

MINISTERIËLE COMMISSIE  
COVID-19

Kenmerk : 3745087

## AGENDA

Vergadering te houden op dinsdag 1 september 2020  
in de Rolzaal op het Binnenhof in Den Haag,  
aan te vangen 's morgens om 11.00 uur

- 
- |    |                                            |   |
|----|--------------------------------------------|---|
| 1. | Mededelingen                               |   |
| 2. | Algemeen beeld                             | = |
| 3. | Stand van zaken internationaal en toerisme | = |
| 4. | OMT-advies                                 | o |
| 5. | Lessons Learned COVID-19                   | o |
| 6. | Uitzonderingscategorieën                   | o |
| 7. | W.v.t.t.k.                                 |   |

- + stukken zijn bijgevoegd
- x stukken zijn rondgezonden
- o stukken worden rondgezonden
- stukken zijn in de samenwerkingsruimte geplaatst
- = geen stukken
- A aanbiedingsdatum



# agenda

MCC-19

Omschrijving	MCC-19, agenda
Vergaderdatum en -tijd	1 september 2020, 1 – 15.15 uur
Vergaderplaats	Webex

## 1. Mededelingen

- Er zijn op dit moment geen mededelingen bij ons bekend.

## 2. Algemeen beeld

- De MP zal MVWS vragen om een toelichting te geven op het algemeen beeld. U kunt aangeven:
- Na een aantal weken waarin we het aantal besmettingen zagen oplopen, heeft na een week van een aflopend aantal besmettingen een week van stabilisatie plaats gevonden. Ondanks dat vooral de leeftijdscategorie 20-40 jarigen de afgelopen periode is toegenomen, vindt de afname in besmettingen over alle leeftijdscategorieën plaats.
- Ondanks dat de thuissituatie de belangrijkste bron van besmetting is (138 clusters), is het aantal clusters met besmettingen vanuit vakantielanden de volgende categorie met de meeste clusters (66 clusters).
- De meeste besmettingen vinden plaats in de regio's Rotterdam, Amsterdam en Haaglanden.
- Het aantal ziekenhuisopnames daalt momenteel licht en de IC-opnames zijn momenteel stabiel.
- Het aantal mensen dat zich laat testen neemt toe wat het risico met zich meebrengt dat GGD'en tegen de grenzen van hun capaciteit aanlopen.
- Het aantal besmette verpleeghuislocaties blijft toenemen. Momenteel wordt nagegaan of dit wordt veroorzaakt door vertraging in data-aanlevering of dat er een andere oorzaak is.
- Een uitgebreidere toelichting vindt u in de bijlage Factsheet Corona Dashboard.

## 3. Stand van zaken internationaal en toerisme

- MinBZ zal aangeven of er nog bijzonderheden te melden zijn t.a.v. het internationaal beeld.

### Ministerie van VWS

5.1.2e

Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken  
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

#### Bezoekadres:

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag

T 5.1.2e

F 5.1.2e

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

#### Inlichtingen bij

5.1.2e 5.1.2e

5.1.2e

T 5.1.2e

M + 5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl

#### Datum

1 september 2020

#### Aantal pagina's

Kabinet Minister-President

Datum

10 juni 2020

Onze referentie

4133133

**4. OMT-advies**

- U kunt aangeven:
- Het Outbreak Management Team (OMT) heeft op 27 augustus jl. geadviseerd over een aantal zaken. Op 28 augustus heeft een Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) plaatsgevonden.
- Op basis van het OMT-advies is een brief geschreven met de te nemen maatregelen. Op één punt is deze brief nog open, namelijk de thuisquarantaine kinderen van 0-4 jaar die in het bron- en contact onderzoek naar voren zijn gekomen als 'overig nauw contact' of die terugkeren uit een land waar vanwege het coronavirus een oranje of rood reisadvies van kracht is. Het BAO was evenals het OMT verdeeld. Het advies bij dit besprekspunt is om het BAO advies te volgen. NB: dit is wel een fundamenteel punt: we wijken in dat geval af van het advies van het OMT. De meeste experts uit het OMT hebben immers epidemiologische argumenten voor het handhaven van de quarantaine.
- Het BAO heeft als belangrijkste argument voor het mogelijk maken dat deze kinderen naar de opvang gaan, dat het om een beperkt aantal kinderen gaat, waardoor het risico op overdracht ook beperkter is. Bovendien is opvang voor kinderen belangrijk voor hun ontwikkeling. Verder is het communicatief makkelijker als alle kinderen tot 12 jaar naar opvang of school mogen. De collega's van SZW hebben zich eerder uitgesproken voor het toelaten van deze kinderen op de opvang.
- U kunt in de MCC de uitkomst van uw telefoongesprek met [5.1.2e](#) [5.1.2e](#) delen en akkoord vragen op het verzenden van de brief na de persconferentie hedenavond.

**5. Lessons Learned COVID-19**

- U kunt aangeven dat alle opmerkingen MR zijn verwerkt.
- U kunt aangeven dat de Lessons learned-brief nog wordt aangepast naar aanleiding van het Veiligheidsberaad en coalitieoverleg gisteravond.
- U kunt aangeven dat de brief zo snel mogelijk na de MCC-19 verstuurd wordt.

**6. Uitzonderingscategorieën**

- Eerder is afgesproken dat er een integraal afwegingskader wordt opgesteld voor uitzonderingen op de thuisquarantaine. J&V heeft hierin de lead. Het opstellen van een dergelijk integraal afwegingskader is complex gebleken. Daarom is in de ACC-19 van gisteren voorgesteld om een week extra de tijd hiervoor te nemen en terug te laten komen in de MCC-19 van volgende week en in de MR van 11 september.
- MMZS kan het belang benadrukken van het snel handelen op deze uitzondering thuisquarantaine voor sporters. Daarbij kunnen de volgende voorbeelden benoemd, naast de uitzondering die er al is voor het Nederlands Elftal voetbal mannen:

**Kabinet Minister-President**

**Datum**

10 juni 2020

**Onze referentie**

4133133

- Interlandwedstrijden Jong Oranje mannen (komend weekend)
- Interlandwedstrijden Nederlands Elftal voetbal vrouwen (over anderhalve week)
- Evenement King of the Court in Utrecht (beachvolleybal) van 9 tot 12 september
- Champions League en Europa League wedstrijden voetbal half en eind september
- In verschillende sporten, zoals atletiek en wielrennen, is de internationale competitie weer gestart, waarvoor sporters in en uit reizen.

