andere sectoren, waaronder de gehandicaptenzorg is aangewezen.</li> <li>○ Aan het OMT is advies gevraagd over het preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in de zorg.</li> <li>○ Vilans zal een kennisfunctie inrichten waar concrete informatie beschikbaar komt voor mensen met een kwetsbare gezondheid.</li> <li>○ Er wordt met de sector en cliëntenorganisaties gesproken over de toename van het aantal besmettingen en de wijze waarop daarmee om kan worden gegaan bijvoorbeeld ten aanzien van de bezoeksregeling en dagbesteding. Inmiddels is de nieuwe handreiking bezoek en logeren gereed. Uitgangspunt is dat er lokaal/op woningniveau wordt afgewogen op welke manier bezoek gerealiseerd kan worden, om invulling te geven aan de afweging tussen het psychisch welzijn en de medische kwetsbaarheid.</li> <li>○ Bekeken wordt of het nodig en mogelijk is en, zo ja, op welke manier, het perspectief van de doelgroep mensen met een beperking of chronische ziekte in beeld te krijgen bij eventuele beslissingen op regionaal niveau.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)</b>	nvt
<b>Feiten&amp; cijfers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De stand van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-</li> </ul>

	<p>19 sterfte in gehandicaptenzorginstellingen is op peildatum 16 november als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Het RIVM (peildatum 16 november) schat dat sinds het uitbreken van de crisis in maart bij 3.735 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, waarvan 285 mensen zijn overleden.</li> <li>○ Uit deze cijfers blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 45 en 46) het totaal aantal nieuwe besmettingen met ruim 725 is toegenomen. Het aantal nieuwe besmettingen in week 46 is nog steeds hoog maar ligt met zo'n 348 nieuwe besmettingen 30 nieuwe besmettingen lager dan in week 45.</li> <li>○ Het RIVM schat dat momenteel bij 370 locaties voor gehandicaptenzorg sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmettingen. Dat is ongeveer 14% van het aantal locaties. Het aantal besmette locaties schat het RIVM in op basis van het aantal gehandicaptenzorginstellingen waar in de afgelopen 28 dagen sprake is geweest van tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test.</li> </ul>
<p><b>Overig (zoals heikele punten en pers)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gevoelige punten vanuit het perspectief van de cliëntenorganisaties zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Het beperkte perspectief voor mensen met een kwetsbare gezondheid in het algemeen en het afhoudende OMT-advies over preventief gebruik van medische mondkmaskers in het bijzonder;</li> <li>○ Het gevoel dat in veel instellingen te weinig in samenspraak met cliënten en naasten wordt beslist over de maatregelen;</li> <li>○ Het niet betrokken zijn bij beslissingen over maatregelen op nationaal of regionaal niveau.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Moties, toezeggingen, Kamervragen en Brieven.</b></p>	<p>Die zijn hierboven meegenomen bij de lopende acties.</p>

257 - 259

5.1.2i Concept

## 14. Preventief gebruik PBM in verpleeghuizen

### Factsheet preventie gebruik pbm in verpleeghuizen

Onderwerp: Beleid tav preventief gebruik PBM in verpleeghuizen	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>De richtlijnen of uitgangspunten voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) worden niet door VWS opgesteld. Het OMT adviseert op basis van de stand van de wetenschap en deze adviezen worden vervolgens door de veldpartijen vertaald in professionele richtlijnen en handreikingen.</li> <li>Door het OMT is geadviseerd om bij een COVID-19-prevalentie <b>vanaf het niveau 'zorgelijk' preventief medische mondneusmaskers te gebruiken</b> door zorgmedewerkers en bezoekers in verpleeghuizen om introductie van het virus te voorkomen.</li> </ul>
Argumentatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het behandeladvies van Verenso, (dat is aangepast op 6 oktober) adviseert om in geval van verhoogde (regionale/lokale) prevalentie, te weten in ieder geval een regionale/lokale prevalentiewaarde die overeenkomt met het predicaat 'zorgelijk' in de Verpleeghuissector en voor de VG-sector, aan verpleeghuispopulatie gelijkwaardige doelgroepen: "ga over tot preventief gebruik van chirurgische neusmondmaskers (minimaal type II) door medewerkers en bezoekers bij patiëntencontact binnen 1,5 meter. Besluit door het bestuur op advies van het uitbraak/crisisteam. Een uitzondering kan worden gemaakt bij patiënten(groepen) met een laag risicoprofiel op ernstige complicaties of overlijden (bijvoorbeeld jongeren)."</li> <li><b>Samengevat:</b> "preventief gebruiken (tenzij)". Dat "tenzij" is een professionele, eigenstandige afweging. Een voorbeeld is dat je te maken hebt met een cliënt die, vanwege bijvoorbeeld dementie, zou schrikken van een behandelaar, en dat de behandelaar inschat dat het niet nodig is.</li> <li>In de escalatieladder is aangegeven dat de directeur Publieke Gezondheid vanaf niveau 'zorgelijk' contact op kan nemen met de instelling voor verpleeghuiszorg over het nemen van extra maatregelen zoals het preventief gebruik van PBM.</li> <li>In regio's waar de situatie als <b>waakzaam</b> is omschreven, kunnen zorgverleners zoals al eerder (vanaf 1 mei) is</li> </ul>

	<p>aangegeven op basis van hun professionele oordeel afwijken van de algemene uitgangspunten voor gebruik van PBM. Dus ook al is het niet expliciet aan de orde vanwege het feit dat de situatie ernstig of zorgelijk is, dan nog kan elke professional die afweging maken.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij de afweging is ook de kwaliteit van de zorgverlening van belang, waarbij meegewogen moet worden of het gebruik van mondmaskers altijd bevorderlijk is voor goede zorgverlening en het welzijn van de bewoners. Dit kan te maken hebben met communicatieproblemen door het dragen van mondneusmaskers of door angst of onrust bij bewoners als medewerkers PBM gebruiken.</li> <li>• De sector schatte op 9 oktober dat in de praktijk zo'n <b>70-75% van de verpleeghuizen</b> preventief gebruik kende van persoonlijke beschermingsmiddelen.</li> </ul>
<p><b>Politieke afspraken (regerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)</b></p>	
<p><b>Feiten&amp;cijfers</b></p>	<p><b>Tijdljn</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op 27 augustus is door het OMT in reactie op het advies van Buurman en Hertogh geadviseerd om bij oplopende omgevingsprevalentie preventief PBM te gebruiken in verpleeghuizen door medewerkers en bezoekers.</li> <li>• "Bij oplopende COVID-prevalentie in de omgeving van het verpleeghuis: Het voorkómen van introductie van COVID-19 in verpleeghuizen wanneer de omgevingsprevalentie toeneemt door preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen door medewerkers, extra maatregelen voor bezoekers en quarantaine bij zorgtransities." Er volgt nog nadere afstemming tussen de onderzoeksleiders en het RIVM over bij welke omgevingsprevalentie deze maatregelen moeten worden overwogen.</li> <li>• Op 8 september heeft Verenso dit uitgewerkt in het behandeladvies.</li> <li>• In het behandeladvies is aangegeven: "In geval van verhoogde (regionale/lokale) prevalentie: ga in ieder geval bij het bereiken van de vastgestelde drempelwaarde over tot het preventief gebruik van chirurgische mondneusmaskers (type II) door medewerkers en bezoekers bij patiëntencontact binnen 1,5</li> </ul>

	<p>meter. Besluit door het bestuur op advies van het uitbraak/crisisteam. Een uitzondering kan worden gemaakt bij patiënten(groepen) met een laag risicoprofiel op ernstige complicaties of overlijden (bijvoorbeeld jongeren).”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op 28 september heeft het OMT aanvullende maatregelen in verpleeghuizen geadviseerd waaronder preventief mondneusmaskergebruik.</li> <li>• Onder het kopje aanvullende landelijke maatregelen: “Aanvullende maatregelen in verpleeghuizen: preventief mondneusmaskergebruik”.</li> <li>• Het kabinet heeft in de brief van 28 september dit beleid voor preventief gebruik van mondneusmaskers in de drie regio’s met het predicaat ‘ernstig’ expliciet benoemd, en heeft daarbij verwezen naar het behandeladvies van Verenso.</li> <li>• Op 29 september heeft Verenso, in aanvulling op deze passage in de brief van het kabinet, een toelichting gegeven op hun behandeladvies op haar website. Hierin wordt geadviseerd om preventieve inzet PBM ook te overwegen als een gebied als zorgelijk wordt aangemerkt. Het behandeladvies van Verenso biedt hier al ruimte voor.</li> <li>• “De minister geeft aan dat, wanneer een gebied “ernstig” is, er gebruik moet worden gemaakt van mondmaskers. Als Verenso zouden we willen adviseren de inzet van preventieve mondmaskers ook al eerder te overwegen bij een verhoogde prevalentie. Ook bij een gebied dat als “zorgelijk” wordt gedefinieerd, kun je preventief PBM inzetten, zoals al in veel huizen al geruime tijd gebeurt. Hierbij geldt dat er altijd gekeken moet worden naar de lokale situatie en de doelgroep voor wie je zorgt.”</li> <li>• Op 6 oktober heeft Verenso het behandeladvies aangepast en opgenomen: <p>5.4.3 Situatie van verhoogde (regionale/lokale) prevalentie In geval van verhoogde (regionale/lokale) prevalentie, te weten in ieder geval een regionale/lokale prevalentiewaarde die overeenkomt met het predicaat ‘zorgelijk’ (zie uitleg over de risiconiveaus in het coronadashboard):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verpleeghuissector en voor de VG-sector aan verpleeghuispopulatie gelijkwaardige doelgroepen: ga over tot</li> </ul> </li> </ul>
--	--

	<p>het preventief gebruik van chirurgische neusmondmaskers (minimaal type II) door medewerkers en bezoekers bij patiëntencontact binnen 1,5 meter. Besluit door het bestuur op advies van het uitbraak/crisisteam. Een uitzondering kan worden gemaakt bij patiënten(groepen) met een laag risicoprofiel op ernstige complicaties of overlijden (bijvoorbeeld jongeren).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Voer een strikter opname/overplaatsingsbeleid: bij de toekenning van het risicoprofiel is de verhoogde regionale/lokale prevalentie leidend en behoort elke patiënt tot het hoge risicoprofiel, dit betekent 10 dagen quarantaine (zie document Medisch opname/overplaatsingsbeleid).</li> <li>○ Pre-emptive testen van patiënten en medewerkers: er is op dit moment onvoldoende onderbouwing om preventief periodiek testen van medewerkers en/of bewoners van verpleeghuizen te adviseren. Het OMT adviseert een pilotonderzoek te doen naar de effectiviteit hiervan.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op 7 oktober geeft het OMT in haar 79e advies en in de notitie "Preventief gebruik van mondneusmaskers door zorgmedewerkers in de langdurige zorg" aan: "Voor verpleeghuizen – waar bij de bewoners sprake is van een opeenstapeling van risicofactoren voor ernstig beloop en/of snelle verspreiding van COVID-19 (...) de zorgmedewerkers continu gedurende hun hele dienst – preventief een medisch mondneusmasker te laten gebruiken om introductie van SARS-CoV-2 te voorkomen en aldus de bewoners te beschermen."</li> <li>• In de bijlage bij het advies 'Notitie: Preventief gebruik van mondneusmaskers door zorgmedewerkers in de langdurige zorg' staat: "In Nederland adviseerde het OMT van 27 augustus 2020 om bij een verhoogd prevalentie van COVID-19 in de omgeving van het verpleeghuis de medewerkers continu preventief chirurgische mondneusmaskers te laten dragen om introductie van COVID-19 in het verpleeghuis te voorkomen en de bewoners te beschermen. Het OMT van 28 september adviseerde deze maatregel vanwege de zorgelijke situatie in het hele land door te voeren."</li> <li>• De strekking van het advies was om mondneusmaskers preventief in te zetten – in het bijzonder in de langdurige zorg, inclusief zorg thuis – als het besmettingsniveau in de omgeving en de aard van de cliënten/patiënten daarom vragen, waarbij altijd sprake is van een professionele afweging om mondneusmaskers al dan niet te gebruiken. Op 3 november heeft het RIVM de uitgangspunten voor gebruik</li> </ul>
--	---

	<p>van persoonlijke beschermingsmiddelen gestroomlijnd naar de laatste inzichten:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Uitgangspunten gebruik pbm voor buiten het ziekenhuis en voor wijkverpleging zijn samengevoegd</li><li>- Bij patiënt met (verdenking van) COVID-19 pbm al gebruiken bij binnentreden kamer (conform ziekenhuis)</li><li>- Preventief gebruik mondneusmaskers is toegevoegd n.a.v. OMT-advies</li></ul>
<b>Overig</b> <b>(zoals heikele punten en pers)</b>	

265 - 266

5.1.2i Concept

## 15. Uitgangspunten testbeleid en inzet zorgmedewerkers binnen en buiten het ziekenhuis

### Factsheet: uitgangspunten testbeleid en inzet Zorgmedewerkers binnen en buiten het ziekenhuis

#### **Zorgverleners met klachten:**

- Iedereen in heel Nederland (waaronder zorgmedewerkers) met één of meer symptomen passend bij COVID-19 moet thuisblijven.
- Zorgmedewerkers laten zich (net als alle Nederlanders) testen bij klachten.
- Bij klachten (en dus in afwachting van de test-uitslag) geldt zowel voor binnen als buiten het ziekenhuis dat de zorgmedewerker NIET mag werken.
- Zorgmedewerkers die positief getest zijn, blijven altijd thuis (in isolatie).
- Zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis die negatief getest zijn mogen met milde klachten weer aan het werk met algemene hygiënemaatregelen. Dit geldt niet als de geteste medewerker in quarantaine is, dan moet de quarantaineperiode worden afgemaakt.
- Inmiddels is het mogelijk dat zorginstellingen via het LCH antigeensneltesten kunnen bestellen. Zorginstellingen zullen de uitgangspunten die hierbij beschreven staat goed moeten volgen.
- Bij een positieve uitslag van de antigeensneltest, blijft een zorgmedewerker thuis (in isolatie).
- Zorgmedewerkers die via een antigeensneltest negatief getest zijn, moeten altijd nog een pcr test laten uitvoeren. In afwachting van het resultaat van de pcr test, blijft een zorgmedewerker thuis en mag deze NIET werken.

**Inzet bij Quarantaine** (gaat om personen die (nog) niet geïnfecteerd zijn (zonder klachten):

- Medewerkers buiten het ziekenhuis volgen de RIVM-richtlijn.
- Medewerkers binnen het ziekenhuis volgen de FMS richtlijn
- De richtlijnen verschillen op punten (geel in de tekst hieronder).

#### Voor zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis geldt:

- Quarantaine: Zorgmedewerkers volgen in de basis het beleid voor alle burgers in Nederland: tijdens quarantaine blijf je thuis.
- Alleen in uitzonderingssituaties, waarbij de continuïteit van zorg in het geding kan komen door dreigende personele krapte, is er ruimte voor uitzonderingen, mits de zorgmedewerker geen klachten heeft en altijd een chirurgisch mondneusmasker minimaal type II draagt. (De zorgmedewerker draagt ook nog handschoenen bij persoonlijke verzorging of lichamelijk onderzoek. Deze zorgmedewerker krijgt heldere instructies over het vroegtijdig signaleren van gezondheidsklachten en wordt bij voorkeur niet

ingezet voor zorg van de meest kwetsbaren binnen de instelling.) De instelling formuleert criteria (eventueel met benoemen van specifieke functies) wanneer de continuïteit van zorg in het geding komt en waarbij werknemers ten tijde van quarantaine bij uitzondering wel kunnen werken. Werkgevers kunnen dit in overleg met de bedrijfsarts en personeelsvertegenwoordiging en eventueel de GGD formuleren.

- Zorgmedewerkers (zonder klachten) moeten in quarantaine als ze terugkeren uit een risicogebied, bij een positief geteste huisgenoot en bij een positief getest nauw contact. Behalve in de uitzonderingssituatie.
- Bij huisgenoten met klachten (die niet positief zijn getest) moeten zorgmedewerkers (zonder klachten) thuisblijven tot uitslag test. Behalve in de uitzonderingssituatie.

*Voor zorgmedewerkers binnen het ziekenhuis geldt:*

- Quarantaine: Zorgmedewerkers volgen in de basis het beleid voor alle burgers in Nederland: tijdens quarantaine blijf je thuis.
- Uitzonderingssituatie in ziekenhuis: Personeel kritisch voor bedrijfsvoering is essentieel voor de organisatie. Bij wegvallen kunnen cruciale elementen van de zorg niet geleverd worden.
- Alleen in uitzonderingssituaties kan overwogen worden om medewerkers met milde klachten, mits geen nauw contact (= nauw contact volgens definitie RIVM) in afwachting van de testuitslag, toch te laten werken met een chirurgisch mond-neusmasker. Hierbij zijn milde klachten gedefinieerd als klachten anders dan koorts en of benauwdheid. Een voorwaarde hierbij is dat de testuitslag binnen 24 uur beschikbaar is.
- Zorgmedewerkers (zonder klachten) moeten in quarantaine als ze terugkeren uit een risicogebied en bij een positief geteste huisgenoot. Behalve in de uitzonderingssituatie.
- Bij huisgenoten met klachten (die niet positief zijn getest) en bij patiënten en collega's die positief getest zijn kunnen zorgmedewerkers (zonder klachten) binnen het ziekenhuis aan het werk.

***Navraag bij de Inspectie leert het volgende:***

- De inspectie vindt het belangrijk dat de afweging die de bestuurder over deze inzet maakt, veilig is, navolgbaar en goed beargumenteerd schriftelijk wordt vastgelegd.
- Werkgevers kunnen deze afweging in overleg met de bedrijfsarts, personeelsvertegenwoordiging of de GGD formuleren.
- Zorgaanbieders hoeven het niet standaard te melden bij de inspectie wanneer zij deze afweging maken. Bij grote risico's voor kwaliteit en veiligheid verwacht de inspectie van zorgaanbieders dat zij dat melden.
- Tot 29 oktober had de IGJ enkele meldingen ontvangen van zorgaanbieders die zich bij wijze van hoge uitzondering genoodzaakt zien om medewerkers ten tijde van de quarantaine in te zetten.
- Deze afweging kan enkel gemaakt worden wanneer de continuïteit van de zorg ernstig in het geding is door personele krapte. Randvoorwaarde hierbij is

dat de medewerker met de inzet instemt, geen klachten heeft en er veilig gewerkt kan worden.

- De IGJ heeft tot op heden geen meldingen ontvangen van ziekenhuizen waarbij medewerkers ten tijde van de quarantaine zijn ingezet.