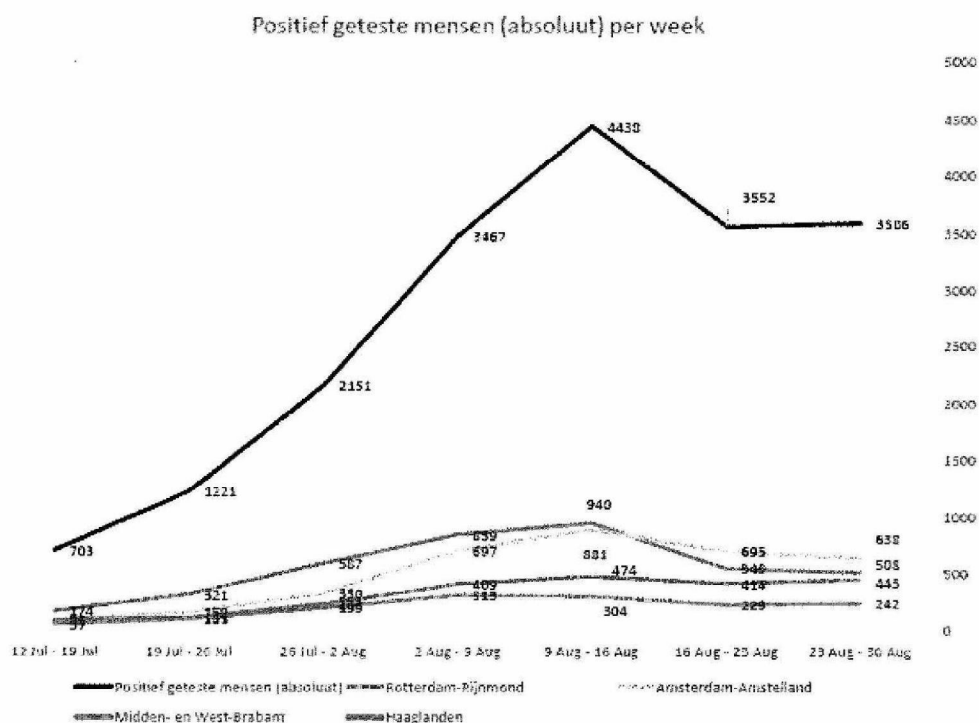
## **7. W.v.t.t.k.**

## Factsheet 'Corona Dashboard'

### Algemeen beeld (30 augustus) t.b.v. annotatie

- Na een aantal weken waarin we het aantal besmettingen zagen oplopen, heeft na een week van een aflopend aantal besmettingen een week van stabilisatie plaats gevonden. Ondanks dat vooral de leeftijdscategorie 20-40 jarigen de afgelopen periode is toegenomen, vindt de afname in besmettingen over alle leeftijdscategorieën plaats.
- Ondanks dat de thuissituatie de belangrijkste bron van besmetting is (138 clusters), is het aantal clusters met besmettingen vanuit vakantielanden de volgende categorie met de meeste clusters (66 clusters).
- De meeste besmettingen vinden plaats in de regio's Rotterdam, Amsterdam en Haaglanden.
- Het aantal ziekenhuisopnames daalt momenteel licht en de IC-opnames zijn momenteel stabiel.
- Het aantal mensen dat zich laat testen neemt toe wat het risico met zich meebrengt dat GGD'en tegen de grenzen van hun capaciteit aanlopen.
- Het aantal besmette verpleeghuislocaties blijft toenemen. Momenteel wordt nagegaan of dit wordt veroorzaakt door vertraging in data-aanlevering of dat er een andere oorzaak is.

### Gedetailleerd beeld d.d. 30 augustus 2020 (wekelijks overzicht)



### Algemeen

- Het aantal ziekenhuisopnames evenals het aantal IC-opnames dalen langzaam.
- Afgelopen week ongeveer gelijk aantal positief geteste personen.
  - ➔ Het percentage positieve testen, uitgaande van de door de GGD afgenomen testen, is deze week 2,5% en is gedaald ten opzichte van vorige week.
  - ➔ Ruim 140.000 mensen hebben zich in de afgelopen week laten testen in de GGD Gemeentelijke Gezondheidsdienst teststraten. Dat is 38.000 meer dan in vergelijking met de week daarvoor.
- Positief geteste mensen op 31 augustus 527  
 In de top (10 april) was dit **1347** – het is echter onmogelijk goed te vergelijken omdat we nu een veel laagdrempeliger testbeleid hebben. In april is dus een sterkere onderrapportage geweest. Het hoogste aantal positief geteste personen bevindt zich momenteel in de Randstad.
  - Amsterdam-Amstelland: 116 positief geteste personen (10,8/100.000)
  - Haaglanden: 94 positief geteste personen (8,4/100.000)
  - Rotterdam-Rijnmond: 45 positief geteste personen (3,4/100.000)
  - Opvallend is zijn de regio's Gooi en Vechtstreek (13 positief geteste personen, maar 5,1/100.000) en Utrecht (49 positief geteste personen, maar 3,6/100.000). Op zich in aantal niet heel hoog, maar voor het eerst dat ze relatief hoger scoren dan de regio's Amsterdam, Rotterdam en Haaglanden.
- Aantal ziekenhuisopnames, gemiddeld over de afgelopen 3 dagen: 5,3  
 In de top (2 april) was dit bijna **600**
- Aantal IC opnames gemiddeld over de afgelopen 3 dagen: 0,7  
 In de top (1 april) was dit **107**
- Zicht op besmettingen:
  - Van 70,3% van de positief geteste mensen is de mogelijke setting van besmetting **niet** bekend.
  - Van 29,7% weten we het dus wel. Wanneer daar 3 of meer mensen positief getest zijn en aan elkaar gelinkt zijn, spreken we van een cluster.
- Clusters:
  - Er zijn op 28 augustus (dit is de meest recente gerapporteerde data), 430 actieve COVID-19 clusters bekend. Dit is een stijging van 44 clusters ten opzichte van de week daarvoor.
  - De meeste actieve clusters worden in de grote steden en Brabant geregistreerd.
  - De meeste clusters (35%) worden (nog steeds) in de thuissituatie vastgesteld.
  - Het RIVM registreert ook "waar" clusters ontstaan, zie hieronder voor het overzicht van 25 augustus.

6 SETTING VAN MOGELIJKE BESMETTING VAN BIJ GGD'EN GEMELDE COVID-19 PATIENTEN  
VANAF 6 JULI 2020 EN IN DE AFGELOPEN WEEK

Tabel 8: Vermelde mogelijke settings van besmetting van aan de GGD'en gemelde COVID-19 patiënten waarbij sprake is van gerelateerde gevallen<sup>1,2</sup>

Setting	Vanaf 6 juli		Afgelopen week <sup>3</sup>	
	Aantal	%	Aantal	%
Thuis situatie (huisgenoten)	3545	53.9	552	51.7
Overige familie	1115	16.9	138	12.9
Partner, niet samenwonend <sup>1</sup>	19	0.3	6	0.6
Kennissen en vrienden <sup>1</sup>	507	7.7	101	9.5
Werk situatie	625	9.5	61	6.0
School en kinderopvang	30	0.5	6	0.6
Medereiziger / reis / vakantie <sup>1</sup>	466	7.1	170	15.9
Vriend <sup>1</sup>	21	0.3	6	0.6
Horeca	272	4.1	37	3.5
Feest / verjaardag / borrel <sup>1</sup>	211	3.3	18	1.7
Studentenvereniging/-activiteiten <sup>1</sup>	36	0.5	7	0.7
Vrijtijdsbesteding, zoals sportclub	89	1.4	26	2.4
Religieuze bijeenkomsten	24	0.4	3	0.3
Koor	1	0.0	0	0.0
1e lijn gezondheidszorg / huisarts	16	0.2	2	0.2
2e lijn gezondheidszorg / ziekenhuis	32	0.5	7	0.7
Overige gezondheidszorg	17	0.3	2	0.2
Verpleeghuis	365	5.5	76	7.1
Woonzorgcentrum voor ouderen	85	1.3	18	1.7
Woonvoorziening voor verstandelijk beperkten	13	0.2	1	0.1
Woonvoorziening voor lichamelijk beperkten	0	0.0	0	0.0
Overige woonvoorziening	34	0.5	5	0.5
Dagopvang voor ouderen	2	0.0	1	0.1
Dagopvang voor verstandelijk beperkten	2	0.0	0	0.0
Dagopvang voor lichamelijk beperkten	1	0.0	1	0.1
Overige dagopvang	6	0.1	1	0.1
Hospice	0	0.0	0	0.0
Uitvaart <sup>1</sup>	16	0.2	3	0.3
Overig	153	2.3	26	2.4

- De R-waarde bedraagt momenteel 1,01.
- Aantal besmettelijke mensen: 33.922 (194,9/100.000)
- Besmette verpleeghuislocaties: 106 de afgelopen 28 dagen
- Leeftijd (laatste update epidemiologisch weekoverzicht 25 aug)
  - Het grootste aandeel positief geteste personen is in de leeftijdsgroep van 20 tot 29 jaar.
  - Er zijn in de afgelopen week 84 patiënten gemeld die vanwege COVID-19 in het ziekenhuis zijn opgenomen (geweest). Dat zijn er 34 meer dan vorige week.
  - Ongeveer 70% van de in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten in de afgelopen 6 weken is 60 jaar of ouder.

- 1 SEP. 2020 4

5.1.2e

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Rijksoverheid

## Aanbiedingsformulier voor MCC-19

Van 1 *	Aanbieding	→ 5.1.2e
Van 2	Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	
Mede namens 1	N.v.t.	
Mede namens 2	Minister van Justitie en Veiligheid	→ 5.1.2e → scholen
Mede namens 3	N.v.t.	
Type voorstel *	N.v.t.	→ 5.1.2e → laatste versie
	Brief aan de Tweede Kamer	
Titel *	Titel en inhoud	→ 5.1.2e → of gevraagd advies ouders
	Concept-brief TK OMT-advies 27 augustus	
Inhoud en doelstelling van het voorstel *	In de aanwijzing van maatregelen Covid-19 vanaf 1 juli, staat dat het kabinet in ieder geval voor eind augustus 2020 zal besluiten over het verlengen of aanpassen van de maatregelen. In dat licht was een OMT-advies voor 27 augustus voorzien, als sluitstuk van de vijf stappen in het versoepelen van de maatregelen. De huidige situatie is bekend. De vragen zien niet op het versoepelen van maatregelen.	→ 5.1.2e → leren / aanpak
	In de concept-brief aan de Kamer is de essentie van het OMT-advies opgenomen, de uitkomsten van het BAO en de opvolging van het advies. Deze is bijgevoegd in de bijlage. de brief wordt naar aanleiding van de MCC aangepast. Na de persconferentie van de MP en MVWS, wordt de brief aan de Kamer gestuurd.	→ 5.1.2e → extremeren Sachariv's → grip → drukk systeem
Voorgesteld besluit *	Het voorstel te aanvaarden en vervolgens aan de Tweede Kamer te zenden.	
Datum aanbieding *	Behandeltraject	
Kenmerk *	1 september	
Hamerstuk *	MCC	
Voorgaande behandeling *	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee	
Behandeld door *	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Datum voorgaande behandeling *	Ambtelijke Commissie COVID-19 (ACC-19)	
	31 augustus	

## Gevolgen en juridisch kader

- Gevolgen rijksbegroting \*  Ja  Nee
- Gevolgen apparaatsuitgaven \*  Ja  Nee
- Gevolgen voor regeldruk \*  Ja  Nee
- Overeenstemming met JenV inzake wetgevingstoets en effectenanalyse \*  Ja  Nee, met bijlage  Nee, zonder bijlage  N.v.t.
- Overeenstemming met JenV inzake fouten- en misbruiksignalering \*  Ja  Nee, met bijlage  Nee, zonder bijlage  N.v.t.
- Aan EU Notificatie voldaan \*  Ja  Nee  N.v.t.
- Verplichting int. verdragen en/of Europese regelgeving \*  Ja  Nee

## Interdepartementale afstemming

- Overeenstemming BZK inzake beoordelingskader financiële/ bestuurlijke consequenties decentrale overheden en/of Caribisch Nederland \*  Ja  Nee  N.v.t.
- Overeenstemming Aruba, Curaçao en Sint Maarten \*  Ja  Nee  N.v.t.
- Ambtelijk afgestemd \*  Ja  Nee  N.v.t. in DOC-19 en ACC-19
- Overeenstemming bereikt op ambtelijk niveau \*  Ja  Nee  N.v.t.

## Contactpersonen

	Contactpersoon 1	Contactpersoon 2
Naam *	5.1.2e 5.1.2e	5.1.2e 5.1.2e
Afdeling *	Directie Maatschappelijke Ondersteuning	Directie Samenleving en Covid-19
Telefoonnummer *	5.1.2e	5.1.2e
E-mailadres *	5.1.2e @minvws.nl	5.1.2e @minjenv.nl

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

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

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Kenmerk**  
1/39627-209693-PG

**Uw brief**

**Bijlage(n)**

2

Datum  
Betreft OMT-advies 27 augustus

Geachte voorzitter,

Het kabinet heeft ten tijde van het maatregelenpakket van 1 juli jl. aangekondigd in ieder geval voor eind augustus 2020 te zullen besluiten over het verlengen of aanpassen van de maatregelen. In dat licht was een OMT-advies voor 27 augustus voorzien.

Inmiddels is de situatie aanzienlijk veranderd en hebben we sinds 18 augustus de maatregelen verscherpt om de trend van een toenemend aantal besmettingen te keren. Na de stijging van de afgelopen weken, is er nu sprake van een lichte daling van het aantal nieuwe meldingen tot ongeveer 3500 in de afgelopen week. Het aantal ziekenhuis- en IC-opnames steeg de afgelopen week nog wel licht. Dit maakt dat de adviesaanvraag die ik 21 augustus aan het OMT heb gedaan, een ander karakter heeft dan aanvankelijk was voorzien.