270 - 275

5.1.2i Concept

## 16. Kwetsbare personen (thuis)

### Factsheet Kwetsbare ouderen thuis

Contactpersoon: 5.1.2e / 5.1.2e 5.1.2e , 06- 5.1.2e / 5.1.2e

Stand van zaken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg en ondersteuning thuis overal weer opgestart</li> <li>• Richtlijnen gebruik PBM + testbeleid voor deze (mantel)zorg zijn gereed</li> <li>• Maatregelen voor kwetsbare ouderen (bv bezoek ontvangen en naar buiten gaan) zijn verruimd.</li> <li>• Met RIVM wordt gesprek gevoerd hoe meer differentiatie gemaakt kan worden in de risicogroepen van 70+ers.</li> <li>• Op basis van lessons-learned is strategie voor kwetsbare ouderen thuis opgesteld. Deze is met de Kamer gedeeld. De eerste monitor komt in Q4 2020.</li> <li>• Het ondersteunen en stimuleren van maatschappelijk initiatief tegen eenzaamheid en hulp aan elkaar wordt voortgezet ihkv één tegen eenzaamheid en aandacht voor elkaar.</li> <li>• Monitoring covid-besmetting ouderen thuis kan aan de hand van bestaande registratie van testen en wordt in beeld gebracht in het dashboard.</li> </ul>
Welke acties hebben we in gang gezet?	<p><b>Richtlijn testbeleid en PBM zorg/ondersteuning thuis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerkers Wmo ondersteuning kunnen zich met voorrang laten testen.</li> </ul> <p><b>Routekaart 'kwetsbare ouderen'</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een factsheet "aanvullende adviezen op de routekaart voor thuiswonende ouderen" is beschikbaar.</li> </ul> <p><b>Digitale zorg/ondersteuning</b> Aanbieders van zorg of ondersteuning die rond de coronacrisis extra wilden inzetten op digitale zorg of ondersteuning op afstand voor mensen thuis (zoals beeldschermzorg), kunnen een aanvraag kunnen doen in het kader van de SET Covid-19 2.0. Hiervoor is een aparte factsheet toegevoegd.</p> <p><b>Strategie voor kwetsbare ouderen thuis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een strategie voor kwetsbare ouderen thuis op basis geleerde lessen voor de toekomst opgesteld.</li> <li>• Het RIVM zal hiervoor een laagdrempelige monitor inrichten met factsheets. Elk kwartaal tot juni 2021 zal een factsheet beschikbaar komen.</li> <li>• Dit in voorbeeld van de aanpak voor gehandicaptensector.</li> <li>• 'Vinger aan de pols' wordt gehouden door de koepels. Zie bv flitspeiling PFNL van 24-6.</li> </ul>
Met welke partijen afspraken?	VNG, Actiz, ZN, LHV, Verenso, NGH, Ineen, PFNL, MantelzorgNL, Aedes, NOV, ThuiszorgNL, VGN

## Factsheet Mantelzorg

Onderwerp: MANTELZORG	
<p>Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantelzorgers zijn van groot belang voor de zorg thuis. In de afgelopen maanden is er door het wegvallen van dagbesteding en zorg thuis heel veel op het bordje van mantelzorgers terecht gekomen! En nog steeds hebben zij het vaak zwaar omdat zorg en ondersteuning lang niet overal op het oude niveau is.</li> <li>• We hebben de afgelopen maanden tijdens de coronacrisis volop gewerkt aan goede ondersteuning door:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>beschermingsmiddelen</b> beschikbaar gesteld</li> <li>○ De <b>campagne #deeljezorg</b> is gestart (juni jonge mantelzorgers, nov. werkende en oudere mantelzorgers).</li> <li>○ MantelzorgNL heeft de <b>openingstijden van de mantelzorglijn verruimd</b>.</li> <li>○ En is er samen met VNG en MantelzorgNL een <b>zorgladder en richtlijn</b> voor mantelzorgers en gemeenten opgesteld.</li> <li>○ Gemeenten besteden extra aandacht in het bereiken van mantelzorgers</li> <li>○ Gemeenten zijn <b>gecompenseerd voor meerkosten</b> om de zorg continuïteit veilig te stellen.</li> <li>○ Daar waar de dagbesteding niet in dezelfde vorm of omvang geleverd kan worden, wordt verwacht dat de aanbieder een alternatief aanbiedt. Als cliënt en aanbieder er niet uit te komen, is het Juiste Loket gevraagd om in samenspraak met beiden een passende oplossing te vinden.</li> </ul> </li> <li>• Vanuit het programma langer thuis zijn er voor het verbeteren van mantelzorgondersteuning ruim 75 pilots en lerende netwerken gestart (social trials, logeerszorg, Samen ouder worden, In voor mantelzorg thuis etc).</li> <li>• Van belang is nu dat er structurele verbeterlagen gedaan worden in plaats van alleen tijdelijke aandacht.</li> <li>• Met VNG, MantelzorgNL, ZN en VNO/NCW geconstateerd: er kunnen zaken <b>beter, anders, sneller</b>. Mantelzorgers ervaren nog steeds onnodige regeldruk, moeten vaak langs verschillende loketten, voelen zich niet altijd goed gehoord door de professionals, ondersteuning en een luisterend oor zijn voor mantelzorgers niet altijd makkelijk te vinden.</li> <li>• Daarom wordt nu opgeschaald naar een <b>landelijke aanpak mantelzorg</b> die in samenspraak met partijen tot stand is gebracht. ('Samen sterk voor Mantelzorg').</li> <li>• Deze aanpak heeft u inmiddels ontvangen zoals ik toegezegd heb tijdens het Caredebat van 15 juni.</li> <li>• Afspraken uit de landelijke aanpak mantelzorg zijn o.a:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Brede grote landelijke tv campagne in november</li> <li>○ Landelijk adviesteam voor gemeenten voor goede respijtzorg</li> <li>○ 1 instructie voor alle verzekeraars om mantelzorgers goed door te geleiden naar juiste ondersteuning.</li> <li>○ 1 landelijke website waar alle ondersteuning per gemeente te vinden is.</li> <li>○ Coördinatiepunten tijdelijk verblijf verbreden met aanbod respijtzorg</li> <li>○ VNO-NCW/MKB Nederland stelt een gezamenlijke agenda/brancheaanpak op over werk en mantelzorg en agendeert het thema in verschillende branches en de st. van de Arbeid.</li> <li>○ Verkenning naar een reiskostenfonds voor mantelzorgers</li> </ul> </li> <li>• Deze acties zijn/worden in 2020 gelanceerd.</li> <li>• Doelen in de aanpak mantelzorg zijn:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ eenduidige informatie bij alle instanties en minder regeldruk.</li> <li>○ Ondersteuning is sneller en beter te vinden.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Bewustwording onder mantelzorgers is vergroot zodat de zorg makkelijk overgedragen wordt (minder kans op overbelasting)</li> <li>o Professionals kunnen betere ondersteuning aan mantelzorgers leveren.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	Mantelzorgers vragen onze blijvende aandacht, zowel landelijk als lokaal. 8,6 % van hen heeft het zwaar en dreigen overbelast te raken of zijn dat al. Alle gemeenten bieden ondersteuning voor gemeenten, maar dat kan nog beter en sneller. Geldt ook voor werkgevers en zorgverzekeraars. Daarom nu een landelijke aanpak met VNG, ZN, MantelzorgNL, VNO/NCW. Doelen waar aan gewerkt wordt dragen bij aan het verminderen van de overbelasting bij mantelzorgers.
Context/ achtergrondinformatie	Programma Langer Thuis, mantelzorgondersteuning
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)	Vanuit VWS zetten we via landelijke aanpak in op 3 lijnen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewustwording vergroten (middels een landelijke en regionale campagne)</li> <li>2. De toegang verbeteren (eenduidige info, 1 landelijke website, 1 landelijke instructie bij verzekeraars, 1 ondersteuningsteam voor gemeenten, branceaanpakken werk en mantelzorg.</li> <li>3. Samenspel vergroten met professionals (handreikingen voor o.a. huisartsen en verpleegkundigen, 11 regionale samenwerkingsnetwerken, partijen stimuleren.</li> </ol>
Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit kabinet investeert jaarlijks €10 mln voor respijtzorg en dagbesteding (2018 t/m 2020). Vanaf 2021 €5 mln per jaar. De projecten hiervoor staan opgenomen in het programma Langer Thuis.</li> <li>- Landelijke aanpak Samen sterk voor mantelzorg van oktober 2020 met VNG, ZN, MantelzorgNL en VNO/NCW.</li> </ul>
Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4,4 miljoen mensen in Nederland geven mantelzorg en ook 1 miljoen vrijwilligers dragen hun steentje bij rondom zorg en ondersteuning.</li> <li>• 80% van deze mantelzorgers redt zich goed. 20% heeft aandacht en ondersteuning nodig.</li> <li>• 480.000 mantelzorgers geven langdurig en intensief mantelzorg (10%)</li> <li>• Ongeveer 387.000 mantelzorgers voelen zich overbelast (8,6%).</li> </ul> <p>De acties uit Langer Thuis focussen vooral om de groep <b>intensieve mantelzorgers</b> die overbelast zijn of dat dreigen te worden.</p>

## Overzicht van de afspraken uit de landelijke aanpak Samen sterk voor mantelzorg

Afspraak	Doel	Wie	Wanneer
<b>Informatieverbetering</b>			
1. In 2020 start een landelijke en regionale campagne (in overleg en afgestemd met gemeenten) om mantelzorgers beter bewust te maken van hun situatie en hen te wijzen op lokale ondersteuningsmogelijkheden.	De mantelzorger is zich beter bewust van eigen rol en ondersteuningsmogelijkheden	VWS i.s.m. gemeenten, VNG, MantelzorgNL	Najaar 2020, begin 2021
2. Als onderdeel van de campagne is een informatietas voor mantelzorgers samengesteld die hen beter wegwijs maakt naar lokale ondersteuning.	De mantelzorg krijgt duidelijke (lokale) informatie over ondersteuning.	VWS, gemeenten	Meerdere momenten in 2020
3. We onderzoeken of een 'mantelzorgverklaring' voor mantelzorgers voor gemeenten een geschikt en gewenst instrument is.	De mantelzorger ontvangt eenduidige informatie ervaart minder regeldruk en de ondersteuning kan sneller en makkelijker geregeld worden	MantelzorgNL, in samenspraak met gemeenten	2020/2021
<b>Advies en begeleiding</b>			
4. Er wordt een zelfscan met en voor gemeenten ontwikkeld waarmee een gemeente zelf kan onderzoeken of er (binnen de eigen mogelijkheden en prioriteiten) aanpassingen in het lokaal ondersteuningsaanbod nodig zijn. Ook wordt de vindbaarheid van de mantelzorgondersteuning vergroot: er komt 1 landelijke overzichtspagina van alle lokale en regionale steunpunten mantelzorg.	De mantelzorger krijgt ondersteuning die aansluit bij de vraag.  De mantelzorger weet beter waar ondersteuning te vinden is.	VNG, gemeenten, MantelzorgNL, mantelzorgsteunpunten	2020/2021
5. Er wordt een adviesteam voor gemeenten samengesteld dat, op verzoek van een gemeente zelf, kan adviseren over mantelzorgondersteuning.	De mantelzorger krijgt ondersteuning die aansluit bij de vraag.	VNG, MantelzorgNL, Movisie, VWS	2020/2021
6. Verzekeraars stellen een uniforme instructie op voor hun medewerkers om bij vragen over mantelzorg mensen direct door te geleiden naar het juiste ondersteuningsaanbod. Een gezamenlijke website met informatie draagt hieraan bij. Net als de "Mantelzorgtest".	De mantelzorger ontvangt eenduidige informatie en ervaart minder regeldruk.	ZN, verzekeraars	2020/2021
7. VNO-NCW/MKB Nederland stelt een gezamenlijke agenda/brancheaanpak op over werk en mantelzorg en agendeert het thema in verschillende branches. Ook het gevraagde advies aan de Sociaal	De mantelzorger krijgt beter advies en begeleiding op de werkvloer	Werkgevers en werknemersorganisaties	2020-2025

<b>Economische Raad (SER) kan hieraan bijdragen.</b>			
<b>Emotionele steun</b>			
8. Er wordt in iedere regio (aanvullend op en in samenwerking met het bestaande aanbod van ontmoetingsmogelijkheden, een of meerdere bijeenkomsten voor mantelzorgers, georganiseerd in het kader van 'Moeder aan de lijn'.	Mantelzorgers voelt zich gehoord en gesteund.	WeHelpen, VWS i.s.m. gemeenten, mantelzorgsteunpunten	2020
<b>Educatie</b>			
9. Er wordt een training ontwikkeld voor mantelzorgers (aangepast aan de behoeften van de verschillende typen mantelzorgers) om beter zicht te krijgen op wat er van hen verwacht wordt en gericht op het stimuleren van het samenspel formele/informele zorg. De training is ook geschikt voor professionals.	door een betere samenwerking voelt de mantelzorgers zich gehoord en gesteund en weet overbelasting te voorkomen	MantelzorgNL, Movisie	2020
<b>Praktische ondersteuning</b>			
10. We zetten in op het vergroten van de zelfredzaamheid van mantelzorgers door o.a. het aanbieden van praktische zorgvaardigheden op onder andere Samen Beter Thuis.	De mantelzorgers is geïnformeerd voelt zich gesteund.	Samen Beter Thuis, MantelzorgNL	2020/2021
<b>Respijtzorg</b>			
11. Er wordt een 'menukaart respijtzorg' opgesteld en verspreid onder alle gemeenten, zorgaanbieders, zorgprofessionals en verzekeraars. De menukaart is aan te passen aan de lokale situatie.	De mantelzorgers krijgt ondersteuning die beter aansluit bij de vraag.	Movisie, VWS, VNG, ZN	2020/2021
12. Er worden bijeenkomsten over coördinatiefuncties tijdelijk verblijf georganiseerd in iedere zorgkantoorregio met de preferente zorgverzekeraar, het zorgkantoor, het aanspreekpunt van de gemeente(s) en de regionale coördinatiefunctie. Waar mogelijk worden de coördinatiefuncties verbreed met respijtzorg plekken.	De zorgvrager komt sneller op de juiste tijdelijk verblijfplek en daarmee krijgt de mantelzorgers ondersteuning die beter aansluit bij de vraag.	ZN, VNG, VWS Zorgkantoren, verzekeraars en gemeenten	2020/21
<b>Financiën</b>			
13. We verkennen met gemeenten hoe de mantelzorgwaardering beter ingezet kan worden. We maken o.a. een overzicht van voorbeeldpraktijken in gemeenten hoe zij de waardering invullen. Verder gaan we met gemeenten onderzoeken hoe het instrument 'financiële	De mantelzorgers voelt zich gewaardeerd	VNG, gemeenten, Movisie	2020/2021

tegemoetkoming' in de Wmo zo optimaal mogelijk kan worden ingezet voor mantelzorgondersteuning.			
13. Er vindt een verkenning plaats naar een landelijk reiskostenfonds voor mantelzorgers.	De mantelzorgers worden tegemoetgekomen in de onkosten die gemaakt worden voor het zorgen.	VWS en Financiën	2020/2021
<b>Materiele ondersteuning</b>			
14. We gaan stimuleren dat mogelijkheden voor o.a. e-health en domotica beter bekend worden gemaakt bij betrokken partijen via Zorg van Nu.	De mantelzorgers krijgen ondersteuning die beter aansluit bij de vraag.	VWS, VNG, MantelzorgNL, ZN	2020

## Factsheet SET regeling

<b>Onderwerp:</b> Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET)	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouderen en mensen met een (risico op) chronische ziekte of beperking die thuiswonen de mogelijkheid bieden om <u>langer zelfstandig thuis te blijven</u> wonen met behulp van e-health. Dat is het doel van de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET).</li> <li>• SET stimuleert het <u>op grotere schaal</u> en <u>structureel</u> inzetten van e-health in de ondersteuning en zorg aan mensen thuis, door:               <ul style="list-style-type: none"> <li>A. meer gebruikers te creëren van bestaande e-health toepassingen</li> <li>B. Te komen tot structurele inbedding van e-health in het zorgproces</li> <li>C. Te komen tot duurzame bekostiging van e-health.</li> </ul> </li> <li>• SET richt zich op alle vormen van zorg thuis: Wmo, Wlz en/of Zvw zorg.</li> </ul> <p>Het gaat om bestaande e-health toepassingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die de kwaliteit van leven van mensen met een (risico op) chronisch ziekte of ouderen met een zorg- of ondersteuningsvraag verbetert;</li> <li>• die zorgverleners in staat stelt om een goede kwaliteit van dienstverlening te kunnen leveren met minder werkdruk en meer voldoening;</li> <li>• waarbij gemeenten en zorgverzekeraars budgetneutraal (of goedkoper) mensen kunnen helpen</li> </ul>
Argumentatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor de ouderen en hun mantelzorger kan e-health bijdragen aan meer regie en met een betere kwaliteit van leven (langer) thuis blijven wonen.</li> <li>• Door e-health kunnen professionals meer tijd overhouden voor goede zorg voor ouderen.</li> </ul>
Politieke afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maart 2019: openstelling SET</li> </ul>

Feiten & cijfers	<p><b>Reguliere SET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruto beschikbaar is 90 miljoen. Op het totaalbudget worden de uitvoeringskosten in mindering gebracht. Ook het budget van de SET COVID-19 (23 miljoen) valt hieronder.</li> <li>• Per 1 februari 2020 is de regeling – na kritiek uit het veld - aangepast en toegankelijker gemaakt. Met de Pre-SET is er een optionele voorfase van de SET. Dit is een extra subsidie van maximaal €20.000 voor visievorming op het gebruik van e-health bij een aanbieder van zorg/ondersteuning. Het minimale subsidiebedrag gaat omlaag van 125.000 naar 50.000 euro, zodat kleine zorgaanbieders gemakkelijker gebruik kunnen maken van de regeling. De boven- en ondergrens voor opleidingskosten worden losgelaten.</li> <li>• Op peildatum 1 september 2020: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aantal quickscans: 276</li> <li>○ Aantal ingediende aanvragen: 130</li> <li>○ Aantal ingediende aanvragen waarbij reeds subsidie is toegekend/verleend: 73</li> </ul> </li> </ul> <p><b>SET COVID-19 2.0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanbieders van zorg of ondersteuning die rond de coronacrisis extra willen inzetten op digitale zorg op afstand voor mensen thuis, konden gebruikmaken van de noodregeling SET COVID-19.</li> <li>• Het budget voor de SET COVID-19 is 23 miljoen euro. Dit geld is afkomstig uit het totaalbudget van de reguliere SET-regeling. Voor aanvragen geldt een vast subsidiebedrag van € 50.000.</li> <li>• De noodregeling is van 25 tot en met 27 maart en op 7 april open geweest. In deze periode zijn circa 1.700 aanvragen ingediend. Hiervan zijn 460 aanvragen gehonoreerd, waarna het subsidieplafond was bereikt.</li> <li>• Top vijf zorgaanbieders met gehonoreerde aanvragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Paramedici: 136</li> <li>○ Wijkverpleging/thuiszorg: 77</li> <li>○ GGZ: 46</li> <li>○ Wmo/welzijn/dagbesteding: 43</li> <li>○ Beschermd wonen: 29</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>SET COVID-19 2.0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In juli is de SET COVID-19 2.0 geopend. De SET COVID-19 2.0 focust zich op risicogroepen bij het coronavirus, zijnde thuiswonende kwetsbare ouderen, mensen met een chronische ziekte of beperking en mensen met een psychische aandoening.</li> <li>• Aanbieders van wijkverpleging, huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning in het kader van de Wmo-2015 komen in aanmerking van de SET COVID-19 2.0.</li> <li>• Het budget voor de SET COVID-19 2.0 is 77 miljoen euro. Er is sprake van twee subsidieplafonds. Voor aanbieders van wijkverpleging is het subsidieplafond 53,7 miljoen euro. Voor aanbieders van huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning is het subsidieplafond 23,3 miljoen euro. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aantal ingediende aanvragen: 1.061</li> <li>○ Aantal ingediende aanvragen waarbij reeds subsidie is toegekend/verleend: 257</li> </ul> </li> </ul>
Overig	-

## Factsheet Uitzondering mondkapjes voor mensen met een beperking 13-11-2020

<b>Onderwerp: Uitzondering mondkapjes voor mensen met een beperking</b>	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sommige mensen met een beperking of chronische ziekte zijn niet in staat om een mondkapje te dragen.</li> <li>• Deze mensen zijn daarom uitgezonderd van het dringende advies een mondkapje te dragen in de publieke binnenruimte en zullen straks ook uitgezonderd worden van de mondkapjesplicht.</li> <li>• De mensen die onder deze uitzondering vallen kunnen veelvuldig te maken krijgen met vragen van bijvoorbeeld winkeliers of handhavingsbeambten. Dat kan hen belemmeren in hun participatie.</li> <li>• Daarom werk ik in overleg met cliëntenorganisaties een werkwijze uit, waarbij mensen ondersteund worden in het kenbaar maken dat zij onder de uitzondering vallen.</li> </ul>
Argumentatie	<p>Sommige mensen zijn vanwege een (zichtbare of onzichtbare) beperking of chronische ziekte niet in staat om een mondkapje te dragen of op te zetten. Zij zijn dan ook uitgezonderd van het dringende advies om mondkapjes te dragen in de publieke binnenruimte en zullen ook uitgezonderd worden van de verplichting die nu in voorbereiding is.</p> <p>Het gaat daarbij bijvoorbeeld om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mensen die daar fysiek niet toe in staat zijn, bijvoorbeeld in verband met een aandoening aan hun gezicht;</li> <li>○ Mensen die daardoor in hun gezondheid worden belemmerd, bijvoorbeeld omdat ze een longaandoening hebben en met een mondkapje op onvoldoende zuurstof binnenkrijgen;</li> <li>○ Mensen die ernstig ontregeld raken als zij zelf of hun begeleider een mondkapje dragen, bijvoorbeeld vanwege een verstandelijke beperking of psychische aandoening;</li> <li>○ Mensen die afhankelijk zijn van non-verbale communicatie, zoals liplezen.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Met cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking of chronische ziekte is besproken hoe kan worden aangetoond dat iemand niet in staat is een mondkapje te dragen.</li> <li>• Daarbij is de overweging meegenomen dat mensen hier veelvuldig vragen over zouden kunnen krijgen van winkeliers of handhavingsbeambten. Dat kan hen belemmeren in hun participatie.</li> <li>• Er is uitdrukkelijk voor gekozen om het aantonen dat iemand onder de uitzondering valt niet afhankelijk te maken van een formele, medische verklaring. De reden daarvoor is dat het vereisen van een medische verklaring een onevenredige belasting oplevert voor zowel de mensen om wie het gaat, als de zorgsector die dan een proces zou moeten inrichten om die verklaring af te geven.</li> <li>• In overleg met cliëntenorganisaties was aanvankelijk de gedachte dat er een kaartje ontwikkeld zou worden dat mensen zelf konden downloaden. Dat kaartje kon gebruikt worden als hulpmiddel om aan een winkelier of een handhavingsbeambte toe te lichten dat er een uitzondering bestaat en dat de toonder verklaarde onder die uitzondering te vallen. Het kaartje was geen officieel bewijsmiddel.</li> <li>• In verband met de aanstaande mondkapjesplicht is naar boven gekomen dat het kaartje in de oorspronkelijk bedachte vorm makkelijk tot oneigenlijk gebruik en problemen in de handhaving zou kunnen leiden. Voor</li> </ul>

	<p>handhavingsbeambten zou het lastiger worden om mensen die dat kaartje ten onrechte laten zien aan te spreken op het niet dragen van een mondkapje of straks zelfs te beboeten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daarom is het kaartje, korte tijd nadat het online gepubliceerd was, weer offline gehaald.</li> <li>• In overleg met cliëntenorganisaties wordt nu een alternatief uitgewerkt, waarbij het doel, om mensen die niet in staat zijn een mondkapje te dragen te ondersteunen om dat kenbaar te maken, overeind blijft, terwijl het risico op misbruik wordt verkleind.</li> <li>• Omdat rijksoverheid.nl een bepaalde waarde uitstraalt terwijl het kaartje geen formeel juridische status heeft, wordt t.a.v. het uit te werken alternatief ook nagedacht over een alternatieve plek/vorm voor publicatie.</li> <li>• Het is en blijft de verantwoordelijkheid van mensen zelf om aan te tonen dat zij onder de uitzondering vallen. Het alternatief dat wordt uitgewerkt is bedoeld om hen daarbij te helpen, maar wordt geen formeel bewijsmiddel.</li> </ul>
Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)	nvt
Feiten&cijfers	nvt
Overig (zoals heikele punten en pers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanuit Persbureau DPA en De Telegraaf zijn de afgelopen weken vragen gesteld over het kaartje.</li> <li>• DPA heeft daarbij gewezen op een alternatief format dat online circuleerde met de oproep het te downloaden en te gebruiken.</li> <li>• Ook via social media kwamen meerder signalen naar boven dat werd opgeroepen dit kaartje massaal te gebruiken door mensen die niet onder de uitzondering vallen.</li> </ul>

286 - 300

5.1.2i Concept

## Passage Kamerbrief Kwetsbare personen

### *Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid*

#### Waardering voor zorgmedewerkers in de langdurige zorg

Ook tijdens de tweede golf zien we wat voor impact het COVID-19 virus heeft op de bewoners en medewerkers in verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang, en zorg thuis. We zien dat het aantal nieuwe besmettingen op dit moment ook in de langdurige zorg langzaam begint af te nemen. Dit heeft alleen kunnen gebeuren met de enorme inzet van medewerkers in de zorg en ondersteuning die in deze moeilijke tijd en omstandigheden ongeremd hun bijzondere werk blijven doen. Deze mensen en verwanten van kwetsbare mensen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning verdienen daarom alle lof en waardering. Onder bijzonder moeilijke omstandigheden helpen zij kwetsbare mensen die soms niet altijd begrijpen waarom maatregelen noodzakelijk zijn. Zij moeten dit mooie en belangrijke werk te vaak doen met minder collega's dan gewenst. Bovendien moeten zij deze buitengewone inspanning al maanden volhouden en is het einde nog niet in zicht. Al deze zorgverleners verdienen ons respect en wij zullen hen samen ondersteunen waar dat moet en kan.

We zien dat instellingen in de langdurige zorg en aanbieders van zorg thuis of dagbesteding alle zeilen moeten bijzetten om het virus ferm aan te pakken en hun medewerkers te ondersteunen en bij te staan, waarbij de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers zowel waardevol als noodzakelijk is. Zij doen ook hun best om bezoek en sociale contacten mogelijk te maken en toe te staan.

Ik heb (meer dan) wekelijks overleg met de koepels van zorgaanbieders en cliëntenorganisaties in de langdurige zorg. In dit overleg worden signalen over knelpunten besproken, zodat waar mogelijk actie kan worden ondernomen. Zo komt onder meer de stand van zaken rond bezoek aan de orde.

#### *Verpleeghuiszorg*

##### Cijfers

De huidige situatie ten aanzien van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in verpleeghuizen is op dit moment als volgt:

##### Bewoners

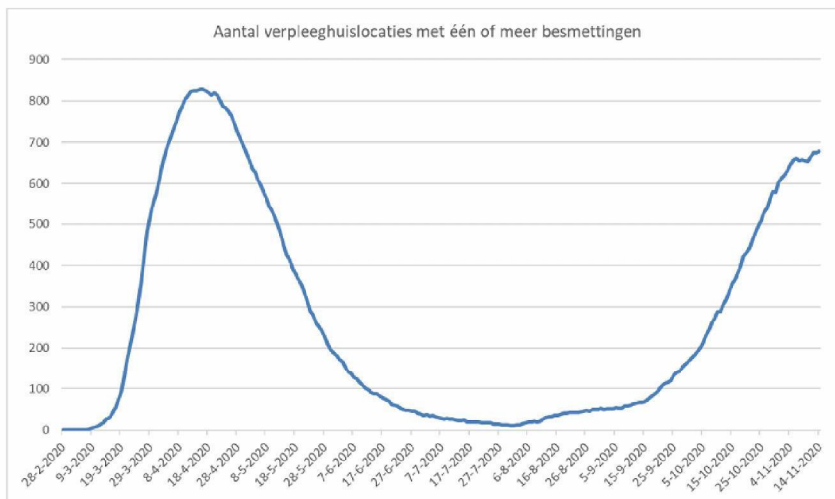
- Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 16 november 2020) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 45 en 46) het aantal nieuwe besmettingen 2.317 bedraagt. Dit is een afname van ruim 700 ten opzichte van het aantal besmettingen in week 43 en 44. Het aantal nieuwe besmettingen is nog steeds hoog. Lichtpunt is wel dat uit de recente cijfers over week 45-46 blijkt dat het aantal nieuwe besmettingen afneemt. De meest recente cijfers van Verenso zijn hiermee in lijn.
- Het RIVM schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij ca. 16.000 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ruim 3.885 mensen als overleden zijn gemeld<sup>21,22</sup>. Een groot deel van de mensen herstelt gelukkig, mede door de goede verzorging die zij ontvangen.
- In week 46 zijn er 130 cliënten overleden aan de gevolgen van COVID-19. In de afgelopen twee weken was dit een aantal van respectievelijk 248 (week 45) en 213 (week 44). Ter vergelijking, in week 44 zijn circa 1.200 bewoners van verpleeghuizen overleden. Van hen was dus bij ca. 18% een besmetting vastgesteld.

##### Locaties

<sup>21</sup> Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

<sup>22</sup> Alle bevestigde COVID-19 besmettingen worden geregistreerd. Voor de verpleeghuizen gebeurt dit door de specialisten ouderengeneeskunde, die het melden bij de GGD. De GGD geeft de cijfers door aan het RIVM. Het RIVM beschikt niet over het aantal verdenkingen van een COVID-19 besmetting.

- Het aantal verpleeghuislocaties waar één of meerdere besmettingen is gemeld is ook toegenomen. Het RIVM schat dat op dit moment (16 november peildatum) bij ongeveer 680 verpleeghuislocaties sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Dat is ruim 25% van het aantal locaties. Het gaat om het aantal verpleeghuislocaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is van tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test. Op een aantal locaties waar sprake was van een besmetting, zijn in de afgelopen 28 dagen geen nieuwe besmettingen vastgesteld die wegvallen uit deze groep. Het gaat in totaal om locaties 148 in de afgelopen twee weken (peildatum 16 november 2020).
- In de piek van de eerste golf waren besmettingen gemeld bij ruim 800 locaties. Het bovenstaande beeld is zichtbaar in onderstaand grafiek.

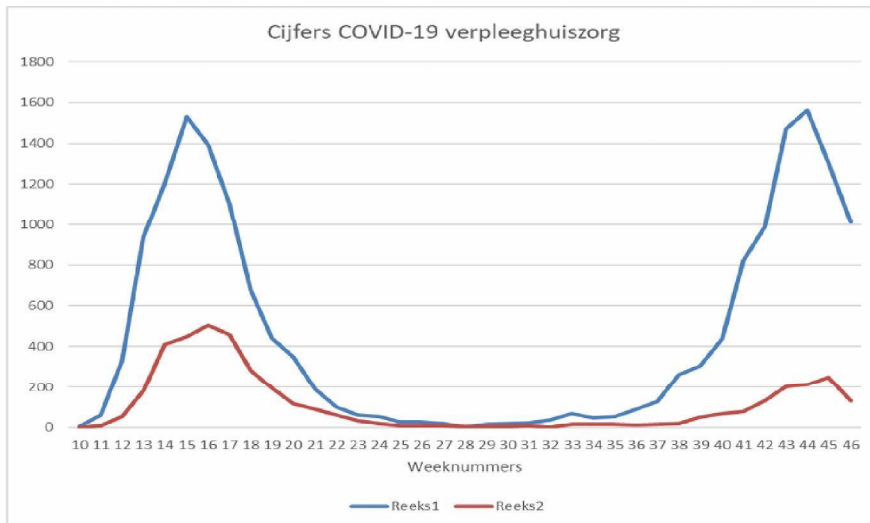


### Clusters

Het RIVM brengt op basis van het bron- en contactonderzoek clusters van besmettingen in kaart. Op 10 november zijn er 204 clusters (in verpleeghuizen en wooncentra voor ouderen) geregistreerd met in totaal 2.208 meldingen. De mediane clustergrootte is 6,0 besmettingen. Dat betekent dat de helft van de clusters meer dan 6 en de andere helft minder dan 6 besmettingen heeft. Het cluster met de meeste besmettingen heeft maar liefst 108 gerelateerde besmettingen<sup>23</sup>. In onderstaande figuur is de ontwikkeling van het aantal nieuwe besmettingen vanaf 1 maart 2020 weergegeven. Momenteel ligt het wekelijks aantal gemelde nieuwe besmettingen in de buurt van de eerste golf, terwijl er nu veel meer wordt getest.

In de cijfers van week 45 en week 46 zien we een afname van het aantal *nieuwe* besmettingen in verpleeghuizen.

<sup>23</sup> Per 23 oktober heeft het RIVM de definitie van clusters aangepast. De nieuwe definitie luidt: Personen worden alleen aan elkaar gelinkt wanneer hun eerste ziekte-dagen binnen -4 tot 14 dagen van elkaar vallen (besmettelijke naar geïnfecteerde). Binnen een cluster moeten alle personen dezelfde setting hebben behalve de mogelijke bron van het cluster (deze persoon of personen zijn op een andere locatie besmet geraakt en hebben het virus meegenomen). De eerdere definitie van clusters (alle aan elkaar gelinkte gevallen ongeacht setting) wordt nu "transmissieketens" genoemd. Op basis van deze nieuwe definitie is het aantal clusters in verpleeghuizen flink lager.



#### Ontwikkelingen en signalen verpleeghuiszorg

Zowel van de koepelorganisaties als van de individuele zorgaanbieders vernemen wij in toenemende intensiteit zorgen over de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Dit hangt samen met het oplopend ziekteverzuim van zorgmedewerkers als gevolg van besmettingen, quarantaine of wachten op testuitslagen.

We ontvangen signalen dat activiteiten en zorg in een sommige instellingen min of meer evenredig met de verminderde beschikbaarheid van zorgverleners worden afgeschaald. Dit oplopende ziekteverzuim kan de zorgaanbieders dwingen om de zorg af te schalen, bijvoorbeeld door dagactiviteiten of het toezicht op de groepen te verminderen. Dit kan noodzakelijk zijn omdat de zorgaanbieders niet meer de menskracht hebben om alle zorg vol te kunnen houden. ActiZ, Zorgthuis.nl, V&VN en Verenso werken op dit moment samen aan een handreiking hoe je verantwoord keuzes kunt maken ten aanzien van het regionaal en/of lokaal afschalen in de zorg voor ouderen. Dit document kan ondersteuning bieden bij het maken van de afspraken in ROAZ verband. De handreiking is ondertussen gepubliceerd.

Verder vernemen we van zorgaanbieders dat er soms sprake is van enige leegstand in de verpleeghuizen. Na de eerste golf is het aantal bewoners in verpleeghuizen gedaald met ca. 5.000 personen. We zien dat vanaf week 23 vindt in de verpleeghuizen geleidelijk herbezetting plaats. De laatste weken keert de trend weer. De afgelopen week zien we als gevolg van de hogere sterfte een afname van het aantal Wlz-gebruikers (-345). Vooral het aantal cliënten opgenomen in verpleeghuizen is met ruim 300 afgenomen. Volgens het cijfer van deze week is de leegstand op 19 oktober opgelopen tot 975.

Dat kan samenhangen met de twijfels die ouderen soms hebben om naar een verpleeghuis te verhuizen omdat zij vrezen dat er een volgende bezoekregeling kan komen.

Tegelijkertijd zijn zorgaanbieders creatief met het inzetten van mensen buiten de zorg. Hoewel bijvoorbeeld mensen van KLM of uit de horeca de zorgverleners niet volledig kunnen vervangen, kunnen zij de zorgverleners wel helpen. Ook doen zorgaanbieders hun uiterste best om bezoek aan bewoners mogelijk te blijven maken.

Naast de uitval van zorgverleners door ziekte blijkt dat zorgverleners soms 'corona-moe' beginnen te worden. De zorgverleners zouden terug willen naar de pre-corona situatie, waarin meer tijd was voor het bieden van meer persoonsgerichte zorg aan bewoners. Het is daarom extra belangrijk

voor de zorgaanbieders om aandacht te geven aan het vitaal en gemotiveerd houden van de zorgverleners.

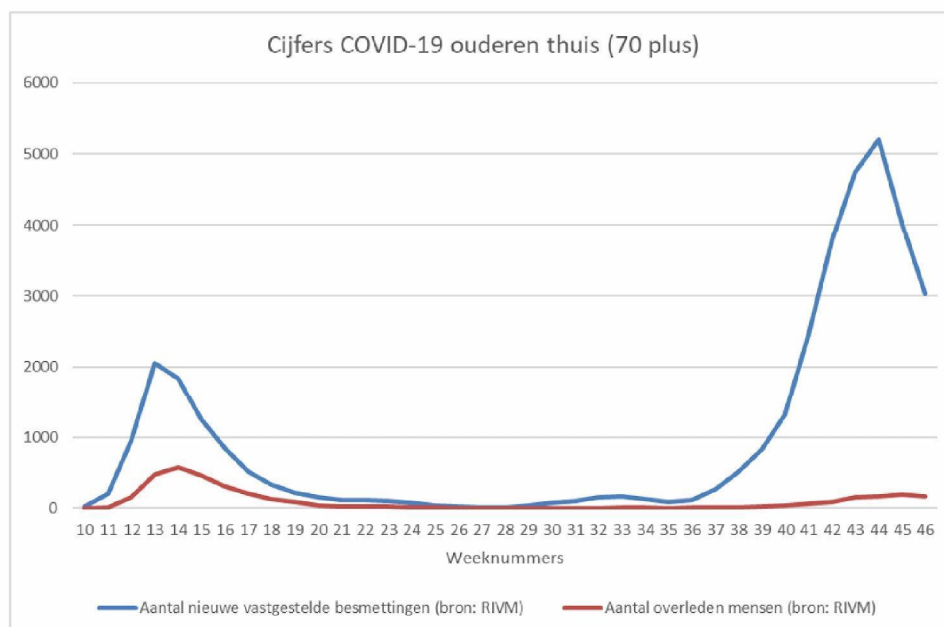
#### *Kwetsbare ouderen thuis*

##### Cijfers

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

- Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen bij ouderen, die ouder zijn dan 70 jaar en thuis wonen is nog steeds hoog. Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 16 november 2020) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 45 en 46) het aantal nieuwe besmettingen ruim 7.035 bedraagt. Dit is gelukkig wel minder dan de 9.950 nieuwe besmettingen in de voorgaande twee weken (week 44 en 45).
- Het RIVM schat dat tot nu toe bij bijna 35.950 ouderen van boven de 70 jaar en die thuis wonen<sup>24</sup> een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ongeveer 3.500 mensen als overleden zijn gemeld.<sup>25</sup> Hoeveel van deze ouderen in een kwetsbare gezondheid verkeerden of een vorm van zorg of ondersteuning thuis ontvingen, is niet bekend.

In onderstaand figuur is deze ontwikkeling weergegeven vanaf 1 maart 2020. Momenteel is het wekelijks aantal gemelde nieuwe besmettingen flink hoger dan tijdens de eerste golf. Reden hiervan is dat er nu veel meer wordt getest. Het aantal mensen dat komt te overlijden ligt momenteel fors lager.



#### Ontwikkelingen en signalen met betrekking tot ouderen thuis

##### Buurthuizen

<sup>24</sup> Thuis wonen betekent dat mensen niet in een verpleeghuis of een gehandicaptenzorginstelling wonen.

<sup>25</sup> Sinds 1 juni kan iedereen zich met klachten 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.

Naar aanleiding van de tijdelijke maatregelen (aangekondigd in de persconferentie van 3 november 2020) is de algemene, generieke inloopfunctie van buurthuizen tot 19 november 2020 verboden. Naar aanleiding van de door uw Kamer aangenomen motie<sup>26</sup> van het lid Klaver is toegezegd dat buurthuizen wel als locatie kunnen worden gebruikt voor georganiseerde en besloten dagbesteding voor kwetsbare personen. Hierbij doe ik deze motie af. Ook is het mogelijk om op afspraak individuele ondersteuning te bieden aan kwetsbare personen. Ik heb dit ook opgenomen in de aanwijzing aan de veiligheidsregio's. Op basis hiervan heb ik een handreiking gemaakt zodat het veld de maatschappelijke ondersteuning in buurthuizen, veilig, kan blijven voortzetten. Deze handreiking is breed verspreid en te vinden op

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2020/11/10/corona-handreiking-voor-buurt--dorpshuizen-en-wijkcentra>.

#### Maatschappelijke initiatieven

In het debat van twee weken geleden is de toezegging gedaan om het vrijwilligersplatform van NLvoorElkaar verder onder de aandacht te brengen richting ondernemers die hulp willen bieden. NLvoorElkaar biedt een landelijk vrijwilligersplatform om vraag en aanbod, juist in deze tijd, actief aan elkaar te verbinden. Er zijn 11.000 organisaties aangesloten en sinds maart dit jaar heeft NLvoorElkaar 64.000 online matches weten te maken. NLvoorElkaar heeft een aantal koepelorganisaties benaderd met het verzoek het platform onder de aandacht te brengen. De gesprekken daarover lopen nog. Eén daarvan is de Koninklijke Horeca Nederland naar aanleiding van een initiatief in Breda. De horeca in Breda in een samenwerking gestart met de zorgorganisatie Surplus. Dit betreft geen vrijwilligerswerk, maar het platform voorziet wel in de behoefte dat organisaties elkaar kunnen vinden bij dergelijke initiatieven. Daarnaast kan ik melden dat de Kamer van Koophandel het vrijwilligersplatform van NLvoorElkaar meeneemt in haar voorlichting, bijvoorbeeld op haar website.

#### Vrijwilligerswerk

In mijn vorige brief gaf ik aan in gesprek te gaan met landelijk opererende vrijwilligersorganisaties zoals onder andere Present, Humanitas en de Zonnebloem, om te bezien hoe zij nog beter in staat gesteld kunnen worden de sociale en praktische gevolgen van de coronamaatregelen in de komende moeilijke tijd op te vangen en te verzachten. Dit gesprek heeft plaatsgevonden en de bereidheid samen te werken is groot. De concrete uitwerking van hoe wij hen kunnen ondersteunen, ook rondom de feestdagen, wordt momenteel uitgewerkt. De #NietAlleen beweging is hier ook bij aangesloten. Hiermee geef ik invulling aan de motie Segers.<sup>27</sup> In de volgende stand van zakenbrief rondom COVID-19 zal ik hier uitgebreider op ingaan.

#### Met gemeenten bezien hoe kwetsbare mensen beter ondersteund kunnen worden (motie Asscher)

Om uitvoering te geven aan de door Uw Kamer aangenomen motie<sup>28</sup> van lid Asscher c.s., wordt op bepaalde thema's die kwetsbare mensen raken geïnventariseerd (bijvoorbeeld communicatie, quarantaine, eenzaamheid) hoe gemeenten hiermee omgaan. De goede voorbeelden wil ik beter delen en bespreken met gemeenten. Hiertoe organiseer ik op korte termijn een virtuele bijeenkomst tussen en met gemeenten waarin lokaal georganiseerde interventies, acties en programma's richting kwetsbare mensen in deze coronaperiode met elkaar worden gedeeld. Zo kunnen gemeenten van deze goede voorbeelden leren zodat succesvolle acties richting doelgroepen zoals ouderen, daklozen, GGZ-cliënten, mensen met een beperking en andere kwetsbare groepen ook in andere gemeenten uitgevoerd kunnen worden. Hiermee geef ik ook deels invulling aan de motie van lid Van der Staaij c.s.<sup>29</sup>, waarin het kabinet wordt verzocht in samenspraak met gemeenten te bezien hoe (mentaal) welbevinden van mensen kan worden vergroot.

#### *Mensen met een beperking in gehandicaptenzorginstelling en thuis*

<sup>26</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 693

<sup>27</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 643

<sup>28</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 700

<sup>29</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 672

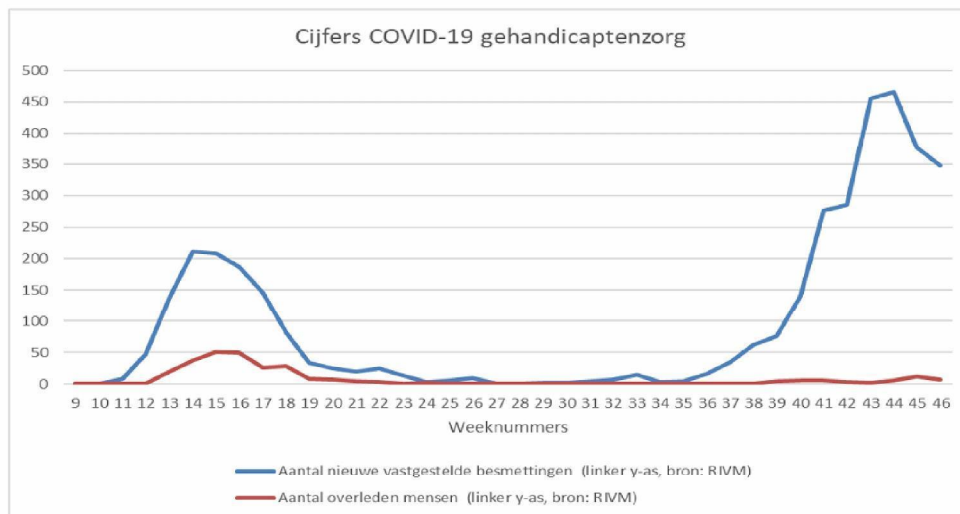
### Cijfers

De situatie ten aanzien van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in instellingen voor gehandicaptenzorg is op dit moment als volgt:

- Het RIVM (peildatum 16 november) schat dat sinds het uitbreken van de crisis in maart bij 3.735 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, waarvan 285 mensen zijn overleden.
- Uit deze cijfers blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 45 en 46) het totaal aantal nieuwe besmettingen met ruim 725 is toegenomen. Het aantal nieuwe besmettingen in week 46 is nog steeds hoog maar ligt met zo'n 348 nieuwe besmettingen 30 nieuwe besmettingen lager dan in week 45.