#### *OMT-advies 27 augustus*

Het Outbreak Management Team (OMT) heeft op 27 augustus jl. geadviseerd over een aantal zaken. U vindt dit advies bijgevoegd bij deze brief. Op 28 augustus heeft een Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) plaatsgevonden. Met deze brief informeer ik u, mede namens de minister van Medische Zorg en Sport en de minister van Justitie en Veiligheid, over de afwegingen en genomen besluiten die hiermee samenhangen.

#### *Adviesaanvraag*

Ik heb het OMT gevraagd om over vier punten advies uit te brengen:

1. Verbod op zingen en schreeuwen in groepsverband
2. Dancings en nachtclubs 'nachthoreca' en evenementen
3. Thuisquarantaine voor kinderen in de leeftijd 0-4 jaar
4. Innovatief testen

De eerste twee vragen hangen samen met het maatregelenpakket van 1 juli jl, waarvan is toegezegd om voor 1 september een uitspraak te doen over het verlengen of aanpassen van de maatregelen naar aanleiding van nieuwe onderzoeken en inzichten. Het OMT is gevraagd of er sprake is van nieuwe inzichten op het gebied van zingen en schreeuwen in groepsverband en aan te geven wat epidemiologische effecten zijn van een verdere openstelling van de 'nachthoreca' en evenementenbranche op dit moment.

Ten aanzien van thuisquarantaine is het OMT verzocht aan te geven welke epidemiologische effecten er zijn wanneer kinderen van 0-4 jaar die in het bron- en contact onderzoek naar voren zijn gekomen als 'overig nauw contact' of die terugkeren uit een land waar vanwege het coronavirus een oranje of rood reisadvies van kracht is, wel naar de kinderopvang mogen.

In het kader van innovatief testen, is het OMT gevraagd aan te geven of en zo ja welke bijdrage innovatieve sneltesten kunnen leveren aan de testcapaciteit en hoe mogelijke risico's kunnen worden ondervangen.

Naast de zaken die zijn opgenomen in de adviesaanvraag, gaat het OMT in zijn advies in op de bevindingen van het onderzoek van Amsterdam UMC, afdeling Ouderengeneeskunde in samenwerking met Erasmus MC, afdeling virologie en de GGD Amsterdam, naar presymptomatische transmissie van COVID-19 in vier verpleeghuizen. Aan het OMT-advies is een bijlage toegevoegd waarin de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek zijn samengevat.<sup>1</sup> De situatie in verpleeghuizen, met een zeer groot percentage dementerende cliënten met specifieke kenmerken, de samenstelling van (veelal lager opgeleid) personeel en de inrichting van het huis (incl. gemeenschappelijke ruimte) zorgt voor een heel specifiek risicoprofiel. Deze combinatie maakt de verpleeghuizen dan ook onderscheidend ten opzichte van andere domeinen in de zorg.

#### *Essentie OMT-advies*

Gezien feit dat afgelopen twee weken de scholen ook zijn open gegaan, is het goed ook stil te staan bij de potentiële effecten daarvan. De huidige epidemiologische situatie laat, ook na openstelling van de scholen zien dat er nauwelijks clusters worden gemeld op scholen en kindercentra. Verder is het beeld nog steeds is dat kinderen weinig bijdragen aan de voortgang van de uitbraak en dat als ze ziek worden, dit meestal mild verloopt. Dit leidt ertoe dat het OMT op dit moment geen aanleiding ziet tot verdere maatregelen voor scholen. Uiteraard blijft het RIVM de situatie rondom kinderen, scholen en leraren nauwlettend volgen. Ook blijft het van groot belang dat scholen en de kinderopvang de protocollen die zijn opgesteld naleven en handhaven en men elkaar erop kan aanspreken als dat niet gebeurt. Als zich desondanks lokaal besmettingen voordoen, zullen op lokaal niveau adequate maatregelen genomen worden binnen de landelijke kaders. Scholen en kinderopvang worden doorlopend geïnformeerd over voor hen relevante ontwikkelingen. Zie ook de Kamerbrief van de Minister voor Basisonderwijs, Voortgezet en Media van maandag 31 augustus (PM: kamerstuknummer XXX: brief moet nog worden verzonden)

- PM: akkoord tekst MBOVM

<sup>1</sup> Voor de volledigheid teken ik aan dat het onderzoek een eigen initiatief is geweest en geen opdracht van VWS. Wel hebben de onderzoekers VWS met tussenpozen op de hoogte gebracht van de voortgang.

#### Ten aanzien van de beperking van transmissie in verpleeghuizen

1739627-209693-PG

- Het OMT adviseert de aanbevelingen van bovengenoemd onderzoek over te nemen.
- Het is van belang dat management en medewerkers van verpleeghuizen zich voorbereiden en toerusten op een mogelijke uitbraak van COVID-19. Dit kan onder andere door extra scholing van medewerkers over het herkennen en melden van mogelijke symptomen van COVID-19 bij bewoners en medewerkers zelf, door het actualiseren en oefenen van uitbraakplannen zoals ervaring opdoen met isoleren en cohorteren en door het maken van afspraken met laboratoria over laagdrempelig testen en snelle terugkoppeling van uitslagen.
- In het geval de omgevingsprevalentie toeneemt, kan de introductie van COVID-19 in verpleeghuizen worden voorkomen door preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen door medewerkers, het nemen van extra maatregelen voor bezoekers en quarantaine bij zorgtransities. Daarbij wordt aangesloten op de Handreiking Maatregelen en regionale verspreiding van COVID-19, een bijlage bij de LCI-Richtlijn COVID-19.
- De aanbeveling om, bij het stijgen van de COVID-19-prevalentie in de omgeving, steekproefsgewijs bewoners en medewerkers van verpleeghuizen te testen (zogenaamde pre-emptive testing) zal verder worden uitgewerkt. Daarbij zal ook worden nagegaan of mogelijke alternatieven voor het testen – zoals pooling van testen en rioolwateronderzoek bij het verpleeghuis – hierbij zinvol kunnen zijn.
- Bij een uitbraak van COVID-19 in een verpleeghuis wordt geadviseerd om de bewoners van het verpleeghuis die geen COVID-19 hebben wekelijks te testen (óók als zij geen klachten hebben), zodat er bij positief geteste bewoners direct maatregelen kunnen worden genomen om verdere verspreiding tegen te gaan. Daarnaast dient nadrukkelijk overwogen te worden om ook de medewerkers (óók als zij geen klachten hebben) wekelijks te testen.