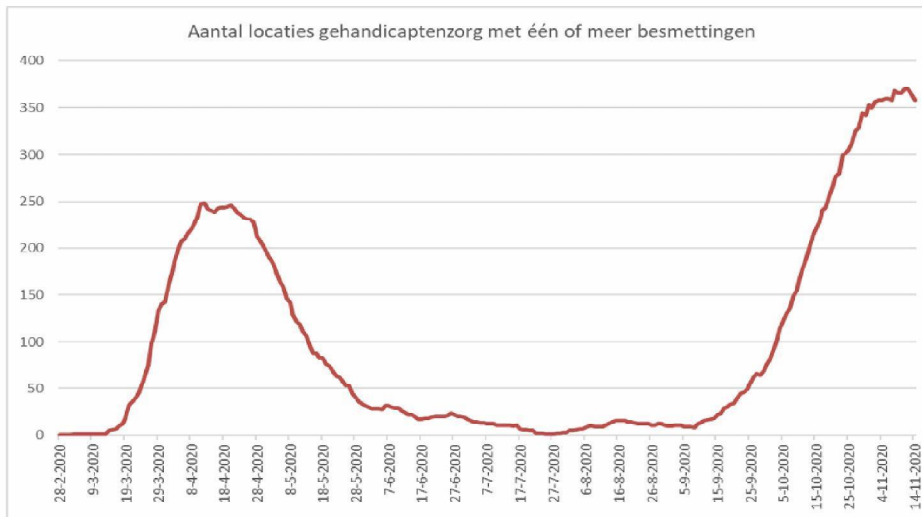
Net als bij de verpleeghuizen, geldt dus bij de instellingen voor gehandicaptenzorg dat het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in week 46 nog steeds hoog is, maar lager ligt dan in week 45. Het aantal mensen dat in de tweede golf overlijdt aan COVID-19 is gelukkig lager dan tijdens de eerste golf.

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling vanaf 1 maart 2020 weergegeven. Ook hier is relevant dat nu veel meer getest wordt.



### Locaties

Het RIVM schat dat momenteel bij 370 locaties voor gehandicaptenzorg sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmettingen. Dat is ongeveer 14% van het aantal locaties. Het aantal besmette locaties schat het RIVM in op basis van het aantal gehandicaptenzorginstellingen waar in de afgelopen 28 dagen sprake is geweest van tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test. Het beeld is zichtbaar in onderstaand grafiek.



### Ontwikkelingen en signalen in de gehandicaptenzorg en met betrekking tot mensen met een beperking of chronische ziekte thuis

Van zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg die wij spreken horen wij over de enorme emoties bij cliënten die de noodzakelijke maatregelen losmaken (afstand houden, mondkapjes bij zorgverleners, meer gereguleerd bezoek en PBM bij bezoek). Het is een opgave voor de zorgverleners om hier goed mee om te gaan. Juist in de gehandicaptenzorg is dat soms lastig, omdat sommige cliënten eigen voorzieningen nodig hebben die verbonden zijn aan de woonruimte van de cliënt, zoals een speciaal bed.

Net als in de ouderenzorg speelt in de gehandicaptenzorg dat de zorgverleners 'corona-moe' beginnen te worden. Men wil terug naar de pre-corona situatie. Zorgaanbieders proberen hieraan het hoofd te bieden met inzet van geestelijke verzorgers, aanbieden van gesprekken met psychologen of wat extra verlof.

#### *Uitzondering dringend advies mondkapjes voor mensen met een beperking of chronische ziekte*

Sinds begin oktober geldt een dringend advies mondkapjes te dragen in publieke binnenruimtes. Dat geldt ook voor mensen met een beperking of chronische ziekte. Deze mensen doen dit waar mogelijk, want ze zijn gezien hun kwetsbaarheid vaak bang besmet te raken.

Het kabinet is voornemens het dringende mondkapjesadvies om te zetten in een verplichting. De voorbereidingen dit juridisch te borgen lopen. Sommige mensen zijn vanwege een (zichtbare of onzichtbare) beperking of chronische ziekte echter niet in staat een mondkapje te dragen. Zij zijn dan ook uitgezonderd van dat dringende advies en zullen ook uitgezonderd worden van deze verplichting. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om mensen die fysiek geen mondkapje kunnen dragen of opzetten in verband met een aandoening aan het gezicht of mensen met een longaandoening die daardoor onvoldoende zuurstof binnenkrijgen. Ook zijn er mensen die, als zij zelf of hun begeleider een mondkapje dragen, daar ernstig van ontregeld raken, bijvoorbeeld vanwege een verstandelijke beperking of psychische aandoening.

In overleg met cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking of chronische ziekte is overwogen hoe moet worden aangetoond dat iemand niet in staat is een mondkapje te dragen. Op basis van dat overleg is ervoor gekozen dat niet afhankelijk te maken van een formele, medische verklaring, om mensen die kwetsbaar zijn geen extra drempels op te leggen om te kunnen blijven participeren: het vereisen van een medische verklaring levert niet alleen een onevenredige belasting oplevert voor mensen om wie het gaat, maar levert ook een enorme administratieve belasting op in de zorg. We onderkennen dat dit er ook toe kan leiden dat mensen die wel in staat zijn een mondkapje te dragen, maar daar niet voor voelen, ten onrechte claimen onder de

uitzondering te vallen. We vertrouwen erop dat het overgrote deel van Nederland te goeder trouw is, zich houdt aan de voorschriften en geen misbruik maakt van deze uitzondering.

Vanuit cliëntenorganisaties is naar boven gekomen dat de behoefte bestaat om op enige wijze kenbaar te kunnen maken dat iemand onder de uitzondering valt om discussies in bijvoorbeeld winkels of met handhavingsbeambten te voorkomen. Uitgangspunt is dat het de verantwoordelijkheid van mensen zelf is en blijft om aan te tonen dat zij uitgezonderd zijn. Dat is, zeker bij een onzichtbare beperking, echter niet altijd eenvoudig. In overleg met cliëntenorganisaties wordt bekeken hoe deze uitzondering vorm kan krijgen, waarbij mensen die daaraan behoefte hebben ondersteund worden in het kenbaar maken dat zij onder die uitzondering vallen. Als een handhavingsbeambte twijfelt, kan hij om aanvullende informatie vragen. Ik zal in overleg treden met degenen die verantwoordelijk zijn voor handhaving te bespreken hoe zij daarmee omgaan, zodat zij hun werk goed kunnen blijven doen en de mensen die onder de uitzondering vallen niet onnodig met belemmeringen te maken krijgen.

#### *Monitor COVID-19-strategie mensen met een beperking of chronische ziekte*

In opdracht van het ministerie van VWS heeft adviesbureau Significant een monitor ontwikkeld voor de COVID-19-strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte (COVID-19 Strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte). Deze strategie is op 3 juni jl. aan de Kamer gezonden.<sup>30</sup> Deze eerste rapportage van de monitor beslaat grofweg de periode april tot en met september 2020, waarbij het accent op de zomermaanden en daarna ligt. Daarmee geeft deze monitor een terugblik, maar geen actueel beeld van de huidige situatie. Hierbij in het kort de bevindingen van de eerste rapportage. In december en februari volgen nog twee rapportages.

Deze monitor laat - eens te meer - zien dat het leven van mensen met een beperking en hun naasten tijdens deze coronacrisis hard is geraakt. Zo zagen we in de eerste fase van de coronacrisis maatregelen die grote impact hadden op het dagelijks leven, zoals beperkingen voor bezoek, het wegvallen van zorg en ondersteuning, zoals dagbesteding en fysiotherapie en het afschalen van zorg en begeleiding in instellingen. Daarnaast geeft de monitor weer dat in de zomerperiode, en daarna, een groot gedeelte van de zorg weer was opgestart, dagbesteding op veel plekken weer mogelijk was en bezoek weer kon worden ontvangen. Naast deze ontwikkelingen laat de monitor zien dat bepaalde thema's extra aandacht verdienen. Zoals het belang van sociale contacten, en de gevoelens van eenzaamheid die een aanzienlijk deel van de mensen met een beperking nog steeds ervaren. Daarnaast is de dagbesteding op veel plaatsen opgestart, maar op een aantal plaatsen nog niet, of in sterk afgeslankte vorm. Bovendien is te zien dat ruim de helft van cliënten in instellingen zich betrokken voelen bij het opstellen van maatregelen, echter een groot gedeelte van de cliënten voelt zich nog steeds onvoldoende betrokken. Daarnaast is veel informatie over het coronavirus beschikbaar, maar in sommige gevallen is die nog niet specifiek op deze doelgroep toegesneden of voldoende begrijpelijk.

Verschillende cliëntenorganisaties, zoals Ieder(in), KansPlus en Per Saldo, waren betrokken bij de opzet en informatievoorziening van deze monitor. Zij benadrukken dat op bepaalde thema's, zoals (weggevallen van) dagbesteding en eenzaamheid, de situatie in de praktijk soms schrijnender is dan de cijfers in de monitor laten zien. Het ministerie van VWS spreekt wekelijks met deze partijen en kijkt steeds samen met de cliëntenorganisaties welke signalen nadere actie behoeven. VWS heeft al verschillende acties ondernomen op deze thema's zoals: bij dagbesteding zijn er tussen VWS, instellingen en cliëntenorganisaties afspraken gemaakt, hoe deze zoveel mogelijk kan worden gecontinueerd. Met betrekking tot de inspraak van cliënten heeft VGN handreikingen opgesteld waarbij samenspraak met cliënten en hun vertegenwoordigers centraal staan. En het programma 'Een tegen eenzaamheid' van VWS zet zich – met nog grotere inzet in coronatijd – met verschillende initiatieven in tegen eenzaamheid in de samenleving. Zoals eerder in deze brief al toegelicht, is er op het gebied van communicatie in samenwerking met Vilans, cliënten- en ouderenorganisaties, en kennisinstituten als het RIVM een centraal informatiepunt voor begrijpelijke, toegankelijke en gevalideerde corona-informatie ingericht. Deze informatie is beschikbaar op [www.vilans.nl/levenincoronatijd](http://www.vilans.nl/levenincoronatijd).

<sup>30</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 386

### *Dagbesteding*

Het bieden van dagbesteding is vitaal voor de kwaliteit van leven met mensen met een (verstandelijke) beperking. Het organiseren daarvan is meer complex dan vroeger, bijvoorbeeld omdat voorkomen moet worden dat groepen cliënten en zorgverleners gaan mixen. Positief is evenwel dat doordat de dagbesteding meer op de groep of thuis wordt geleverd er minder overdrachtsmomenten zijn, waardoor het aantal medicatiefouten lijkt af te nemen.

### *Dak- en thuisloze mensen*

Nu weer het maatregelenpakket van 14 oktober van kracht is, vervalt de oproep van het Rijk aan gemeenten de maatschappelijke opvang open te stellen voor mensen die daar normaal gesproken geen recht op hebben. Die openstelling was verbonden aan de oproep 'blijf zo veel mogelijk thuis'. Dat betekent dat de opvang voor deze mensen wordt beëindigd per 19 november 2020. Deze en andere maatregelen voor dak- en thuisloze mensen staan beschreven in de nieuwe versie van de richtlijn voor dak- en thuisloze mensen die zo snel mogelijk gepubliceerd zal worden op de website van de rijksoverheid.

Het ministerie van VWS heeft tweewekelijks crisisoverleg met partijen uit het veld. Hier worden de afspraken breed afgestemd en wordt besproken of nadere afspraken nodig zijn conform motie Klaver/Segers<sup>31</sup> die verzoekt nadere afspraken te maken met gemeenten en hen daarin te ondersteunen zolang als dat met het oog op de COVID-maatregelen noodzakelijk is. Tevens wordt in dit overleg besproken op welke manier gemeenten zicht kunnen houden op de dakloze mensen, die ze als gevolg van de coronacrisis en het breed openstellen van de opvang extra in beeld krijgen, waar dezelfde motie Klaver/Segers toe oproept. Daarmee beschouw ik deze motie als afgedaan.

### *Persoonlijke beschermingsmiddelen zorg buiten het ziekenhuis*

Het RIVM heeft op 3 november 2020 de algemene uitgangspunten voor gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) voor zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis geactualiseerd. Reden hiervoor was dat er onduidelijkheid was in het veld doordat er verschillen waren met de richtlijn voor zorgmedewerkers binnen het ziekenhuis. Dit betrof het moment waarop de PBM aangetrokken moeten worden als het gaat om het verzorgen/behandelen van mensen met (verdenking van) COVID-19. Zowel binnen als buiten het ziekenhuis geldt nu dat bij een patiënt met (verdenking van) COVID-19 PBM gebruikt wordt direct bij het binnentreden van de kamer. Voor de ziekenhuizen was dit al expliciet in de richtlijn opgenomen. Ook in de verpleeghuizen was dit al vaak staande praktijk.

Verder is het preventief gebruik van mondneusmaskers bij een verhoogde besmettingsgraad in de omgeving (vanaf inschalingsniveau 'zorgelijk') toegevoegd n.a.v. het eerder gegeven OMT-advies. Hierbij gaat het om continu gebruik, vanwege de continue verzorgings- en begeleidingsbehoefte van de bewoners. In de praktijk wordt dit al breed toegepast en kunnen medewerkers zelf op basis van hun professionele inschatting de afweging maken wel of niet preventief mondneusmaskers te gebruiken zoals ook eerder is bepleit door de vakbonden en V&VN. Met deze aanpassing zijn ook de uitgangspunten voor gebruik van PBM voor zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis en voor wijkverpleging samengevoegd.

### Preventief gebruik (medische) mondneusmaskers door risicogroepen

Zoals in de brief van 13 oktober jl.<sup>32</sup> aangekondigd, heb ik overleg gevoerd met de Landelijke Huisartsenvereniging, de Federatie van Medisch Specialisten en het Nederlands Huisartsengenootschap over de rol die artsen kunnen en willen spelen bij het adviseren van mensen met een kwetsbare gezondheid over preventief gebruik van medische mondmaskers door henzelf. Aanleiding daarvoor was het OMT-advies dat er op medische gronden geen noodzaak is het preventief gebruik van medische mondmaskers door kwetsbare groepen zelf dringend te adviseren, maar ruimte te laten om mensen met een verhoogd risico die zich daardoor veiliger

<sup>31</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 694

<sup>32</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 656

voelen zelf de keuze te laten om preventief een mondmasker te dragen. De betrokken organisaties hebben aangegeven dat het niet goed mogelijk is hier in generieke zin afspraken over te maken. Het hangt van de persoonlijke situatie van iemand af en diens gesprek met zijn of haar huisarts. Bovendien is er in de meeste gevallen geen medische noodzaak voor het dragen van een medisch mondneusmasker, en is het daarmee ook niet aan de arts dit voor te schrijven.

Inmiddels is ook duidelijk, op basis van een rapport van Accenture dat ik op 12 oktober jl.<sup>33</sup> aan uw Kamer heb aangeboden, dat aan de hand van de beschikbare gegevens en verwachtingen de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen voldoende is de tweede COVID-19 golf door te komen, ook als er meer preventief gebruik plaatsvindt of het aantal besmettingen hoger ligt dan tijdens de eerste golf.

Dat brengt mij ertoe om op basis van het OMT-advies nogmaals te benadrukken dat er geen dringend advies geldt voor mensen met een verhoogde kwetsbaarheid bij besmetting met het virus om preventief gebruik te maken van medische mondmaskers. Tegelijk heb ik wel begrip voor de vraag, waarbij ik het belangrijk vindt dat iedereen naar vermogen kan participeren in dit 'nieuwe normaal'. Ik zal daarom nagaan dat apotheken voldoende voorraad medisch mondmaskers hebben zodat mensen, voor wie dit in deze context belangrijk is, altijd zelf deze medische mondneusmaskers via een apotheek aan kunnen schaffen.

#### Persoonlijke beschermingsmiddelen mantelzorgers die intensieve zorg verlenen aan een naaste

Sinds de eerste golf hebben we voor mantelzorgers, die intensieve zorg geven aan een naaste, beschermende middelen beschikbaar gesteld. Dit voor het geval degene voor wie men zorgt getest moet worden of positief getest is. Mantelzorgers kunnen dan respectievelijk een korte en/of lange termijn pakket PBM ontvangen. In de huidige fase van de crisis wordt door medewerkers in de zorg en ondersteuning meer preventief gebruik gemaakt van PBM. Dit op basis van het OMT-advies. Wanneer mantelzorgers belangrijk zijn voor de zorg van een naaste, is het ook voor hen van belang meer preventief gebruik te kunnen maken van PBM. Dit hoeft niet op alle niveaus van de route kaart, omdat de zorg beperkt is tot een naaste. Daarom zullen we, wanneer het besmettingsniveau in de omgeving past vanaf niveau 'ernstig', mantelzorgers voorzien van PBM, een lange termijn pakket, zodat men dit preventief kan gebruiken. Deze middelen zal VWS ook om niet ter beschikking stellen. Op dit moment wordt de procedure ingeregeld, waarbij het zo zal blijven dat mantelzorgers het pakket af kunnen halen bij de apotheek. Zo snel dit mogelijk is, zullen we dit nadrukkelijk kenbaar maken.

#### *SET COVID-19 2.0*

De Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) geeft een impuls aan de opschaling van digitale zorg en ondersteuning voor thuiswonende kwetsbare ouderen en mensen met een chronische ziekte of beperking. Niet alleen kan de inzet van e-health cliënten meer regie op hun gezondheid en een betere kwaliteit van leven geven, de inzet van e-health kan daarnaast ook de belasting van zorgprofessionals verlichten en de werkdruk verminderen.

De coronacrisis vraagt veel van de zorg. Het gebruik van digitale zorg en ondersteuning kan de professional ontlasten en zorgaanbieders helpen in het continueren van zorg en ondersteuning. Daarom heb ik extra geld beschikbaar gesteld om de inzet van e-health een impuls te geven. De SET COVID-19 1.0 kon op veel enthousiasme rekenen: er zijn meer dan 1.700 subsidieaanvragen ingediend. Hiervan zijn er uiteindelijk 460 gehonoreerd, waarna het subsidieplafond van € 23 miljoen was bereikt.

Aanbieders van wijkverpleging, huisartsenzorg, GGZ en ondersteuning in het kader van de Wmo-2015 kunnen op dit moment nog gebruikmaken van de SET COVID-19 2.0-regeling. Hiervoor zijn al meer dan 1.100 aanvragen ingediend. De RVO werkt hard aan de beoordeling van alle aanvragen. Momenteel zijn 480 aanvragen gehonoreerd, dit aantal neemt snel toe.

<sup>33</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 624

De subsidie wordt vooral ingezet voor de inzet van beeldschermzorg. Circa 60 procent van de aanvragers zet (onder andere) hierop in. Beeldbellen kan onder andere ingezet worden om consulten op afstand plaats te laten vinden, maar kan ook ingezet worden voor sociale doeleinden, bijvoorbeeld voor dagbesteding. Organisaties gebruiken de subsidie daarnaast voor onder meer telemonitoring (circa 15 procent) en e-health-toepassingen voor medicatieverstrekking (circa 15 procent).

Meer dan 90 procent van de aanvragers van de SET COVID-19 2.0 is aangesloten bij het ondersteuningsprogramma SET-up. Dit programma wordt begeleid door VitaValley. SET-up helpt deelnemers met praktische ondersteuning bij de inzet van digitale zorg en faciliteert kennisuitwisseling tussen zorgorganisaties, zodat deelnemers aan de SET, SET COVID-19 1.0 en 2.0 van elkaar kunnen leren. De SET COVID-19 2.0 is geopend tot en met 30 november 2020. De reguliere SET-regeling blijft daarna beschikbaar.

#### *Ventilatiesystemen langdurige zorg*

In samenwerking met brancheorganisaties is een inventarisatie gedaan onder aanbieders om te onderzoeken in hoeverre de intramurale zorg voldoet aan de ventilatierichtlijnen zoals beschreven in het bouwbesluit. Uit deze inventarisatie blijkt dat dit veelal op orde is en dat de zorgmedewerkers in de instellingen bewust zijn gemaakt van de RIVM-richtlijnen rondom ventilatie.

Voor de extramurale zorg en ondersteuning is samen met enkele koepelorganisaties van dagbesteding een communicatiebericht opgesteld waarin stapsgewijs wordt beschreven hoe er op een veilige manier gebruik gemaakt kan worden van de dagbestedingslocaties en welke richtlijnen rondom ventilatie zij hiervoor dienen te volgen. Via de koepelorganisaties worden deze richtlijnen met de leden gedeeld.

#### *Publiekscommunicatie*

Het is onvermijdelijk dat de maatregelen die we nemen van invloed zijn op het mentale welzijn van mensen. Om de mentale druk te verlichten, is het belangrijk om er open over te zijn en het gesprek erover aan te gaan. Het kabinet zal een deel van campagne gericht op mentale klachten tijdens de coronacrisis opnieuw inzetten op radio en social media. De campagne communiceert de boodschap: 'Somber of gespannen door het coronavirus? Praat erover'. Verder wordt er aandacht gevraagd voor de mentale gevolgen van de corona-uitbraak en verwezen naar het steunpuntcoronazorgen.nl. Daar zijn handvatten te vinden die helpen om zo mentaal fit mogelijk te blijven.

#### Online informatiepunt voor mensen uit risicogroepen

Ouderen, mensen met een beperking of chronische ziekte, hun naasten en zorgverleners hebben behoefte aan begrijpelijke en toegankelijke informatie over de gevolgen van corona op hun dagelijks leven. Daarom hebben wij Vilans, de landelijke kennisorganisatie voor langdurende zorg, de opdracht gegeven om een online informatiepunt op te zetten. Mensen uit de risicogroepen, mantelzorgers en zorgverleners worden op [www.vilans.nl/levenincoronatijd](http://www.vilans.nl/levenincoronatijd) geholpen bij het vinden van antwoord op hun corona-vragen. De komende tijd wordt het informatiepunt verder uitgebreid en brengen wij het bij zoveel mogelijk relevante partijen onder de aandacht. Onder andere via social media, nieuwsbrieven en verwijzingen via andere websites.

## Andere onderwerpen

### 17. Arbeidsmarktbeleid

#### Arbeidsmarktbeleid COVID-19 (Extra Handen voor de Zorg/Nationale Zorgklas)

<b>Onderwerp: Arbeidsmarktbeleid COVID-19 (Extra Handen voor de Zorg/Nationale Zorgklas)</b>	
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het gaat om de acties van VWS gericht op het voorzien in acute knelpunten op het gebied van personeel en arbeid als gevolg van COVID-19. Belangrijkste bouwstenen zijn Extra Handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas.</li> </ul>
De context van het onderwerp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er is een toenemend aantal organisaties dat acute knelpunten ervaart op het gebied van personeel. Dat leidt deels tot het (onvermijdelijk) afschalen van zorg in bijvoorbeeld de ziekenhuizen. In de verpleeghuizen, gehandicapten zorg en GGZ is die mogelijkheid er veel minder.</li> </ul>
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voor de crisis was er al een tekort aan verzorgenden en verpleegkundigen, dit tekort is tijdens de crisis nog nijpender geworden. Dat tekort gaan we niet oplossen op korte termijn, dat is niet realistisch.</li> <li>- We zetten daarom alles op alles om ervoor te zorgen dat we de verpleegkundigen en verzorgenden zoveel mogelijk ontlasten door het verplaatsen van taken die mogelijk ook door anderen uitgevoerd kunnen worden, zoals oud-zorgprofessionals en mensen uit andere sectoren waar het nu moeilijk gaat.</li> <li>- Dat vraagt echt wat van zorgorganisaties. Nu wordt er nog met name gevraagd om gediplomeerde, direct zelfstandig inzetbare zorgprofessionals. We moeten de zorg dus echt anders organiseren.</li> <li>- We zien ook dat het kan: <ul style="list-style-type: none"> <li>o In het Sint Antoniusziekenhuis in Nieuwegein en bij het Maxima Medisch Centrum in Veldhoven, waar ze met ziekenhuisbuddy's werken om verpleegkundigen te ontlasten.</li> <li>o In Drenthe en Brabant, waar mensen vanuit de horeca ingezet worden als gastheer of gastvrouw in de VVT.</li> <li>o Zo zijn er nog tal van voorbeelden in het land.</li> </ul> </li> <li>- Kortom: we zien vanuit de praktijk dat het mogelijk is om de zorg anders te organiseren en verpleegkundigen te ontlasten met het aanbod vanuit Extra Handen voor de Zorg, maar dan moeten organisaties dat ook wel echt gaan doen. Wij zullen ze daarbij maximaal ondersteunen: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Door HR-afdelingen te ontlasten met professionele screening en matching via Extra Handen.</li> <li>o Door via de Nationale Zorgklas mensen zoveel mogelijk bagage mee voor deze functies.</li> <li>o Door de mensen die zich aanmelden goed voor te bereiden op hun inzet, ze te enthousiasmeren, waarderen en informeren zodat ze weten waar ze aan</li> </ul> </li> </ul>

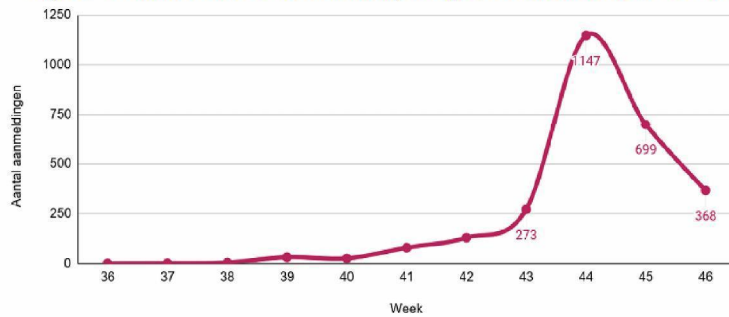
	<p>toe zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Door 4 praktijkteams in te richten die alles uit de weg proberen te ruimen wat het anders organiseren belemmert.</li> </ul> <p>– Dit alles doen we niet vrijblijvend. De Commissie Werken in de Zorg analyseert en adviseert over hoe de match tussen vraag en aanbod beter gemaakt kan worden. Met die aanbevelingen gaan we vol aan de slag.</p>
<p>Handelingsperspectief (wat kunnen we als VWS doen of toezeggen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Er is een social media campagne gestart vanuit Extra Handen voor de Zorg om oud-professionals terug de zorg in te halen én is een campagne gestart gericht op werkgevers om mensen die bij willen springen, ook daadwerkelijk de ruimte te bieden om meer te gaan werken.</li> <li>– We koppelen troubleshooters aan de Extra Handen punten die zorgen dat de randvoorwaarden op orde zijn, knelpunten worden weggenomen en die, indien nodig, kunnen opschalen naar VWS, NZa, LCPS, LOT-C.</li> <li>– We gaan in gesprek met de uitzendsector over een creatieve searchopdracht om meer personeel vanuit andere sectoren dan de zorg naar Extra Handen te leiden. We zien dat in de afgelopen weken het aantal aanmeldingen bij Extra Handen voor de Zorg flink toeneemt.</li> <li>– De Nationale Zorgklas wordt opgeschaald naar 1000 mensen per week binnen 12 weken. Deze mensen worden opgeleid voor ondersteunende taken binnen zorginstellingen. Op dit moment zijn er bijna 8000 aanmeldingen voor de Nationale Zorgklas. Per week worden er nu ruim 100 mensen opgeleid. Er is een korte training ontwikkeld voor mensen die als gastheer/gastvrouw willen helpen in zorgorganisaties. Daarnaast ontwikkelen we nog 4 opleidingsstraten voor bron- en contactonderzoek, testcapaciteit, ziekenhuisbuddy's en beveiligers in zorginstellingen.</li> <li>– Regionale mbo's en hbo's zijn benaderd, zodat studenten die hun stage zien stilvallen, zich kunnen inzetten via Extra Handen voor de Zorg. Extra Handen trekt hierin nauw op met de MBO- en HBO-raad.</li> <li>– Ik zal met ziekenhuizen in gesprek gaan om te bezien of zij voor de inzet van buitenlandse zorgverleners nog praktische bezwaren ervaren.</li> <li>– Het kader inzet voormalig zorgpersoneel is aangepast. In het huidige kader is een van de voorwaarden voor de zelfstandige inzet van personeel dat de BIG-registratie van een verpleegkundige niet-praktiserend is verlopen na 1 januari 2018 en dat zijn/haar vaardigheid aanwezig is. We hebben deze datum in overleg met de IGJ en de V&amp;VN verruimd naar 1 januari 2016. In potentie bereikt dit bijna 1000 extra voormalig verpleegkundigen.</li> <li>– We onderzoeken de mogelijkheid om via het pensioenfonds zorg en welzijn oud zorgprofessionals te benaderen om weer tijdelijk in de zorg te komen werken.</li> </ul>
<p>Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)</p>	<p>Het raakt aan het programma Werken in de Zorg en de recente brief <i>brede aanpak werken in de zorg</i> die met prinsjesdag aan de Tweede Kamer is verzonden.</p>

Feiten&cijfers  
(2 november 2020)

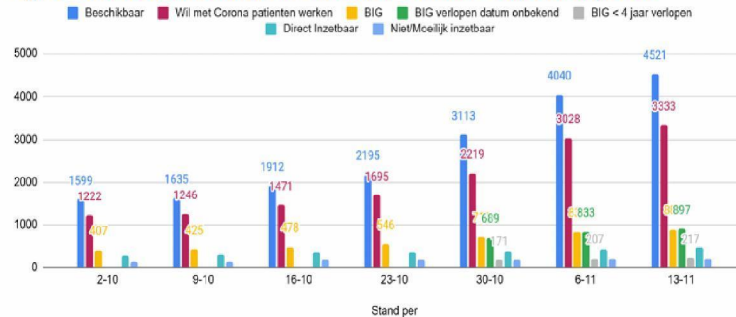
	Stand per	2-10	9-10	16-10	23-10	30-10	6-11	13-11	17-11
<b>Voorgesteld</b>		229	549	744	959	1254	1720	2065	2192
<b>Waarvan Geaccepteerd</b>		45	95	133	194	291	379	512	540
<b>Waarvan Afgewezen</b>		61	112	170	267	360	481	681	739
<b>Nog geen reactie</b>		123	342	441	498	603	860	872	913
<b>Beschikbaar</b>		1599	1635	1912	2195	3113	4040	4521	4660
<b>Wilt met Corona patiënten werken</b>		1222	1246	1471	1695	2219	3028	3333	3422
<b>BIG</b>		407	425	478	546	719	833	889	911
<b>BIG verlopen datum onbekend</b>						689	833	897	921
<b>BIG &lt; 4 jaar verlopen</b>						171	207	217	223
<b>Direct inzetbaar</b>		283	306	337	350	378	419	460	476
<b>Niet/Moeilijk inzetbaar</b>		137	136	171	186	191	207	214	221
<b>Inzetbaarheid onbekend</b>							2197	2477	2553
<b>NZK aanmeldingen via EHvdZ</b>						2201	6314	8206	8330

\*NZK = Nationale Zorgklas, EHvdZ = Extra Handen voor de Zorg

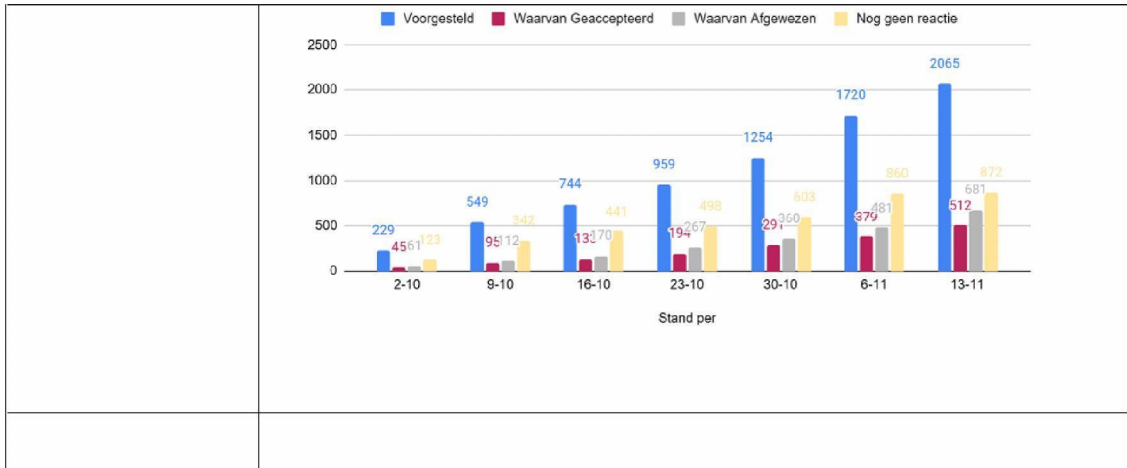
Figuur 1: Aantal nieuwe aanmeldingen bij extra handen voor de zorg.



Figuur 2: Aantal beschikbare mensen en hun zorgachtergrond.



Figuur 3: Bruto/netto matching



5.1.21 Concept

316 - 326

5.1.2i Concept

## Passage Kamerbrief Arbeidsmarkt in de zorg

In de brief van 27 oktober en van 29 oktober<sup>34</sup> heb ik uitvoerig stilgestaan bij het steeds nijpender wordend tekort aan zorgpersoneel en het brede palet aan maatregelen waarop wordt ingezet om de zorgprofessionals zoveel mogelijk te ontlasten. Daarnaast heeft u recent de vierde voortgangsrapportage over het actieprogramma Werken in de Zorg ontvangen, waar in het Algemeen Overleg Arbeidsmarktbeleid in de zorg uitvoering is gesproken.

In deze brief ga ik in op de ontwikkelingen rondom Extra Handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas en de toezeggingen aan de Kamer in het laatste COVID-19 debat op 4 november jl. en tijdens het AO Arbeidsmarktbeleid in de zorg. Daarnaast geef ik via deze brief aan hoe aan de aangenomen moties van de leden Wilders en Heerma<sup>35</sup>, over een nationale reserve aan zorgmedewerkers, en de motie van lid Van den Brenk<sup>36</sup>, over hoe ervoor wordt gezorgd dat zorgmedewerkers die positief zijn getest op COVID-19 niet toch gaan werken, uitvoering wordt gegeven.

### SER commissie

Aan de SER commissie is gevraagd om advies uit te brengen met oplossingsrichtingen om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken. De adviesaanvraag heeft betrekking op thema's als loopbaanontwikkeling, waardering, zeggenschap en arbeidsvoorwaarden. Zoals toegezegd in het AO Arbeidsmarkt aan lid Bergkamp op 12 november 2020, zal ik de commissie meegeven om te reflecteren op het voorstel vanuit uw Kamer of en onder welke voorwaarden kan worden gekomen tot één CAO voor verpleegkundigen en verzorgenden.

### Nationale Reserve Zorgverleners

Naar aanleiding van de aangenomen motie van de leden Wilders en Heerma<sup>37</sup> (nr. kan ik u melden hoe wij hiermee aan de slag zijn en de motie uitvoeren. Er zijn nu ruim 4500 mensen met een zorgachtergrond in Extra Handen voor de Zorg en ruim 8200 mensen die zich hebben aangemeld via de Nationale Zorgklas. Er is dus animo om te helpen in de zorg in tijden van crisis. Het is van belang om te bezien wat er nodig is om enerzijds goed in te zetten binnen zorgorganisaties én anderzijds te behouden voor de langere termijn.

Wij zijn daarover in gesprek met de Stichting Extra Zorg Samen (hierna: EZS). EZS is in het afgelopen voorjaar één van de initiatiefnemers geweest van Extra Handen voor de Zorg. Doelstelling is het vergroten van de inzetbaarheid van de mensen die zich aanmelden bij Extra Handen voor de Zorg. Dat moet de kans op een succesvolle match vergroten. Daarnaast gaat EZS in deze tweede golf zoveel mogelijk van de mensen die zich aanmelden bij Extra Handen voor de Zorg enthousiasmeren om zich structureel aan te melden als zorgreservist. Zo ontstaat een zorgreservistenbestand dat ook in volgende crises inzetbaar is. Er wordt nu gewerkt aan de oprichting van regionale communities. In de communities kunnen zorgreservisten elkaar ontmoeten en met en van elkaar leren. Om dit te verwezenlijken heeft EZS vier ambassadeurs aangesteld.<sup>38</sup> Deze ambassadeurs zijn verantwoordelijk voor de regionale communities van zorgreservisten.

Iedereen die zich aanmeldt bij Extra Handen voor de Zorg wordt door het EZS geïnformeerd over het proces na aanmelding en over de inzet binnen een zorgorganisatie, zodat ze precies weten waar ze aan toe zijn.

<sup>34</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 659 (Kamerbrief 27 oktober 2020) en nr. 660 (Kamerbrief 29 oktober 2020)

<sup>35</sup> Motie Wilders en Heerma, Kamerstukken 25 295 nr. 692

<sup>36</sup> Motie Van den Brenk, Kamerstukken 25 292 nr. 677 (met gewijzigd nummer 687)

<sup>37</sup> Motie Wilders en Heerma, Kamerstukken 25 295 nr. 692

<sup>38</sup> De ambassadeurs zijn Sabine Uitslag (oud politica en werkt voor FWG), Marga Bult (voormalig verpleegster, tegenwoordig zangeres en springt bij in de zorg via Extra Handen voor de Zorg), <sup>5.1.2e</sup> (voormalig IC-verpleegkundige en huidige projectmanager strategie Reinier Haga groep. Is ook weer tijdelijk in de zorg werkzaam via Extra Handen voor de Zorg), Rowan Marijnissen (IC-verpleegkundige in het Elisabeth TweeSteden Ziekenhuis en voorzitter van IC-V&VN).

### Zorgmedewerkers die positief zijn getest op COVID-19

De oplopende personeelstekorten op de werkvloer, mede als gevolg van COVID-19, hebben geleid tot situaties waarbij binnen zorgorganisaties positief geteste zorgmedewerkers toch aan het werk zijn. In navolging van de aangenomen motie van lid Van den Brenk<sup>39</sup> licht ik hier toe hoe ik invulling geef aan de motie. Zorgaanbieders hadden ook voor COVID-19 al te maken met een tekort aan personeel.

Door COVID-19 is het nog moeilijker geworden de bezetting rond te krijgen. Toch geldt ook voor zorgmedewerkers hetzelfde als voor alle Nederlanders dat de RIVM richtlijn gevolgd dient te worden. Medewerkers die positief getest zijn, mogen niet werken en mogen ook niet worden gedwongen om te werken. De RIVM richtlijn is dat mensen met een positieve COVID-19 test in isolatie moeten gaan tot ze minimaal 24 uur klachtenvrij zijn en het minimaal zeven dagen geleden is dat ze ziek werden. Ook moet de medewerker 48 uur koortsvrij en 24 uur symptoomvrij zijn. Ten behoeve van zorgmedewerkers heeft het RIVM uitgangspunten opgesteld voor zowel testbeleid als de inzet van zorgmedewerkers. Voor medewerkers binnen het ziekenhuis geldt de FMS-richtlijn.

In de richtlijn staat ook hoe om te gaan met quarantaine, bijvoorbeeld omdat mensen in contact zijn geweest met zieken en COVID-19-patienten.

Het RIVM stelt in haar uitgangspunten dat in geval van quarantaine bij hoge uitzondering en alléén als de zorgcontinuïteit in het geding komt, gewerkt kan worden onder bepaalde voorwaarden. Ook in het ziekenhuis is deze uitzonderingssituatie mogelijk op basis van de FMS-richtlijn. Ik verwacht van werkgevers dat zij de huidige richtlijnen zullen volgen en alleen gebruik maken van deze uitzonderingsmogelijkheid als er echt geen andere oplossingen zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen. Het onderstreept ook het belang om zorgmedewerkers snel te kunnen laten testen met PCR testen. Daarom kan zorgpersoneel met prioriteit getest worden bij de GGD. Ik blijf erop wijzen dat zorgmedewerkers altijd een melding kunnen doen bij de Inspectie SZW en IGJ indien er signalen zijn dat werkgevers niet voldoen aan de voorwaarden die in de uitzonderingsrichtlijn van het RIVM zijn opgenomen.

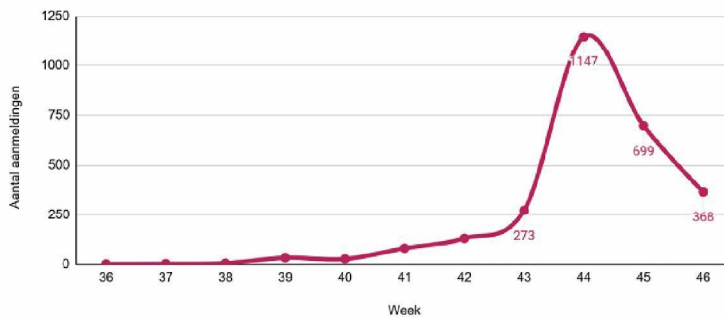
### Ontwikkeling Extra Handen voor de Zorg

In lijn met motie Wilders<sup>40</sup>, waarover ik per brief op 29 oktober de Kamer heb geïnformeerd hoe invulling wordt gegeven aan de motie, geef ik hierbij een update over de ontwikkeling van het initiatief Extra Handen voor de zorg. Ik onderschrijf deze oproep en betrek deze bij de gesprekken die ik voer met de sectoren. Hoewel het verkleinen van de tekorten geen gemakkelijke opgave is, is het bemoedigend dat de maatschappelijke oproep via de campagne tot aan het aanmelden bij Extra Handen voor de Zorg, zijn vruchten blijft afwerpen. Het aantal mensen dat wil bijspringen in de zorg is sterk toegenomen. Drie weken geleden week waren er 1147 nieuwe aanmeldingen van mensen met een zorgachtergrond. Sinds die week zijn er minder aanmeldingen maar nog altijd fors meer dan in de weken ervoor (figuur 1). Er wordt blijvend aandacht gevraagd voor het initiatief. Hetzelfde beeld zien we bij de Nationale Zorgklas: twee weken geleden waren er 4113 nieuwe aanmeldingen en vorige week 1892 nieuwe aanmeldingen.