#### Ten aanzien van nachthoreca en evenementen

- Uit internationaal literatuuronderzoek en internationale media-analyse blijkt dat de nachthoreca de bron is van diverse COVID-19-uitbraken.
- Het OMT adviseert de nachthoreca vooralsnog niet te openen. Reden hiervoor is dat vooral jongeren discotheken en nachtclubs bezoeken en de piek van het aantal nieuwe besmettingen nu juist in de groep van 18 tot 25 jaar zit. Het OMT verwacht dat openstelling van de nachthoreca tot clusters van besmettingen en uitbraken zal leiden.
- Het OMT heeft nu niet apart stilgestaan bij de heropening van evenementen, omdat een dergelijke afweging gezien de huidige epidemiologische context niet aan de orde is.

#### Ten aanzien van thuisquarantaine kinderen van 0-4 jaar

- Het OMT adviseert in meerderheid om het huidige thuisquarantainebeleid voor kinderen van 0 tot 4 jaar die in het bron- en contact onderzoek naar voren zijn gekomen als 'overig nauw contact' of die terugkeren uit een land waar vanwege het coronavirus een oranje of rood reisadvies van kracht is, te handhaven. Reden hiervoor is deze kinderen intensief contact hebben met de verzorgenden binnen 1,5 meter, zoals knuffelen, voeden en verschonen.

**Ten aanzien van innovatief testen**

- Het OMT heeft een multidisciplinaire werkgroep ingesteld die zich op korte termijn zal buigen over de vragen over innovatieve testmethoden en testbeleid.

**Ten aanzien van verbod op zingen en schreeuwen in groepsverband**

- Het OMT adviseert het verbod te continueren, aangezien er op dit gebied geen nieuwe ontwikkelingen zijn.

**BAO-advies**

Het BAO neemt het advies van het OMT over met betrekking tot nachthoreca en het verbod op zingen en schreeuwen in groepsverband. Het BAO onderschrijft de aanbevelingen van het onderzoek naar verpleeghuiszorg en adviseert met een nadere uitwerking te komen voor de quarantaine bij zorgtransities. Dit betreft zowel de verplaatsingen vanuit andere zorglocaties naar de verpleeghuislocatie als verplaatsingen binnen de verpleeghuislocatie zelf.

Ten aanzien van innovatief testen ziet het BAO uit naar het advies dat de multidisciplinaire werkgroep over twee weken zal uitbrengen.

Ten aanzien van het advies over thuisquarantaine van 0-4 jarigen, was het BAO evenals het OMT verdeeld.

Argumenten voor het mogelijk maken dat deze kinderen naar de opvang gaan is dat het om een beperkt aantal kinderen gaat, waardoor het risico op overdracht ook beperkter is. Bovendien is opvang voor kinderen, zeker waar ze uit kwetsbare gezinnen komen, belangrijk voor hun ontwikkeling. Verder is het communicatief makkelijker als alle kinderen tot 12 jaar naar opvang of school mogen.

Argumenten tegen het mogelijk maken dat deze kinderen naar de opvang gaan, is dat de meeste experts uit het OMT epidemiologische argumenten hebben voor het handhaven van de quarantaine, ook gelet op het intensieve contact tussen kinderen en verzorgenden.

Het BAO heeft besloten om te adviseren het minderheidsstandpunt van het OMT over te nemen.

**Opvolging van het advies****Ten aanzien van de beperking van transmissie in verpleeghuizen**

- Het kabinet neemt het advies van het OMT over en de aanbevelingen zullen worden opgepakt.
- Bij een voorbereiding op de uitbraak, zal ik het belang van onder meer scholing van medewerkers en oefenen in de praktijk (nogmaals) onder de aandacht brengen van branche- en beroepsorganisaties. Verpleeghuizen zijn daar overigens al mee bezig. Zo wordt samen met cliëntenorganisaties gewerkt aan een 'Handreiking Bezoek en sociaal contact, corona & verpleeghuiszorg' en heeft Verenso een handreiking 'Medisch maatregelen rondom bezoek' opgesteld. In de juli-brief over de geleerde lessen<sup>2</sup>, heb ik al aangegeven hoe partijen daarbij kunnen worden ondersteund (onder meer via de ABR-netwerken, die onder meer de deskundigheid op het gebied van infectiepreventie bevorderen en via 'Waardigheid en Trots op Locatie'.
- In het geval er sprake is van een oplopende besmettingsgraad, is het belangrijk dat kan worden geduid in welke situatie de omgeving zich bevindt. Er vindt nog nadere afstemming plaats tussen de onderzoekers en het RIVM over de vraag bij welke omgevingsprevalentie maatregelen, zoals het

<sup>2</sup> Kenmerk 1709971-207318-LZ

preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen voor medewerkers en bezoekers moet worden overwogen. Daarbij wordt aangesloten bij de Handreiking Maatregelen en regionale verspreiding van COVID-19, een bijlage bij de LCI-Richtlijn COVID-19.

1739627 209693 PG

- Op regionaal niveau dienen GGD'en en verpleeghuizen ook te overleggen over het beleid als er clusters of verheffingen van COVID-19 in de regio zijn. Overigens is het van belang dat zorgmedewerkers – ook buiten de verpleeghuiszorg – nu altijd (onafhankelijk van de omgevingsprevalentie) op basis van een eigen professionele afweging preventief gebruik kunnen maken van persoonlijke beschermingsmiddelen. Ik zal dit advies voor een omgeving met oplopende besmettingsgraad onder de aandacht brengen van branche- en beroepsorganisaties, opdat zij dit in hun handreikingen voor de verpleeghuiszorg kunnen verwerken. Met het LCH zal worden verkend wat dit betekent voor de aan te houden voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen.
- Met betrekking tot het steekproefsgewijs testen van bewoners en medewerkers van verpleeghuizen, 'pre-emptive testing', zullen de onderzoekers samen met het RIVM nader uitwerken wat in dit verband een passende steekproefomvang is. Dit kan dan vervolgens nauwlettend worden gevolgd in een onderzoekssetting. Daarbij zal ook worden nagegaan of mogelijke alternatieven voor het testen – zoals pooling van testen en rioolwateronderzoek bij het verpleeghuis – zinvol kunnen zijn.
- Bij een uitbraak in een verpleeghuis, zal ik branche- en beroepsorganisaties wijzen op het advies om bewoners en medewerkers wekelijks laagdrempelig te testen ook als zij geen klachten hebben, opdat zij dit in hun handreikingen kunnen verwerken. Ik zal met de GGD'en kijken wat het ruimere testbeleid, zowel bij een hogere omgevingsprevalentie als een uitbraak, betekent voor het beroep op de testcapaciteit en met hen verkennen welke rol de hiervoor al genoemde alternatieven voor testen kunnen spelen.
- Voor wat betreft een nadere uitwerking voor quarantaine bij zorgtransities, zal ik de beroepsgroepen vragen deze uitwerking ter hand te nemen.
- Ten aanzien van nachthoreca, evenementen neemt het kabinet het advies van het OMT over om de nachthoreca vooralsnog niet te openen. Ook voor het verbod op zingen en schreeuwen in groepsverband neemt het kabinet het advies van het OMT over en wordt dit verbod gecontinueerd. Daartoe wordt de aanwijzing aangepast.
- Scenario 1 thuisquarantaine van kinderen van 0 tot 4 jaar  
Het kabinet neemt het advies van het BAO over met betrekking tot thuisquarantaine van kinderen van 0 tot 4 jaar die in het bron- en contact onderzoek naar voren zijn gekomen als 'overig nauw contact' of die terugkeren uit een land waar vanwege het coronavirus een oranje of rood reisadvies van kracht is. Dit betekent dat deze kinderen weer naar de kinderopvang voor 0-4 jaar mogen.  
Argumentatie: Het gaat om een beperkt aantal kinderen, waardoor het risico op overdracht ook beperkter is. Ook vanuit communicatief oogpunt is duidelijk als alle kinderen tot 12 jaar naar opvang of school mogen.
- Scenario 2a thuisquarantaine van kinderen van 0 tot 4 jaar  
Het kabinet neemt het advies van het OMT over met betrekking tot thuisquarantaine van kinderen van 0 tot 4 jaar die in het bron- en contact onderzoek naar voren zijn gekomen als 'overig nauw contact'. Voor deze kinderen geldt dat de huidige situatie van kracht blijft en deze kinderen niet