*Figuur 1: Aantal nieuwe aanmeldingen bij extra handen voor de zorg.*

<sup>39</sup> Motie Van den Brenk, Kamerstukken 25 295 nr. 677 (met gewijzigd nummer 687)

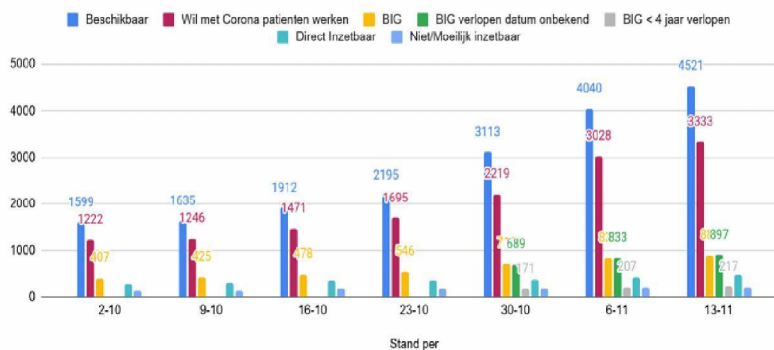
<sup>40</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 660 (Kamerbrief 29 oktober 2020)



### Aantal beschikbare mensen en hun zorgachtergrond

In totaal stond de teller afgelopen vrijdag op 4521 beschikbare mensen bij Extra Handen (stand 13-11-2020), waarvan 889 met een geldige BIG-registratie en 217 met een BIG-registratie die minder dan 4 jaar geleden is verlopen. 917 mensen hebben een verlopen BIG-registratie waarvan de datum onbekend is (figuur 2). Daarnaast zijn er in totaal 8206 aanmeldingen voor de Nationale Zorgklas. Na het doorlopen van de Nationale Zorgklas zijn deze mensen beschikbaar om gekoppeld te worden aan zorgorganisaties die aangeven deze mensen graag in te willen zetten.

Figuur 2: Aantal beschikbare mensen en hun zorgachtergrond.



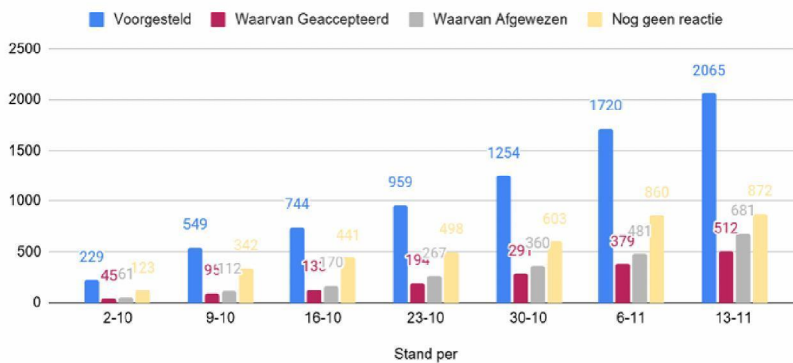
### Matching Extra Handen voor de Zorg

Wat betreft de matching geldt, dat van de 2065 mensen die zijn voorgesteld aan organisaties, er 512 zijn ingezet, er 681 zijn afgewezen en 872 mensen nog op een reactie vanuit de zorgorganisatie wachten (zie figuur 3). Hieruit kunnen we concluderen dat nog steeds een groot deel wordt afgewezen en de aanvragen langere tijd in behandeling zijn bij de zorgorganisaties. Dat verschil moet kleiner. Er wordt met name gevraagd om gediplomeerde, direct zelfstandig inzetbare zorgprofessionals. Die vraag gaan we met de Extra Handen voor de Zorg niet oplossen. We moeten de zorg anders organiseren en we zien ook dat het kan. In het Sint-Antonius in Nieuwegein wordt gewerkt met het buddysysteem om verpleegkundigen te ontlasten. In Drenthe en Brabant worden mensen uit de horeca ingezet als gastheer of -vrouw in de VVT en zo zijn er nog tal van voorbeelden. Het is dus mogelijk en er is genoeg aanbod, maar het is ook een oproep aan zorgorganisaties om het aanbod te omarmen. Wij ondersteunen hierin maximaal door HR-afdelingen te ontlasten met professionele matching via Extra Handen en via de Nationale Zorgklas. Maar ook door vier praktijkteams in te richten die zo veel mogelijk belemmeringen, die zorgorganisaties ervaren, op te lossen. Ook verspreiden we met het Actie Leer Netwerk actief goede voorbeelden van organisaties waar deze mensen al op een goede manier worden ingezet.

De Commissie Werken in de Zorg analyseert en adviseert over hoe de match tussen vraag en aanbod kan worden verbeterd en met die aanbevelingen wordt vervolgens aan de slag gegaan.

De commissie kijkt daarbij zowel naar het proces tijdens de eerste golf van de coronacrisis als naar hoe het proces nu is en wordt ingericht. Met behulp van een aantal 'medewerkersreizen' wordt de 'reis' van de mensen die zich aanmelden in kaart gebracht. Zo krijgen we boven tafel waar men tegenaan loopt en wat er beter kan. Daarnaast worden er gesprekken gevoerd met sleutelpersonen die een bijdrage (kunnen) leveren in het proces. Tot slot komt de commissie met concrete adviezen voor zowel quick-wins als adviezen die op de wat langere termijn hun effect hebben.

Figuur 3: bruto/netto matching



#### Toezegging – benaderen oud-zorgmedewerkers via Pensioenfonds Zorg en Welzijn (50Plus)

Kamerlid Sazias vroeg tijdens het laatste COVID-debat en tijdens het AO Arbeidsmarkt in de Zorg (12 november jl.) of het mogelijk is om via het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) oud-zorgverleners op te roepen weer in de zorg te komen werken. Daar kan ik het volgende over zeggen. Het benaderen van oud-zorgverleners via een oproep door het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) moet passen binnen de doelstellingen waarvoor het pensioenfonds de beschikking heeft over de gegevens van hun deelnemers. Het gebruik van die gegevens voor een brede oproep aan oud-zorgverleners kan alleen indien het bijdraagt aan een goede pensioenuitvoering. Dit voorjaar heeft een eerste pilot plaatsgevonden. Daarover heeft de Autoriteit Persoonsgegevens destijds een aantal vragen gesteld inzake het doelbindingsprincipe. Momenteel wordt onderzocht wat de juridische mogelijkheden zijn van een dergelijke brede oproep. Ik zal u hier spoedig nader over informeren. Zoals toegezegd in het AO Arbeidsmarkt zullen, indien het juridisch mogelijk blijkt om via PFZW een oproep te sturen, de oud-zorgverleners erop worden gewezen wat de mogelijke financiële gevolgen zijn indien men ervoor kiest gehoor te geven aan de oproep.

#### Toezegging overhead laten ondersteunen op de werkvloer (PVV)

Het Kamerlid Wilders vroeg mij tijdens het laatste COVID-debat een oproep te doen aan zorgorganisaties om de overhead, zijnde leidinggevenden en ondersteunende staf, te vragen om waar het kan de medewerkers op de werkvloer te ondersteunen. Bijgaand deze oproep. Tegelijkertijd merk ik op dat het aan de zorgorganisaties is om gehoor te geven aan deze oproep. We mogen bovendien niet voorbijgaan aan al het belangrijke werk dat door ondersteunende diensten en leidinggevenden binnen zorgorganisaties wordt verricht.

#### Toezegging meer uren werken (PVV)

Zoals ook aangegeven in de vierde voortgangsrapportage, die recent aan de Kamer is toegezonden, blijkt uit onderzoek van de Stichting Het Potentieel pakken dat 1 op de 4 vrouwen in de zorg – veelal met een contract tussen de 20 en 25 uur – graag meer uren wil werken. Met deze wetenschap – en om uitvoering te geven aan de motie Agema<sup>41</sup> over de uitbreiding van de

contracturen en de motie Van Beukering-Huijbrechts en Bergkamp<sup>42</sup> over het voeren van het gesprek tussen werkgever en werknemer over meer uren werken, zijn we hiermee aan de slag gegaan. Hier heb ik ook in het AO Arbeidsmarktbeleid in de Zorg bij stil gestaan. Het stimuleren van meer uren werken voor wie dat wil, is expliciet onderdeel van het brede pakket om werken in de zorg aantrekkelijker te maken. We zijn in gesprek met onder andere de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om via contractering met zorgaanbieders ontwikkelafspraken te maken over o.a. goed werkgeverschap. Meer uren werken komt in deze gesprekken ook aan orde.

We ondersteunen de Stichting Het Potentieel Pakken. Deze stichting is opgericht met als missie het vrouwelijk potentieel op de Nederlandse arbeidsmarkt optimaal te benutten. Het Potentieel Pakken heeft inmiddels een viertal proeftuinen bij zorginstellingen waarin geëxperimenteerd wordt met een aanpak om de deeltijdfactor te verhogen. Medewerkers willen vaak wel meer uren werken maar worden daarin gehinderd door de roostering en een gebrek aan flexibiliteit. Het Potentieel Pakken helpt zorgorganisaties bij het aanpakken van dergelijke belemmeringen. Er is veel belangstelling bij zorgorganisaties voor deze aanpak. Daarom gaan we initiatieven zoals van deze stichting verder ondersteunen. De ambitie vanaf 2021 is om het aantal zorgorganisaties waaraan ondersteuning wordt gegeven, flink uit te breiden naar ongeveer 50 instellingen en te laten dienen als vliegwiel richting meer zorginstellingen, zodat er ook echt impact op de werkvloer wordt gemaakt. Door te kunnen delen met andere zorginstellingen hoe de belemmeringen voor het verhogen van de deeltijdfactor, waar mogelijk, zijn weggenomen. In de volgende voortgangsrapportage werken in de zorg zal ik u informeren over de resultaten die worden geboekt.

In het AO Arbeidsmarktbeleid in de zorg heb ik eveneens toegezegd aan lid Bergkamp, in navolging van de motie Agema<sup>43</sup>, om advies in te winnen over de juridische mogelijkheden van een voltijdsbonus bij het College voor de Rechten van de Mens, de Landsadvocaat of eventueel andere juridische instantie met kennis van zaken op dit thema. Over de uitkomsten wordt de Kamer geïnformeerd in de volgende voortgangsrapportage Werken in de Zorg of eerder in indien mogelijk.

Ten aanzien van kinderopvang geldt dat voor de onderkant van het inkomensgebouw (tot 26 duizend euro) 96% van de kosten van kinderopvang (tot de maximum uurprijs) al wordt vergoed. Daarbij komt dat dit kabinet ook dit jaar weer stappen heeft gezet om meer werken nog lonender te maken o.a. door lagere belastingtarieven en een hogere arbeidskorting.

#### Toezegging Behouden van goede initiatieven voor de zorg (CDA)

In het AO Arbeidsmarktbeleid in de zorg<sup>44</sup> is aan lid Van den Berg toegezegd om te bezien hoe goede initiatieven ten behoeve van de arbeidsmarkt kunnen worden opgeschaald. Zoals ik in deze brief, maar in de voortgangsbrief van 27 oktober, de brief van 29 oktober aan de kamer, maar ook in het AO Arbeidsmarktbeleid in de zorg heb toegelicht, wordt veel in het werk gesteld om als gevolg van COVID-19 de nog grotere personeelstekorten, al is het tijdelijk, te laten teruglopen.

Ik wil de kamer ook graag attenderen op de brief<sup>45</sup> die aan de kamer is gestuurd op 16 november jl. over de 'stand van zaken Coronabananen'. In de brief is toegelicht hoe door middel van de inzet van 'coronabananen' op korte termijn verlichting kan worden geboden aan cruciale sectoren die overbelast zijn, zoals de zorg. Als gevolg van deze aanpak kunnen mensen die momenteel geen werk hebben of niet naar hun werk kunnen als gevolg van de crisis, tijdelijk aan de slag. Het doel van de coronabananen is hierbij niet om structurele arbeidstekorten op te lossen in bepaalde sectoren. Dit neemt niet weg dat mensen ervaring kunnen opdoen in een tekortsector, wat mogelijk als opstap dient voor een nieuwe baan. Door de coronabananen krijgen mensen de mogelijkheid en de ruimte om tijdelijk zinnig werk te doen, terwijl tegelijkertijd de druk in de cruciale sectoren afneemt. Voor de zorg wordt aangesloten bij het lopende initiatief Extra Handen voor de Zorg.

<sup>41</sup> Kamerstukken II 2020-21, 29282, nr. 399

<sup>42</sup> Kamerstukken II, 29282, nr. 403

<sup>43</sup> Kamerstukken XVI, 35300, nr. 32

<sup>44</sup> AO Arbeidsmarktbeleid in de zorg d.d. 12 november 2020

<sup>45</sup> 2020-0000153263

Voor alle acties geldt dat wordt ingezet op opschalen waar het kan. De aanmeldingen voor Extra Handen voor de Zorg hebben in beginsel een tijdelijk karakter maar er wordt gekeken naar mogelijkheden om mensen met en zonder zorgachtergrond te enthousiasmeren om een loopbaanswitch te maken en (weer) in de zorg te gaan werken. Via de regionale contactpunten van Extra Handen voor de Zorg kunnen mensen zich melden en worden via het contactpunt geïnformeerd over de mogelijkheden en doorverwezen naar zorgaanbieders die geïnteresseerd zijn om de betreffende persoon via een BBL traject op te leiden.

Toezegging - openstelling zorgbonus voor pgb-houders (Van Kooten-Arissen)

In mijn vorige brief heb ik u toegezegd dat ik u in een volgende COVID-19 brief zal informeren over de beoogde opzet van de bonusregeling voor zorgprofessionals die werkzaam zijn als pgb-zorgverlener en het bijbehorende tijdspad voor openstelling van deze regeling. Hierbij is het streven om de doelgroep zorgverleners die werken via een pgb, zoveel als mogelijk gelijk te stellen aan de zorgverleners die via zorgaanbieders en -instellingen werken. Ik ben nog in overleg met belangenorganisatie Per Saldo om hier invulling aan te geven, waarbij ik u binnenkort op de hoogte breng van de resultaten van deze gesprekken. Het streven blijft dat de aanvraag voor een bonus voor deze zorgverleners in het eerste kwartaal van 2020 gedaan kan worden.

## 18. Arbeidsmigranten (nav OMT advies)

### Factsheet arbeidsmigranten Stavaza per 13 november 2020

Onderwerp: Arbeidsmigranten	
<b>Kernboodschap</b>	<p>Het OMT heeft in haar advies van 3 november jl. aangegeven dat arbeidsmigranten een risico groep zijn voor uitbraken van COVID-19. De risico's zijn zowel gelegen op het terrein van werken, van vervoer als van wonen. Een meldplicht voor bedrijven van COVID-19-clusters onder medewerkers kan helpen zodat GGD'en goed zicht houden op de situatie. Het OMT geeft verder aan dat extra aandacht voor deze doelgroep zowel qua voorlichting en ondersteuning bij gedragsadviezen nodig is.</p> <p>Mevrouw Ouwehand heeft een motie ingediend om zo'n meldplicht in te stellen. In het debat heeft u die motie afgeraden, maar hij is aangenomen. In de brief van 17 november as. geeft u aan dat u zult onderzoeken of en zo ja op welke wijze een dergelijke meldplichtvorm gegeven kan worden.</p> <p>Over arbeidsmigranten heeft het Aanjaagteam twee sets aanbevelingen opgesteld, een over arbeidsmigranten en COVID-19 en een over de positie van arbeidsmigranten in het algemeen. In december zal een Kabinetsreactie op de tweede ste naar de Kamer worden gestuurd.</p>
<b>Argumentatie</b>	
<b>Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op 11 december is de verzending van de kabinetsreactie op de tweede set aanbevelingen van het Aanjaagteam gepland.</li> <li>• Op 16 december spreekt de Tweede Kamer over de aanbevelingen.</li> </ul>
<b>Feiten&amp;cijfers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De problematiek rondom arbeidsmigranten speelt zich af op drie terreinen, namelijk wonen, vervoer en werk. Daarnaast zijn er ook nog grensoverschrijdende aspecten die een rol spelen (wonen in het ene land en werken in een ander, of werken in twee landen).</li> <li>• De taskforce Arbeidsmigranten onder leiding van Emiel Roemer heeft een eerste set aanbevelingen gedaan die specifiek zien op COVID-19. De tweede set met aanbevelingen die over de situatie van arbeidsmigranten in het algemeen gaat en dus niet COVID-19 gerelateerd is, is inmiddels ook aan de Tweede Kamer aangeboden.</li> <li>• We hebben het OMT gevraagd om een advies te geven op de volgende vragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Wat is de huidige situatie van <b>besmettingsclusters rondom arbeidsmigranten</b>? Verzoek om een update over hoeveelheid, grootte en trend van clusters.</li> <li>➢ <b>Duiding</b> van clusters rondom arbeidsmigranten. Is er onderscheid in <b>de verschillende onderdelen van de keten</b> (huisvesting, vervoer, werk)?</li> <li>➢ Op basis van deze duiding, zijn de <b>huidige maatregelen voldoende effectief</b>? Is er <b>aanleiding tot aanvullende maatregelen</b>, en zo ja welke?</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ten aanzien van arbeidsmigranten constateert het OMT in haar advies van dat zij, ondanks dat er de afgelopen maanden geen uitbraken waren, een risicogroep voor uitbraken van COVID-19 blijven.</li> <li>• Extra aandacht voor deze doelgroep zowel qua voorlichting en ondersteuning bij gedragsadviezen is nodig.</li> <li>• Daarnaast is – naast blijvend toezicht op de werksituatie – beter toezicht op wonen en vervoer van arbeidsmigranten nodig.</li> <li>• In dat kader adviseert het OMT nauw aan te sluiten bij het rapport 'Geen Tweederangsburgers' dat onder leiding van Emile Roemer tot stand is gekomen.</li> <li>• Naar aanleiding van eerste aanbevelingen van het Aanjaagteam arbeidsmigranten van Emiel Roemer zijn er al een aantal acties in gang gezet om dit risico te verkleinen. Inmiddels is ook de tweede set aanbevelingen aan de Tweede Kamer gestuurd, over de positie van arbeidsmigranten in het algemeen. Wij gaan kijken of en hoe we in de kabinetsreactie op die aanbevelingen kunnen aansluiten.</li> <li>• Mevrouw Ouwehand heeft in het debat van 3 november jl een motie ingediend waarin de regering verzocht wordt een meldplicht in te stellen voor bedrijven met COVID-19 besmettingen onder medewerkers.</li> <li>• U heeft de motie afgeraden maar toegezegd dat u zult nagaan op welke manier we het Samenwerkingsplatform ook kunnen benutten om bedrijven proactief besmettingen te laten voorkomen in hun eigen omgeving.</li> <li>• Hierover is een passage in de Kamerbrief van 17 november as opgenomen.</li> <li>• De Kamer heeft de motie op 11 november aangenomen. Wij onderzoeken of en zo ja hoe we hier uitvoering aan kunnen geven.</li> </ul>
<p><b>Overig</b> <b>(zoals heikele punten en pers)</b></p>	<p>De ABU (Algemene Bond van uitzendondernemingen) had op haar website aangegeven dat arbeidsmigranten uit oranje landen zijn uitgezonderd van thuisquarantaine als ze naar Nederland komen. Daarop is er contact geweest met de ABU om aan te geven dat zij de uitzonderingsbepaling niet correct interpreterten. Het is niet duidelijk hoeveel arbeidsmigranten op deze manier aan het werk zijn gegaan.</p> <p>Het ministerie van SZW heeft inmiddels, mede namens u, een brief aan de ABU gestuurd waarin nog eens heel duidelijk uitgelegd wordt wat het beleid is ten aanzien van thuisquarantaine, namelijk 10 dagen thuisquarantaine bij binnenkomst in Nederland vanuit een oranje en rood land. En een negatieve corona test kan nooit een vervanging zijn voor de thuisquarantaine. Dit heeft tot wrevel en onvrede geleid bij de ABU.</p> <p>Ook is de informatie op Rijksoverheid.nl over de uitzonderingen op de thuisquarantaine regel aangepast zodat duidelijker is wie wel en niet wordt uitgezonderd. Hierover is ook een passage opgenomen in de stand van zaken brief van 3 november.</p> <p>SZW heeft in de ACC van 12 november jl. aangegeven dat zij graag een advies willen van het OMT over arbeidsmigranten en quarantaine. De achtergrond van deze vraag is nog onduidelijk. Hier wordt nog navraag naar gedaan.</p>

335 - 335

5.1.2i Concept

## **19. Covid-wet**

### **Tijdslijn en proces Covid-wet**

#### **Tweede Kamer**

- Op 24 augustus heeft de TK het verslag vastgesteld.
- Op 4 september is een rondetafel bijeenkomst georganiseerd in de Tweede Kamer, waarin ook kritische hoogleraren aan bod zijn gekomen.
- Op 29 september is de nota naar aanleiding van het verslag ingediend. Tevens is op die dag een nota van wijziging ingediend.
- Op 7 en 8 oktober heeft de plenaire behandeling in de Tweede Kamer plaatsgevonden.
- Op 9 oktober is een tweede nota van wijziging ingediend.
- Op 13 oktober is het wetsvoorstel in de TK aangenomen. Daarbij zijn ook acht amendementen aangenomen.

#### **Eerste Kamer**

- De Eerste Kamer heeft op 13 oktober voorlichting gevraagd aan de Afdeling advisering van de Raad van State over de door de TK 'zelfgecreëerde zeggenschap van de Tweede Kamer en het daarbij uitsluiten van de Eerste Kamer'.
- De Eerste Kamer heeft op 21 oktober het schriftelijk verslag vastgesteld.
- Op 22 oktober is de voorlichting van de Afdeling openbaar gemaakt.

- Op 23 oktober is de nota naar aanleiding van het verslag ingediend.
- Op 26 oktober heeft de plenaire behandeling in de Eerste Kamer plaatsgevonden.
- Op 27 oktober is het wetsvoorstel in de EK aangenomen met 48 stemmen voor en 24 tegen.
- Op 13 november is de wet gepubliceerd in het Staatsblad.