naar de kinderopvang voor 0-4 jaar mogen. Kinderen die terugkeren uit een land waar vanwege het coronavirus een oranje of rood reisadvies van kracht is, mogen wel naar de kindervang.

1739627-209593-PG

Argumentatie: Het gaat om een beperkt aantal kinderen, waardoor het risico op overdracht ook beperkter is. Vanuit communicatief oogpunt is het wel diffuser, omdat een deel van deze doelgroep nog steeds niet naar de kinderopvang mag.

Scenario 2b thuisquarantaine van kinderen van 0 tot 4 jaar

Het kabinet neemt het advies van het OMT over met betrekking tot thuisquarantaine van kinderen van 0 tot 4 jaar die in het bron- en contact onderzoek naar voren zijn gekomen als 'overig nauw contact' of die terugkeren uit een land waar vanwege het coronavirus een oranje of rood reisadvies van kracht is. Voor deze kinderen geldt dat de huidige situatie van kracht blijft en deze kinderen niet naar de kinderopvang voor 0-4 jaar mogen. Argumentatie: De epidemiologische effecten zijn onbekend. Bij deze kinderen kun je moeilijk klachten vaststellen, de mogelijkheid van co-infectie met andere luchtwegklachten verhoogt het risico en er is veel nauw contact tussen leiding en kinderen.

- Ten aanzien van innovatief testen ziet het kabinet uit naar het advies dat de multidisciplinaire werkgroep over twee weken zal uitbrengen. Met de brief 'Testen en traceren: 'samen strategisch de Corona-pandemie bestrijden' van 28 augustus jl.<sup>3</sup> acht ik ook het verzoek van Ellemeet (GL) uit de e-mailprocedure om uiterlijk 31 augustus een brief te ontvangen over berichtgeving dat GGD'en vanwege laboratoria tekorten het testen niet verder moeten uitbreiden, afgehandeld.

Hoogachtend,

De minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

---

<sup>3</sup> Kenmerk PG-2020Z15191



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de Directeur-Generaal van de  
Volksgezondheid  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
drs. [redacted] 5.1.2e  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

A. van Leeuwenhoeklaan 9  
3721 MA Bilthoven  
Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T [redacted] 5.1.2e

F [redacted] 5.1.2e

info@rivm.nl

**Ons kenmerk**  
0072/2020 LCI/JvD/at/hr

**Behandeld door**  
LCI

T [redacted] 5.1.2e

F [redacted] 5.1.2e

5.1.2e@rivm.nl

**Bijlage**

1. COVID-19 VPH-studie  
verpleeghuis

Datum 27 augustus 2020  
Onderwerp Advies n.a.v. 76e OMT COVID-19

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 27 augustus riep het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM het Outbreak Management Team (OMT) bijeen om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Naast vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging van Internist-Infectiologen (NVI), het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI), de Vereniging van de Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso) en de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK) waren er verschillende experts (internist-infectioloog, viroloog, artsen-microbioloog, epidemioloog, artsen M&G, ouderengeneeskundige), een vertegenwoordiger van het referentielaboratorium en vertegenwoordigers van diverse centra van het RIVM aanwezig.

## A. Aanleiding OMT en doelstelling

Het OMT komt periodiek bij elkaar om de medisch-inhoudelijke stand van zaken betreffende COVID-19 vast te stellen en te duiden, voor de opvolging van acties en voor de beantwoording van vragen van de Nederlandse overheid.

Het OMT geeft vervolgadvisen over de effecten van de maatregelen die tot op heden zijn ingesteld en over de versoepeling van maatregelen op grond van drie pijlers zoals benoemd door het kabinet:

- het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
- een acceptabele belastbaarheid van de zorg - ziekenhuizen moeten kwalitatief goede zorg aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg kunnen leveren;
- het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Aanleiding voor het 76e OMT was de reeds eerder geplande verlenging of aanpassing van de maatregelen per 1 september. Echter, op 18 augustus werden vanwege de recente stijging van het aantal COVID-19-meldingen een aantal maatregelen juist aangescherpt. In het 76e OMT kwam een beperkt aantal onderwerpen aan de orde. In het licht van de situatie in verpleeghuizen werden de resultaten van het onderzoek naar transmissie van COVID-19 in verpleeghuizen besproken - waarvoor VWS eerder opdracht heeft gegeven - en de consequenties daarvan voor de praktijk. De dansings en nachtclubs (nachthoreca) zijn op dit moment nog steeds gesloten en ook voor de evenementenbranche gelden beperkingen. De gevolgen van een eventuele verdere opening van deze branches werden besproken. Daarnaast zijn er

vragen over het quarantainebeleid voor 0- tot 4-jarige kinderen die nauw contact hebben gehad met een COVID-19-patiënt of in het buitenland in een hoogrisicogebied zijn geweest. En tot slot kwam de mogelijke rol van innovatieve, snelle testmethoden, zoals sneltesten, ademtesten en speekseltesten aan de orde.

**Datum**  
27 augustus 2020  
**Ons kenmerk**  
0072/2020 LCT/JvD/at/hr

Hieronder volgen een samenvatting van de epidemiologische situatie en het advies van het OMT.

## B. Actuele situatie

### Duiding van de huidige epidemiologie van COVID-19

Na de stijging van de afgelopen weken is er nu sprake van een stabilisatie en zelfs lichte daling van het aantal nieuwe meldingen, tot ongeveer 3500 in de afgelopen week. Het aantal ziekenhuis- en IC-opnames steeg nog wel licht. Het reproductiegetal is op 7 augustus afgenomen tot naar schatting 1,01. In alle provincies is er sprake van daling of stabilisatie van het aantal nieuwe meldingen. Wat betreft de provincies met de hoogste incidentie is er in Zuid-Holland sprake van een daling, terwijl Noord-Holland een stabilisatie laat zien. De piek van het aantal besmettingen ligt bij jongeren tussen de 18 en 25 jaar.