### **Huidige situatie**

- Op grond van de Wet publieke gezondheid geeft de minister van VWS leiding aan de bestrijding van een ziekte die als A-ziekte is aangemerkt.
- De bestrijding zelf vindt plaats door de voorzitters van de veiligheidsregio's.
- Voorzitters van de veiligheidsregio's stellen maatregelen vast via noodverordeningen, via opdracht van minister VWS op grond van de Wpg.
- Omdat de minister van VWS leiding geeft, kan de minister aanwijzingen geven aan de voorzitters van de veiligheidsregio's

### **Nieuwe situatie**

- Minister behoudt de leiding, maatregelen worden (hoofdzakelijk) vastgesteld bij ministeriele regeling, positie voorzitter veiligheidsregio wijzigt:

- De bevoegdheden tot toepassing en uitvoering van maatregelen worden primair belegd bij de burgemeesters .
- De voorzitter van de veiligheidsregio behoudt wel een coördinerende rol bij de bestrijding van de epidemie.
- Voor alle bevoegdheden die de burgemeester heeft kan bij bovenlokale effecten worden bepaald dat deze overgaan naar de voorzitter van de veiligheidsregio. Daarvoor is altijd een besluit van de minister van VWS nodig.
- De voorzitter veiligheidsregio behoudt ook een aantal bevoegdheden op grond van de WPG (zoals quarantaineplicht).

### **Doel tijdelijke wet**

- De Wet publieke gezondheid en noodverordeningen zijn vooral beoogd als kortdurende instrumenten. Uit het oogpunt van democratische legitimatie zijn noodverordeningen op de langere termijn minder geschikt dan een wet die is vastgesteld door regering en parlement samen.
- Doel van het wetsvoorstel is het vinden van een optimale balans tussen enerzijds de noodzaak van snelheid en flexibiliteit van handelen en anderzijds de noodzaak van democratische legitimatie en waarborgen voor de bescherming van grondrechten.
- Inhoudelijk verschillen de beoogde normen niet van de bestaande normen in de noodverordeningen.

- Ten gevolge van het wetsvoorstel zal het zwaartepunt van de regionale en lokale aanpak verschuiven van de voorzitters van de veiligheidsregio's naar de burgemeesters.

### **Hoofdpijnen tijdelijke wet**

- De verplichting om een veilige afstand te houden (buiten de woning) is in de wet vastgelegd.
- De wet voorziet daarnaast in specifieke grondslagen om gedragsvoorschriften of andere regels te stellen bij ministeriële regeling over:
  - Groepsvorming;
  - Openstelling publieke plaatsen;
  - Evenementen;
  - En een aantal andere regels.
  - Sectorale bepalingen, voor onder meer onderwijs, zorg en openbaar vervoer
- De wet bevat voorts regels over parlementaire betrokkenheid en democratische verantwoording op lokaal niveau, regels over de bevoegdheidsverdeling tussen burgemeester en voorzitter veiligheidsregio's, regels over differentiatie en lokaal maatwerk en regels over handhaving.

### **Parlementaire betrokkenheid**

Dit is versterkt ten opzichte van de huidige situatie:

1. Vaststellen wettelijk kader: De wet bevat specifieke grondslagen voor mogelijke maatregelen. De TK en EK krijgen als medewetgever het laatste woord over de wet;
2. Verlenging of beperken van de geldingsduur van de wet: de geldt in beginsel voor drie maanden. Daarna kan telkens met drie maanden worden verlengd. Een besluit daartoe wordt voorgehangen bij beide Kamers.
3. Betrokkenheid bij concrete maatregelen: Een ministeriële regeling wordt binnen twee dagen na vaststelling overgelegd aan beide Kamers. De Tweede Kamer heeft een instemmingsrecht. Indien zij besluit niet in te stemmen met de regeling vervalt deze van rechtswege.
4. Rapportageplicht: maandelijks wordt verantwoording afgelegd aan beide Kamers over de geldende maatregelen.  
Elke drie maanden (voor elk verlengingsbesluit) worden de geldende maatregelen voor advies voorgelegd aan de Afdeling advisering Raad van State.

341 - 343

5.1.2i Concept

## 20. Reizigers – testen en quarantaine

### Factsheet Reizigers – testen en quarantaine

17 november 2020

<b>Onderwerp: Reizen</b>	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reis zo min mogelijk</li> </ul> <p>Voor Nederland geldt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blijf zoveel mogelijk op je vakantieadres</li> <li>• Beperk het aantal uitstapjes en vermijd drukte</li> </ul> <p>Voor het buitenland geldt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Reis niet naar het buitenland</u> tot 15 januari, tenzij strikt noodzakelijk.</li> </ul> <p><b>Nieuwe besluiten 17-11</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verplichten van negatieve testverklaring voor reizigers uit hoogrisico gebieden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zo snel mogelijk voor derdelanders</li> <li>○ Voor overige reizigers: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In overleg met luchtvaartmaatschappijen</li> <li>▪ In gang zetten wetswijziging</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <b>Onderzoeken mogelijkheid per 15-1 reizigers op dag 5 te testen en bij negatieve uitslag quarantaine beëindigen</b></li> <li>• <b>Niet testen op luchthavens</b></li> <li>•</li> </ul>
Argumentatie	<p>Advies 85<sup>e</sup> OMT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het OMT acht het verantwoord om een PCR-test aan te bieden op de 5<sup>e</sup> dag na het laatst mogelijke blootstellingsmoment</li> <li>• Een negatief geteste persoon kan dan daarna uit quarantaine</li> <li>• Het OMT adviseert om de mogelijkheid voor het vereisen van een negatieve testuitslag bij binnenkomst in Nederland voor alle reizigers die uit een hoog-risicogebied vliegen. Dit sluit ook aan bij de aangenomen motie in de Tweede Kamer van Van Weyenberg en Veldman.</li> </ul>
Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Met een ruime meerderheid is de motie Van Weyenberg/Veldman aangenomen over: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ het verplichten van een negatieve coronatest voor het binnenreizen van Nederland vanuit een land waar een negatief reisadvies voor geldt</li> <li>○ Bij het verder uitbouwen van een testinfrastructuur met snelteststraten de capaciteit op luchthavens en waar van toepassing andere inreislocaties te betrekken</li> </ul> </li> </ul>
Feiten&cijfers	<p><b>Planning testen van reizigers:</b></p> <p><b>Streefbeeld voorjaar 2020:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NL eist negatieve testuitslag aan <b>inkomende</b> reizigers (vreemdelingen en inwoners), wetswijziging van kracht</li> <li>• Daarnaast <b>inkomende reizigers</b> na 5 dagen bij negatieve testuitslag uit quarantaine</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Internationale overeenstemming over eis negatieve testuitslag <b>inkomende</b> reizigers.</li></ul> <p><b>15 januari</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bij positief advies LCT/GGD: start testen <b>inkomende</b> reizigers op 5<sup>e</sup> dag van quarantaine. Bij negatieve uitslag mogen mensen uit quarantaine.</li></ul> <p><b>Tot die tijd:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• huidige beleid voorzetten: <b>uitgaande</b> reizigers naar een land dat negatieve testverklaring eist: particulier testen, betaald door burger zelf.</li></ul>
Overig (zoals heikele punten en pers)	

346 - 350

5.1.2i Concept

## Passage Kamerbrief Reizigers

Reizen vormt een risico op verspreiding en import van het coronavirus. Dat is onderstreept door de ervaringen met terugkerende wintersporters in februari en maart en door vakantiegangers tijdens de zomervakantie. Daarom is het van groot belang om stappen te zetten om reizen veiliger te maken. Tot medio januari geldt het advies om niet naar het buitenland te reizen. Ook na medio januari blijven de reisadviezen van het ministerie van Buitenlandse Zaken het uitgangspunt. Als een land een 'oranje' reisadvies heeft, wordt aangeraden alleen noodzakelijke reizen te ondernemen. Vakanties zijn geen noodzakelijke reizen.

Dit noodzakelijke verkeer brengt risico's mee. Ook tijdens een noodzakelijke reis is het risico op besmetting in COVID-19-risicogebieden verhoogd. Daarom wil ik stappen zetten om noodzakelijke reizen vanuit COVID-19-risicogebieden veiliger te maken: het vragen van een negatieve testverklaring en het testen van reizigers vijf dagen na aankomst in Nederland.

Reizigers die in Nederland aankomen uit een covid-risicogebied wil ik verplichten een negatief testresultaat te kunnen tonen dat maximaal 48 uur voor aankomst is afgegeven. Hiermee geef ik ook invulling aan de motie Weyenberg/Veldman<sup>46</sup> en geef ik opvolging aan het OMT-advies van 9 november jl. Op dit moment zijn er beperkte juridische mogelijkheden om een zogenaamde negatieve testverklaring te verplichten. Dit vraagt om een wijziging van de Wet publieke gezondheid. Dit zal naar verwachting niet eerder dan het voorjaar van 2021 kunnen worden ingevoerd. Met het oog op de uitvoerbaarheid onderzoeken we de mogelijkheden en de benodigde tijd om dit per vervoerssector in te voeren. Over de precieze vormgeving hiervan zal ik u later informeren.

Voor bepaalde derdelanders (inwoners van buiten de EU/Schengen en het Verenigd Koninkrijk die zijn uitgezonderd van het EU-inreisverbod) kan de negatieve testverklaring zonder wetswijziging verlangd worden op grond van de Schengengrenscore en het EU-inreisverbod. Voor deze reizigers wil ik dit op korte termijn invoeren, het streven is medio december. Daarnaast onderzoek ik samen met het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat, het ministerie van Justitie en Veiligheid en luchtvaartmaatschappijen of zij vrijwillig de negatieve testverklaring op (een deel van hun) vluchten ook in willen voeren voor inwoners van de EU.

Het invoeren van een negatieve testverklaring kan niet volledig voorkomen dat besmette reizigers uit COVID-19-risicogebieden Nederland binnenkomen. Een reiziger kan immers besmet zijn nadat de test is afgenomen, of zo kort voor de test dat deze nog onbetrouwbaar is. Daarom moeten deze reizigers nog steeds in thuisquarantaine. Ik onderzoek of het mogelijk is om deze reizigers vanaf medio januari de mogelijkheid te bieden zich vijf dagen na aankomst te laten testen. Bij een negatieve test kan de quarantaine dan worden beëindigd. Het LCT heb ik om advies gevraagd of de testcapaciteit toereikend is voor deze doelgroep, en de GGD vraag ik om mij te adviseren over de uitvoeringsaspecten.

Naast het verkorten van de quarantaine, werkt het kabinet aan het beter ondersteunen van mensen in quarantaine. Daarover informeer ik u hierna in deze brief.

Door het vragen van een negatieve testverklaring en het testen na vijf dagen quarantaine wordt het risico beperkt dat besmette mensen uit COVID-19-risicogebieden naar Nederland reizen en wordt het risico beperkt dat besmette mensen in Nederland het virus verder verspreiden. Met het oog op de hiervoor beschreven maatregelen acht ik het niet zinvol om ook nog te testen op luchthavens. Het risico bestaat dat besmette reizigers die op de luchthaven negatief testen, zich slechter aan de quarantaineregels houden. Met een test voorafgaand aan de reis en een test na vijf dagen quarantaine, verwacht ik dat de risico's op het verspreiden van het virus door reizigers uit COVID-19-risicogebieden sterk wordt gemitigeerd.

<sup>46</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 664

352 - 362

5.1.2i Concept

## Passage Kamerbrief Slachthuizen

De coronaomstandigheden blijven vragen om een alerte houding ten opzichte van slachthuizen en vleesverwerkende bedrijven. De afgelopen weken hebben dit weer aangetoond.

Op 6 november jl. heeft de minister van LNV uw Kamer geïnformeerd over een cluster van besmettingen op een vleesverwerkend bedrijf. De onderneming is op aandringen van de voorzitter van de Veiligheidsregio en de directeur Publieke Gezondheid gesloten. Het bedrijf heeft goed meegewerkt. Alle medewerkers zijn getest; het totaal van de positief geteste personen is uitgekomen op 97. De Veiligheidsregio heeft, samen met de betrokken gemeente en de GGD, uitvoerig onderzoek gedaan naar ook de thema's vervoer en wonen, maar heeft geen bron van de besmettingen kunnen detecteren. De arts infectieziekten van de GGD concludeert dat het een complex van de drie factoren (wonen, werken en vervoer) is, mogelijk verergerd door gedrag ((niet-)naleving van de regels door mensen). Het bedrijf is inmiddels weer opgestart.

De Inspectie SZW (ISZW) heeft nauw contact met de Veiligheidsregio om alle uitkomsten te bespreken naar aanleiding van de maatregelen die zij, samen met de GGD en de onderneming, heeft genomen. Voor wat betreft arbeidsomstandigheden lijkt het bij deze onderneming allemaal op orde te zijn en daarom zal ISZW niet gaan inspecteren. Binnen het thema wonen is de Veiligheidsregio nog bezig met onderzoek met behulp van een beveiligingsbedrijf. Mocht daartoe aanleiding zijn, dan zal ISZW aansluiten als er een inspectie nodig is op het gebied van arbeidsmarkt fraude.

Afgelopen week is op nog een ander vleesverwerkend bedrijf een cluster geconstateerd. Dit bedrijf is (nog steeds) gesloten; de Veiligheidsregio en de GGD zijn nauw betrokken. Het beeld van de GGD is dat er geen arbeidsmigranten werken, het is geen slachthuis, maar een producent en exporteur van vleeswaren, vleesconserven, snacks, soepen, sauzen, vegetarische en veganistische producten. De Veiligheidsregio heeft aangegeven dat zij graag een inspectie zouden willen laten uitvoeren als dit bedrijf weer gaat opstarten. Dit zal ISZW dan uitvoeren.

Aan de hand van deze twee casussen constateer ik dat het Samenwerkingsplatform Arbeidsmigranten en COVID-19 goed functioneert. Het Samenwerkingsplatform is meteen geïnformeerd over de casussen en de projectleider van het Samenwerkingsplatform heeft contact met de operationeel leiders van de betreffende Veiligheidsregio's. De Veiligheidsregio's geven aan dat de situatie onder controle is. De Landelijke Regietafel is vervolgens door de projectleider op de hoogte gesteld.

In het debat van 3 november jl. heb ik toegezegd dat ik zal nagaan op welke manier we het Samenwerkingsplatform ook kunnen benutten om bedrijven proactief besmettingen te laten voorkomen in hun eigen omgeving. De projectleider van het Samenwerkingsplatform heeft mij laten weten dat de meest betrokken branches en partijen (vleesverwerkende industrie en wonen) zijn geïnformeerd over het bestaan en de opdracht van het Samenwerkingsplatform en dat zij uitgenodigd zijn voor een gesprek. Daar zijn al meerdere branches positief op ingegaan en binnenkort wordt dit opgevolgd.

Daarnaast heeft het Samenwerkingsplatform weliswaar toezicht en handhaving als instrument, maar vaak doet het Samenwerkingsplatform ook aan advisering, samen met de Veiligheidsregio en de GGD. Het Samenwerkingsplatform voert dan bijvoorbeeld het gesprek met directie van een onderneming over wat een onderneming nog meer kan doen om de besmettingen te voorkomen dan wel terug te dringen.

Het Samenwerkingsplatform Arbeidsmigranten en COVID-19 heeft in de periode 1 september 2020 tot en met 11 november 2020 in totaal 35 meldingen gekregen: een keer op het thema vervoer, elf keer op het thema wonen en 23 keer op het thema werken. Het Samenwerkingsplatform heeft in totaal zestien keer een integrale inspectie gedaan en er staan nog vier inspecties gepland op korte termijn.

Op 10 november jl. heeft uw Kamer de motie van het lid Ouwehand<sup>47</sup> aangenomen, waarin de regering verzocht wordt een meldplicht in te stellen voor bedrijven met COVID-19 besmettingen onder medewerkers. Ik onderzoek op dit moment of en zo ja, hoe dit vorm gegeven kan worden.

---

<sup>47</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 701

365 - 365

5.1.2i Concept

## Passage Kamerbrief Digitale ondersteuning

### *CoronaMelder*

Ruim vijf weken na landelijke introductie is CoronaMelder inmiddels al door bijna 4 miljoen (3.982.293) mensen gedownload. In totaal hebben op 16 november 36.496 mensen, samen met de GGD, een melding gedaan van besmetting waarmee zij andere mensen hebben gewaarschuwd dat zij mogelijk ook besmet zijn. Sinds vorige week is CoronaMelder op Android telefoons ook beschikbaar in de Friese taal (voor die Android-telefoons waarop Fries als systeemtaal beschikbaar is). De app is nu beschikbaar in elf talen. Met het introduceren van de landschapsmodus op Apple telefoons voldoet CoronaMelder daarnaast nu ook aan alle 50 criteria van de WCAG 2.1 standaard voor toegankelijkheid.

### *Europese interoperabiliteit*

Mijn eerste inspanningen waren gericht op het realiseren van CoronaMelder voor Nederland. Zoals eerder aan uw Kamer gemeld wordt daarnaast in Europees verband al geruime tijd gewerkt aan een digitale infrastructuur, de *European Federated Gateway Server* (hierna: de federatieve gateway), om grensoverschrijdende interoperabiliteit tussen notificatiesapps te realiseren. Met deze infrastructuur hebben gebruikers alleen de app uit hun eigen land nodig om een notificatie te krijgen als zij in contact zijn geweest met een besmet persoon met een app uit een ander deelnemend land. De EU-landen met een app die werken op basis van het framework van Apple en Google zullen stapsgewijs, in zogenaamde 'waves', aansluiten op de federatieve gateway. De eerste wave bestaat uit Duitsland, Ierland en Italië en is inmiddels gerealiseerd. Spanje, Letland, Kroatië en Denemarken zijn in een tweede wave aangesloten op de federatieve gateway.

Bij amendement van het lid van den Berg c.s.<sup>48</sup> is in de Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19 een wettelijke grondslag gecreëerd voor de uitwisseling van gegevens via de federatieve gateway. Hieraan geef ik graag gevolg. Uiteraard stel ik daarbij, net als bij de landelijke introductie, hoge eisen aan het waarborgen van de privacy en informatieveiligheid van gebruikers van de app. Daarom wordt ook nu een zorgvuldig proces doorlopen met alle benodigde technische checks en tests om een spoedige aansluiting mogelijk te maken. Op 6 november is de aanvraag naar de Europese Commissie verstuurd met daarbij ondersteunende documentatie bestaande uit o.a. een technische checklist, een DPIA, een Privacy Verklaring en verwijzing naar de juridische grondslag.

De Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19 regelt dat bij een algemene maatregel van bestuur (hierna: AMvB) de verwerkingsverantwoordelijke voor de Europese uitwisseling wordt aangewezen. Ik heb de Autoriteit Persoonsgegevens (hierna: AP) bereid gevonden om met spoed over het ontwerp voor deze AMvB te adviseren. Dit advies van de AP heb ik op 11 november jl. ontvangen en ik streef ernaar de AMvB en nota van toelichting zo spoedig mogelijk aan uw Kamer en aan de Eerste Kamer te overleggen.

De wet voorziet in een voorhangtermijn van vier weken, waarna de ontwerp AMvB voor advies zal worden voorgelegd aan de Afdeling advisering van de Raad van State en na verwerking van het advies vervolgens zal worden gepubliceerd in het Staatsblad. Gelet op het aantal besmettingen in Nederland en de rest van Europa lijkt het mij verstandig zo snel mogelijk aan te sluiten op de federatieve gateway. Het virus stopt immers niet bij de grens en door het gebruik van de federatieve gateway wordt het bereik van CoronaMelder groter waardoor ketens van besmettingen sneller en vaker kunnen worden verbroken. Dat is van belang in de grensregio's. Daarbij acht ik het van belang dat de grondslag voor interoperabiliteit op wens van uw Kamer reeds is opgenomen in de wet, zoals ook de Raad van State eerder reeds adviseerde, en de AP geen principiële

<sup>48</sup> Kamerstukken 35 538, nr. 12

bezwaren tegen interoperabiliteit heeft en de reikwijdte van de AMvB slechts beperkt is tot het aanwijzen van de verwerkingsverantwoordelijke.

Gelet op het voorgaande ben ik dan ook voornemens om vooruitlopend op de inwerkingtreding van de AMvB, aan te sluiten bij de eerstvolgende wave die plaatsvindt op 30 november a.s. Uiteraard alleen indien en voor zover dit niet op bezwaren stuit in uw Kamer dan wel de Eerste Kamer.

#### *Nauwkeurigheid meldingen*

Ik constateer dat er berichten zijn over onterechte CoronaMelder notificaties waarbij, bijvoorbeeld, sprake zou kunnen zijn geweest van signalen van burens door muren heen. Tijdens de technische tests in Vught, waar eerder de werking van de gebruikte bluetooth-techniek is gevalideerd, is gebleken dat de meeste notificaties terecht zijn. Maar ook dat incidenteel mensen die buiten de 1,5 meter waren toch een notificatie kunnen ontvangen. De meeste obstakels (zoals muren, ramen en autodeuren) bleken tijdens deze tests de bluetoothsignalen dusdanig te verzwakken dat ook de kans op notificatie sterk afnam. Het is echter denkbaar dat er situaties zijn waarbij bepaalde muren niet voor voldoende verzwakking van het signaal zorgen. Met een hogere adoptie zullen dit soort uitzonderingssituaties zich vaker voordoen. Binnenkort komt een tweede versie van het framework van Apple en Google beschikbaar. Deze versie zal nog beter onderscheid kunnen maken bij obstakels. Het Verenigd Koninkrijk heeft deze versie inmiddels in gebruik en toont nauwkeuriger resultaten op dit vlak. In voorbereiding op aansluiting op de tweede versie van het framework zal de werking van bluetooth opnieuw getest worden, waarbij expliciet aandacht wordt gegeven aan obstakels zoals bijvoorbeeld muren. Bekeken wordt of deze tests in samenwerking met Duitsland kunnen worden gehouden.