Van belang is dat er nauwelijks clusters gemeld worden op scholen en kindercentra (sinds 1 juni in totaal 8, waarvan 4 met recente besmettingen) en dat het beeld nog steeds is dat kinderen weinig bijdragen aan de voortgang van de uitbraak en dat als ze ziek worden, dit meestal mild verloopt. Ditzelfde beeld met betrekking tot kinderen en scholen (en belang van schoolopening voor kinderen) werd recent ook vanuit het Verenigd Koninkrijk en vanuit andere Europese landen gerapporteerd. Uiteraard blijft het RIVM de situatie rondom kinderen, scholen en leraren nauwlettend volgen. Op dit moment is er geen aanleiding tot verdere maatregelen.

## C. Adviezen

### 1. Beperking van transmissie in verpleeghuizen

In opdracht van VWS is door Amsterdam UMC, afdeling Ouderengeneeskunde in samenwerking Erasmus MC, afdeling virologie en GGD Amsterdam onderzoek gedaan naar presymptomatische transmissie van COVID-19 in 4 verpleeghuizen. Een eerste conclusie van dit onderzoek is dat herkenning van presymptomatische of vroegsymptomatische bewoners in deze setting moeilijk is. Ook zorgmedewerkers met geringe klachten bleken moeite te hebben om deze te herkennen als zijnde COVID-19-gerelateerd. In dit onderzoek werden tijdens een uitbraak van COVID-19 in een psychogeriatrisch verpleeghuis wekelijks alle nog niet-besmette bewoners getest. Hieruit bleek dat van 74 positief geteste bewoners 51% op het moment van testafname nog geen herkenbare klachten van COVID-19 had. Zij kunnen het virus echter wel verspreiden. Daarnaast raakten ook medewerkers geïnfecteerd met dezelfde virusstam, ondanks het feit dat ze preventief persoonlijke beschermingsmiddelen gebruikten tijdens de uitbraak. Een samenvatting van de onderzoeksresultaten vindt u in de bijlage. Naar aanleiding van deze onderzoeksresultaten, en rekening houdend met de beperkingen en kwetsbaarheid van de bewoners van verpleeghuizen, adviseert het OMT om de aanbevelingen van de onderzoeksgroep over te nemen.

Vorbereiding:

Allereerst en van het grootste belang is dat het management en de medewerkers van verpleeghuizen zich voorbereiden en toerusten voor een mogelijke uitbraak van COVID-19. Dit kan door onder andere extra scholing van medewerkers over het herkennen en melden van mogelijke symptomen van COVID-19 bij bewoners en medewerkers zelf, door het actualiseren en oefenen van uitbraakplannen zoals ervaring opdoen met isoleren en cohorteren, en door het maken van afspraken met laboratoria over laagdrempelig testen en snelle terugkoppeling van uitslagen. Bij deze voorbereidingen wordt bij voorkeur een ervaren ziekenhuishygiënist en/of infectiepreventiedeskundige betrokken.

**Datum**

27 augustus 2020

**Ons kenmerk**

0072/2020 LCI/1vD/at/hr

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. Daarbij wordt aangesloten bij de Handreiking Maatregelen en regionale verspreiding van COVID-19, een bijlage bij de LCI-Richtlijn COVID-19. Op regionaal niveau dienen GGD'en en verpleeghuizen ook te overleggen over het beleid als er clusters of verheffingen van COVID-19 in de regio zijn.

De aanbeveling om bij het optopen van de COVID-19-prevalentie in de omgeving steekproefsgewijs bewoners en medewerkers van verpleeghuizen te testen (zgn. pre-emptive testing) zal nog verder worden uitgewerkt. Daarbij zal ook nagegaan worden of mogelijke alternatieven voor het testen – zoals pooling van testen en rioolwateronderzoek bij het verpleeghuis – hierbij zinvol kunnen zijn.

Bij een uitbraak in het verpleeghuis:

Bij een uitbraak van COVID-19 in een verpleeghuis wordt geadviseerd om de bewoners van het verpleeghuis die geen COVID-19 hebben wekelijks te testen (óók als zij geen klachten hebben), zodat er bij positief geteste bewoners direct maatregelen kunnen worden genomen om verdere verspreiding tegen te gaan. Daarnaast dient nadrukkelijk overwogen te worden om ook de medewerkers (óók als zij geen klachten hebben) wekelijks te testen. Uit het onderzoek – maar ook uit andere (uitbraak)onderzoeken waarbij de onderzoeksgroep betrokken was – én praktijkervaring blijkt namelijk dat medewerkers om diverse redenen – waaronder het niet onderkennen van COVID-19-gerelateerde klachten – niet altijd direct thuisblijven en zich laten testen zodra zij klachten ontwikkelen.

**2. Nachthoreca en evenementen**

Een deel van de horeca, dat tot op dit moment gesloten is en waarvoor ook op 1 september geen verruiming van de maatregelen is voorzien, is de 'nachthoreca'. Ook in andere Europese landen zoals België, Frankrijk, en Spanje, en Engeland, blijft de nachthoreca voorlopig gesloten, terwijl in Griekenland – met toepassing van extra gezondheids- en veiligheidsmaatregelen – de openingstijd beperkt is tot middernacht.

Uit internationaal literatuuronderzoek en internationale media-analyse blijkt dat de nachthoreca de bron is van diverse COVID-19-uitbraken – o.a. in Berlijn,

Spanje en Zuid-Korea – met vaak vele tientallen besmettingen tot gevolg. Nederlandse gegevens ontbreken omdat de nachthoreca hier sinds het begin van de COVID-19-epidemie gesloten is. Omdat vooral jongeren discotheken en nachtclubs bezoeken en de piek van het aantal nieuwe besmettingen nu juist in de groep van 18 tot 25 jaar is, verwacht het OMT dat openstelling van de nachthoreca tot clusters van besmettingen en uitbraken zal leiden. Niet uitgesloten is dat alcohol en eventuele andere middelen de naleving van aanvullende maatregelen negatief beïnvloeden. Daarom adviseert het OMT de nachthoreca vooralsnog niet te openen.

**Datum**  
27 augustus 2020  
**Ons kenmerk**  
0072/2020 LCI/JvD/at/hr

Het OMT heeft nu niet apart stilgestaan bij de heropening van evenementen gezien de huidige epidemiologische context van de COVID-19-uitbraak in Nederland. Een dergelijke afweging is nu niet aan de orde.