#### *Doorlopende evaluatie CoronaMelder*

Zoals aan uw Kamer toegezegd, is na de landelijke introductie van CoronaMelder op 10 oktober jl. gestart met de doorlopende evaluatie van de werking van de app. De evaluatie loopt op dit moment ongeveer vijf weken en beslaat de volgende vijf onderzoeksgebieden zoals opgenomen in het evaluatieprotocol: adoptie, gebruik, direct beoogde effecten, indirect beoogde effecten en niet-beoogde effecten. Doordat CoronaMelder is ontworpen met privacy-by-design als uitgangspunt, kan maar voor enkele indicatoren de data vanuit de backend van CoronaMelder en de (systemen van de) van de GGD'en worden benut. Er worden daarom ook meerdere onderzoeken uitgevoerd op basis van surveys. Coördinatie hierop vindt plaats door 5.1.2e (Erasmus School of Social and Behavioural Sciences). Bij de doorlopende evaluatie wordt samen gewerkt met vooraanstaande Nederlandse wetenschappers en wordt de samenwerking gezocht met onderzoekers uit andere EU-lidstaten. Hierover vindt wekelijks afstemming plaats. Enkele voorbeelden van deze onderzoeken zijn:

- Lifelines panel onderzoek in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Groningen, de Rijksuniversiteit Groningen en de Aletta Jacobs School of Public Health<sup>49</sup>. Coördinatie vindt plaats door assistent professor Esther Metting. Aan de "Corona-barometer" worden ook vragen over CoronaMelder toegevoegd.
- LISS panel onderzoek uitgevoerd door CentERdata en het Centraal Bureau voor de Statistiek onderzoeken onder leiding van associate professor 5.1.2e<sup>50</sup>. In dit panel worden onder meer vragen over de opvolging van adviezen uit CoronaMelder uitgezet.
- Onderzoek uitgevoerd door de gedragsunit van het RIVM waarin vragen zijn opgenomen over hoe mensen denken over CoronaMelder en het gebruik van de app.
- Bij huisartsen en de GGD wordt via vragenlijsten onderzocht wat de introductie van CoronaMelder voor hun betekent in de praktijk.

<sup>49</sup> Studie met 167.000 deelnemers uit Noord Nederland die 30 jaar lang gevolgd worden. Ruim 50.000 van de volwassen deelnemers (gemiddelde leeftijd 54±13 jaar, 39% man) doet mee aan de Corona barometer.

<sup>50</sup> Dit panel bestaat uit 5000 huishoudens verspreid over Nederland.

- Het Center eHealth Research & Wellbeing van de Universiteit Twente onderzoekt onder leiding van prof. dr. Lisette van Gemert in samenwerking met prof. dr. [5.1.2e] van de Open Universiteit kwalitatief de impact op mensen die een notificatie ontvangen<sup>51</sup>.
- Systematisch literatuuronderzoek naar de effectiviteit van digitale opsporing op epidemiologische en medische uitkomsten. Onderzoek onder leiding van Dr. Lotty Hooft (Cochrane Nederland en UMC Utrecht).

Met de eerste data die momenteel binnenkomen, zullen ook de volgende onderzoeken spoedig worden gestart:

- Onderzoek naar de effectiviteit van CoronaMelder op epidemiologische en medische uitkomsten op de Nederlandse data, zoals het verminderen van het aantal overdrachten per geïnfecteerd individu (de R) en het verminderen van het totaal aantal besmettingen. Onderzoek onder leiding van en in samenwerking met Prof. dr. Janneke van de Wijgert UMC Utrecht en Dr. Lotty Hooft (Cochrane Nederland en UMC Utrecht).
- Modelstudies naar in hoeverre CoronaMelder bijdraagt aan het verminderen of vertragen van de groei van het reproductiegetal, in samenwerking met Dr. [5.1.2e] van het RIVM alsmede prof. dr. [5.1.2e] van UMC Utrecht.

CoronaMelder is een aanvulling op de reguliere bron- en contactopsporing met als doel om sneller en meer nauwe contacten te bereiken en zo bij te dragen aan het bestrijden van verspreiding van het virus. De doorlopende evaluatie van CoronaMelder is bedoeld om inzicht te geven in deze bijdrage in de praktijk. Ook worden de resultaten gebruikt om aanpassingen in de app, de bijbehorende handelingsperspectieven, de communicatie en in het beleid door te voeren. Zorgvuldigheid staat voorop en daarom heb ik ook de Begeleidingscommissie gevraagd om een duiding van de resultaten.

#### Adoptie en gebruik

Op 16 november was CoronaMelder door ongeveer 22,5% van de totale Nederlandse bevolking gedownload. In vergelijking met de andere 19 Europese landen die een notificatie-app hebben geïntroduceerd is de adoptie in Nederland hoog. Alleen in Duitsland, Ierland en Finland is de adoptiegraad hoger<sup>52</sup>. Daarnaast hadden op 16 november 36.496 mensen na een positieve test samen met de GGD hun contacten via de app gewaarschuwd.

Zoals hiervoor aangegeven worden meerdere kwantitatieve surveys in representatieve panels uitgezet om de werking en het gebruik van CoronaMelder te onderzoeken. Er zijn nulmetingen uitgevoerd voorafgaand aan landelijke introductie en de eerste metingen zijn direct na introductie gestart. De eerste inzichten uit deze surveys laten zien dat van de respondenten die de app op dit moment al gebruiken, de overgrote meerderheid ( $\pm 96\%$ ) aangeeft de app te zullen blijven gebruiken in de komende twee maanden. Ook is te zien dat er nog een groep mensen is die neutraal staat tegenover het gebruik van de app. De mogelijkheid om vanaf 1 december mensen zonder klachten die naar voren komen als nauw contacten uit zowel het reguliere BCO als na een melding van CoronaMelder op dag 5 na blootstelling te laten testen, kan voor deze groep mensen een reden zijn om de app alsnog te gaan gebruiken. Dit ga ik de komende periode volgen.

#### (In)direct beoogde effecten

Van de mensen die bij het aanvragen van een test aangaven dat ze een melding van CoronaMelder hadden gehad was 99,8% op het moment van het aanvragen van de test nog niet benaderd door de GGD vanuit het reguliere BCO. Dit indiceert dat CoronaMelder op dit moment inderdaad sneller nauwe contacten bereikt.

Gezien het grote aantal mensen dat zich meldt voor een test na notificatie (in totaal 21.227 op 16 november) is het waarschijnlijk ook een grotere groep dan gevonden wordt via het reguliere BCO. Deze snellere opsporing van nauwe contacten kan verklaard worden doordat een notificatie sneller

<sup>51</sup> Hiernaar zal later ook een kwantitatief onderzoek plaatsvinden onder leiding van [5.1.2e].

<sup>52</sup> Respectievelijk 27% (Duitsland), 44% (Ierland) en 47% (Finland).

wordt verstuurd dan in het analoge proces nauwe contacten kunnen worden benaderd. Daartoe moeten immers eerst de nauwe contacten bij de besmette persoon worden uitgevraagd, waarna deze daarna één voor één worden benaderd. Hierbij is het ook mogelijk dat een besmet persoon zich niet alle nauwe contacten herinnert of zelfs kent, waardoor CoronaMelder niet alleen sneller maar ook meer nauwe contacten kan bereiken. Het hoge percentage nog niet vanuit regulier BCO benaderde nauwe contacten kan overigens mede zijn veroorzaakt doordat het BCO tijdelijk was afgeschaald. Dit zal de komende tijd moeten blijken.

In de eerste weken na landelijke introductie bleek tussen de 11,0% en 14,1% van de mensen die zich na notificatie en met klachten liet testen ook daadwerkelijk besmet met het Coronavirus. Ik heb de begeleidingscommissie gevraagd om advies over hoe deze cijfers te onderzoeken en te duiden. De commissie heeft mij aangegeven de cijfers bemoedigend te vinden. De commissie geeft aan met een duiding te komen en adviseert ook in de evaluatie een vergelijking met specifieke groepen zoals nauwe contacten en huisgenoten in reguliere bron- en contactopsporing mee te nemen.

#### Niet beoogde effecten

Zoals toegezegd aan uw Kamer naar aanleiding van de breed aangenomen motie van het lid Middendorp<sup>53</sup> zet ik extra in op het onderzoeken van de (negatieve) niet beoogde effecten van CoronaMelder. De app is nu een aantal weken in gebruik en ik herken dat er al signalen zijn van niet beoogde gedrags-, sociale en maatschappelijk effecten. In de media circuleren bijvoorbeeld vragen rondom appgebruik door werknemers, scholieren en mensen in de zorg. Uit navraag bij de CoronaMelder Helpdesk blijkt een klein aandeel van de vragen hierover te gaan. Op CoronaMelder.nl wordt extra aandacht besteed aan deze maatschappelijk vraagstukken maar ik neem deze signalen ook mee in de onderzoeken.

In de aanpak van de doorlopende evaluatie is rekening gehouden met onderzoek naar deze onvoorziene effecten. Hiertoe worden momenteel ook al vragenlijsten uitgezet onder GGD-medewerkers (bron- en contactonderzoek- en ICT-medewerkers) en huisartsen om te onderzoeken wat de impact van het gebruik van CoronaMelder is op het werkproces en de werklast van hen. Dit in navolging op de voor de lancering uitgevoerde Uitvoeringstoets door Bureau Berenschot waarover uw Kamer eerder geïnformeerd is<sup>54</sup>. Ik zal u in een volgende brief informeren over de eerste resultaten uit dit onderzoek.

#### Rapportage over cijfers ten aanzien van CoronaMelder

De in deze rapportage genoemde cijfers en de tussentijdse resultaten uit de doorlopende evaluatie zullen binnenkort ook online beschikbaar komen. Zo kan, in lijn met de open en transparante wijze waarop CoronaMelder tot stand is gekomen, de voortgang van de evaluatie worden gevolgd. In een volgende brief zal ik u informeren over de digitale vindplaats hiervan.

#### *Advies 13 begeleidingscommissie*

Op 27 oktober heeft de Begeleidingscommissie haar dertiende advies (bijgevoegd) uitgebracht. Dit advies richt zich op het belang van het houden van regie op de testcapaciteit, het versnellen van de verwerking van positieve testuitslagen, en het registreren van snel- en zelftest uitslagen. De commissie geeft aan dat bij al deze aspecten ICT een belangrijke rol kan spelen. In het geval van CoronaMelder kan gebruikers van de app bijvoorbeeld de mogelijkheid worden gegeven om hun meldcode, welke zij gebruiken om in de app samen met de GGD anderen te waarschuwen, al door te geven bij het aanvragen van een test. Het waarschuwen van contacten via CoronaMelder na het ontvangen van een positieve testuitslag kan hierdoor direct en sneller plaatsvinden zonder tussenkomst van de GGD medewerker waardoor mogelijk onbewuste en ongewilde besmettingen kunnen worden voorkomen. De commissie adviseert daarnaast ook voor registratie van snel- en zelftesten gebruik te maken van digitale oplossingen om het verloop van de epidemie goed te

<sup>53</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 511

<sup>54</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 620

kunnen volgen. Deze adviezen neem ik mee bij de doorontwikkeling van CoronaMelder. Momenteel wordt verkend om gebruikers van CoronaMelder deze mogelijkheid te geven. Dit moet technisch mogelijk worden gemaakt en daarna ook in de praktijk geïmplementeerd worden. Ik kom daar in een volgende brief op terug.

#### *Oplossing 2 Voortgang tweede digitale oplossing ('Oplossing 2')*

In mijn brief dd. 8 oktober<sup>55</sup> heb ik u geïnformeerd over de ontwikkeling van 'Oplossing 2'. Deze tweede digitale oplossing ondersteunt de GGD bij haar reguliere bron- en contactonderzoek. In eerste instantie door het verzamelen van gegevens ten behoeve van het bron- en contactonderzoek (BCO) te versnellen en te vereenvoudigen. Inmiddels is er een definitieve naam voor de oplossing, namelijk "GGD Contact".

Ik ondersteun de GGD in de realisatie van deze oplossing door het beschikbaar stellen van middelen en technische expertise. Zo is een deel van de experts die aan CoronaMelder hebben gewerkt ook bij de ontwikkeling van deze digitale oplossing betrokken. Daarnaast financier ik een deel van de kosten (6,2 mln.). De rest van de kosten worden door de GGD-en zelf gedragen.

GGD Contact wordt gefaseerd gerealiseerd, waarbij stap voor stap onderdelen worden opgeleverd en uitgebreid. Door deze gefaseerde aanpak kan snel waarde aan het BCO worden toegevoegd. De eerste fase omvat het mogelijk maken dat een besmet persoon contactgegevens van recente nauwe contacten zelf kan verzamelen en met de GGD kan delen. Hiervoor komt een app beschikbaar waarmee de besmette persoon de relevante contactgegevens aan de GGD kan verstrekken. Deze gegevens komen via een portaal, dat hiervoor wordt gebouwd, bij de BCO-medewerker terecht om de relevante contacten te inventariseren. Door gegevens eerder in het BCO digitaal vast te leggen, wordt het vervolgproces bij de GGD verkort, en de kans op fouten in gegevensoverdracht kleiner.

Evenals bij CoronaMelder gebeurt de ontwikkeling van GGD Contact zo transparant mogelijk. Dat betekent dat broncodes en tussenproducten doorlopend worden gepubliceerd op het online platform Github. Ditzelfde geldt ook voor de ontwerpen van de gebruikersinterface. Iedereen die geïnteresseerd is, wordt daarmee in staat gesteld om het ontwikkelproces nauwlettend te volgen en verbeteringen aan te dragen. Ook zullen diverse tests en checks worden gedaan op het gebied van bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid en op het gebied van privacy en gegevensbescherming en informatieveiligheid. Net als bij de ontwikkeling van CoronaMelder worden daaraan ook nu geen concessies gedaan. Gelet op de gevoeligheid van de verwerkte gegevens worden extra maatregelen genomen op het gebied van informatiebeveiliging.

Onder voorbehoud van de uitkomsten van de tests en checks zal de GGD naar verwachting eind november of medio december een praktijktest in vijf regio's starten. Dit geeft de GGD de ruimte om het werken met deze tweede digitale oplossing te ervaren en te verenigen met de bestaande werkprocessen. Daarnaast maakt de praktijktest het mogelijk om de beschreven functionaliteiten te beproeven en verbeterpunten meteen op te pakken. De praktijktest is door de GGD gepland in vijf regio's, te weten Gooi en Vechtstreek, Rotterdam-Rijnmond, Twente, West-Brabant en Zuid-Limburg.

Gedurende het realisatieproces van GGD Contact wordt, tot slot, opnieuw kritisch meegekeken en geadviseerd door de Taskforce Digitale Ondersteuning bestrijding COVID-19 en de Taskforce Gedragwetenschappen.

<sup>55</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 620



372 - 374

5.1.2i Concept

## **Passage Kamerbrief Gezond leven als onderdeel van de COVID-19 aanpak**

Zoals donderdag 12 november jl. in het Algemeen Overleg Arbeidsmarkt door de minister voor MZS is toegezegd, reageer ik namens de staatssecretaris van VWS bij dezen op een oproep van een grote groep medici, wetenschappers en bestuurders. Deze groep heeft het kabinet opgeroepen om gezond leven vanaf nu een nadrukkelijker onderdeel te maken van onze aanpak en van de communicatie over COVID-19. Die oproep omarmt het kabinet van harte.

Artsen signaleren dat tijdens deze COVID-19 pandemie overgewicht of ernstig overgewicht (obesitas) tot een ernstiger beloop van COVID-19 leidt, onder meer via bijkomende aandoeningen (diabetes, hart- en longziekten en trombose), maar met name door een chronisch slechter functionerend immuunsysteem.

Een gezonde leefstijl kan al binnen enkele weken het immuunsysteem versterken en de gezondheid en weerstand van een ieder verbeteren. Het heeft ook bewezen positieve effecten op het mentale welzijn. Artsen geven aan dat kleine veranderingen, zoals elke dag een half uurtje wandelen, al groot verschil kunnen maken. Het maatschappelijk belang van voldoende bewegen kwam ook nadrukkelijk naar voren in een oproep van prominenten uit de sport en beweegsector op 22 mei jl.

Onder de vlag "zorg goed voor jezelf" zijn sinds de zomer al leefstijladviezen opgenomen over voeding, bewegen, roken en alcohol. Deze adviezen zijn onderdeel van 'Alleen samen krijgen we corona onder controle'. De komende periode willen we de communicatie rondom leefstijl verder versterken. Hoe dat precies zal worden aangepakt, wordt nu uitgewerkt.

Belangrijk om te vermelden is dat het voor mensen met (ernstig) overgewicht mogelijk is om via het basispakket gebruik te maken van gecombineerde leefstijlinterventies (GLI), een leefstijlprogramma waarin wordt gecoacht op een duurzame gedragsverandering op voeding en bewegen. Huisartsen kunnen mensen daarover informeren en hen doorverwijzen. Het ministerie werkt met betrokken partijen aan een communicatieaanpak om de GLI meer voor het voetlicht te brengen.

Werken aan een gezonder Nederland heeft onze volle aandacht. Dat doen we onder andere met het Nationaal Preventieakkoord, waaruit dit najaar bijvoorbeeld de publiekscampagnes PUUR (stoppen met roken) en alcoholbewustzijn zijn gestart. We grijpen dit moment aan om extra onder de aandacht te brengen dat een kleine verandering in leefstijl al een positief effect heeft op je gezondheid.

Voor de lange termijn verdient gezonde leefstijl meer prioriteit, de staatssecretaris van VWS zal daarvoor opties in beeld brengen.

## Passage Kamerbrief Caribisch deel van het Koninkrijk

De laatste gegevens van 17 november 2020 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

	Bonaire	Sint Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)	3 (138)	0 (14)	0 (5)	427 (1374)	89 (4668)	58 (939)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen (op de IC)	0 (0)	0	0	9 (4)	10 (3)	7 (5)
Aantal patiënten overleden	3	0	0	2	44	24

De situatie op Aruba is de afgelopen weken gekenmerkt door een stevige daling van het aantal besmettingen. Het aantal patiënten in het ziekenhuis op Aruba is weer op een beheersbaar niveau. Op Curaçao is het aantal positieve gevallen de laatste weken gestegen naar 1374. Het CMC ziekenhuis is helaas ook getroffen door een uitbraak waardoor een deel van het personeel van het CMC besmet is. Hierdoor is een deel van de reguliere zorg afgeschaald. Curaçao heeft een reeks maatregelen afgekondigd om het tij te keren. Het aantal actieve gevallen op Sint Maarten is sinds 4 november weer aan het stijgen. Ook het aantal patiënten in het ziekenhuis van Sint Maarten stijgt. Vanaf zondag 8 november jl. was Caribisch Nederland even vrij van actieve besmettingen. Helaas zijn er de afgelopen twee weken weer een aantal nieuwe casussen gemeld op Bonaire.

Er is een advies van het OMT-Cariben gevraagd over sneltesten. Zodra deze beschikbaar is, zal deze met Aruba, Curaçao en Sint Maarten worden besproken. Uw Kamer zal over de inhoud van het advies en de uitkomst van dit Vierlandenoverleg op dit punt worden geïnformeerd in een volgende stand van zaken brief.

Voorts wordt er een toetsingskader gemaakt voor de reisadviezen voor het Caribisch deel van het Koninkrijk dat meer recht doet aan de lokale omstandigheden en het insulaire karakter van het gebied.

Tot slot, om waardering uit te spreken voor de uitzonderlijke prestaties die ook medewerkers in de sectoren zorg en welzijn op Bonaire, Saba en Sint Eustatius hebben geleverd in de strijd tegen COVID-19, zal het kabinet een zorgbonus beschikbaar stellen. De werkwijze om dit voor Caribisch Nederland mogelijk te maken, wordt momenteel uitgewerkt.

## 24. Technische Briefing

**Presentatie** [5.1.2e] – RIVM

**Presentatie** [5.1.2e] – LCPS

**Presentatie** [5.1.2e] – LCT

## **25. Kamerbrieven na vorig debat (4-11)**

- Voortgangsbrief Jeugd 16 november 2020
- Aankoop Covid-19 vaccins 16 november 2020
- Uitkomsten OM-advies gemuteerd virus bij nertsen 11 november 2020
- Uitzondering Thuisquarantaine Grenswerkers 11 november 2020
- Nieuwe prognose verwachte personeelstekort en deelrapportages van de Commissie werken in de zorg 9 november 2020
- Commissiebrief Tweede Kamer inzake Verzoek om reactie op de petitie zorgbonus ook voor bio-medisch laboratoriummedewerkers 9 november 2020
- Commissiebrief Tweede Kamer inzake verzoek commissie VWS om reactie op initiatiefnota Veldman over structurele weerbaarheid van medische industrie in crisistijd 6 november 2020
- Brief n.a.v. toezegging aan het lid van Kooten-Arissen over de bonusregeling GGZ en toezegging openstelling van het aanvraagloket bonus tot en met dinsdag 10 november 2020. 5 november 2020
- Reactie op aangenomen motie Kox c.s. in Eerste Kamer met de oproep een structureel betere financiële waardering voor zorgverleners mogelijk te maken. 5 november 2020
- Brief coronamaatregelen 4 november 2020