### **3. Thuisquarantaine kinderen van 0-4 jaar**

Personen die in het bron- en contactonderzoek als overige nauwe contacten van een persoon met COVID-19 zijn geïdentificeerd moeten tot 10 dagen na het laatste contact thuisblijven. Dit geldt ook voor personen die terugkeren uit een "oranje" of "rood" gebied (zoals naar aanleiding van de COVID-19-situatie geclassificeerd door het Ministerie van Buitenlandse Zaken). Op deze maatregel bestaat een uitzondering voor kinderen van 4 tot 12 jaar; zij mogen wel naar school/BSO en sport. Reden voor deze uitzondering is de beperkte rol die deze kinderen spelen in de transmissie van COVID-19 en het belang van school voor hun ontwikkeling en welzijn. Over de vraag of deze uitzondering ook zou moeten gelden voor kinderen van 0 tot 4 jaar (zodat zij naar de kinderopvang kunnen) is het OMT verdeeld. Kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar ontwikkelen – ook als zij een overig nauw contact zijn van een persoon met COVID-19 – zelden klachten van COVID-19. Het is echter niet bekend in hoeverre zij als dergelijk contact toch geïnfecteerd en dan besmettelijk zijn. Omdat kinderen in deze leeftijdsgroep intensief contact hebben met de leidsters binnen 1,5 meter (knuffelen, voeden en verschonen) adviseert het OMT in meerderheid om het huidige thuisquarantainebeleid te handhaven.

Zoals aangegeven: op dit punt liepen de meningen in het OMT uiteen. Een aantal leden schat het theoretische risico op besmetting van de leidsters door asymptomatische jonge kinderen die nauw contact hebben gehad met een COVID-19 patiënt buiten het eigen gezin of terugkeerden uit verblijf in een "oranje" of "rood" gebied, erg laag en ziet geen reden om deze kinderen thuis te houden van het kinderdagverblijf.

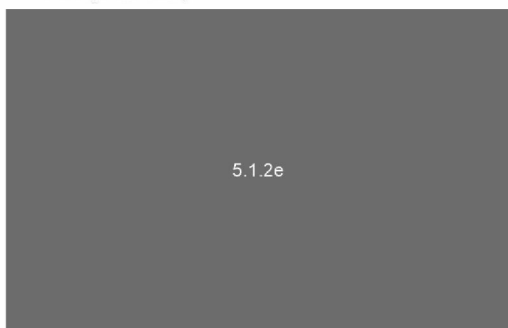
### **4. Innovatief testen**

Het OMT heeft een multidisciplinaire werkgroep ingesteld die zich op korte termijn zal buigen over de vragen over innovatieve testmethoden en testbeleid.

Tot slot zijn er geen nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot zingen en schreeuwen in groepsverband en adviseert het OMT – conform het eerdere advies – om het verbod te continueren.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,



5.1.2e

**Datum**

27 augustus 2020

**Ons kenmerk**

0072/2020 LCI/JvD/at/hr



Bijlage 76.2.3

## FACTSHEET 2

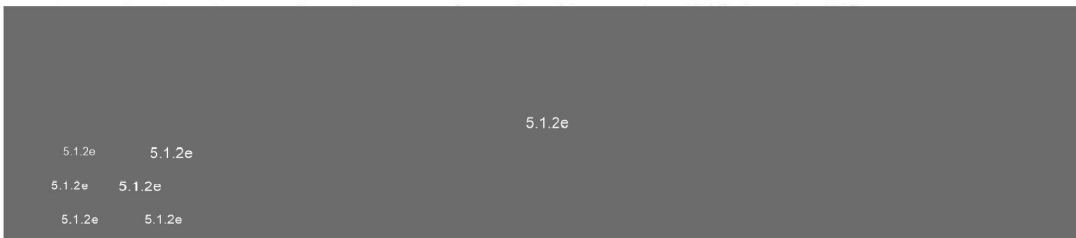
Onderzoek naar besmettingsgraad, transmissie en clustering  
in verpleeghuizen



# UNLOFON

COVID-19 verpleeghuisstudie  
Onderzoek naar besmettingsgraad, transmissie en clustering in verpleeghuizen

URS



**Status 2020.** Universitair Netwerk Ouderenzorg, Amsterdam UMC, locatie VUmc (UNO-VUmc).

COVID-19 verpleeghuisstudie is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS en het RIVM, in samenwerking met vier Nederlandse verpleeghuizen, UNO Amsterdam, de GGD Rotterdam-Rijnmond, de GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant en GGD Zuid-Holland Zuid.

Contact: [5.1.2e@vumc.nl](mailto:5.1.2e@vumc.nl)

25-8-2021



## leiding

inds de introductie van het Coronavirus (SARS-CoV-2) in Nederland in februari 2020 zijn veel verpleeghuizen getroffen door uitbraken van dit virus dat bij ouderen een ernstiger en vaak fataler beloop kent.

het huidige advies is laagdrempelig testen van verpleeghuisbewoners met mogelijke symptomen van COVID-19.

zijn aanwijzingen dat óók bewoners die (nog) geen symptomen hebben het virus kunnen verspreiden, wat belangrijke implicaties zou hebben voor verpleeghuisbewoners en zorgmedewerkers in verpleeghuizen.

**doel: onderzoeken of en hoe vaak SARS-CoV-2 infecties zonder symptomen voorkomen bij verpleeghuisbewoners en zorgmedewerkers, en hoe overdracht van SARS-CoV-2 plaatsvindt in verpleeghuizen.**

25-8-2021



## Onderzoek mei 2020: 3 verpleeghuizen

In mei eerste onderzoek in 3 verpleeghuizen waar bewoners positief getest waren op SARS-CoV-2

- **Uitkomst:** de positieve bewoners hebben niet geleid tot een (grotere) uitbraak: de situatie lijkt onder controle.
- **De bijdrage aan de verspreiding door bewoners en medewerkers die (nog) geen symptomen hadden was niet te onderzoeken.**

Vervolg onderzoek in een vierde verpleeghuis met een grote uitbraak



## Verpleeghuis 4

### Gemeene kenmerken

Regio: Zuid-Holland

Bedden: 185

Opbouw: gespecialiseerd  
(psychogeriatric  
geriatrie)



### COVID-19 beleid

- Bij (vermoeden) positieve bewoner:
  - Isolatie bewoner op kamer
  - PBM gebruik door medewerkers: handschoenen, schort, bril, masker
- Medewerkers met mogelijke symptomen: testen en thuisblijven tot uitslag test of 24h symptoomvrij
- Wanneer medewerker onbeschermd contact (vermoeden) positieve bewoner: 14 dagen masker dragen



### Plattegrond:

Hoofgebouw (carré met c-verbinding tussen afdelingen waardoor veel bewegings voor bewoners) en nieuw het hoofgebouw zijn afgescheiden door brandde Nieuwbouw alleen toegar met personeelspas. Beide gebouwen bestaan uit twee verdiepingen.

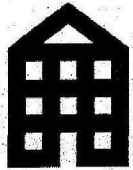
andere beschermingsmaatregelen

25-8-2021



## Het onderzoek

### Verpleeghuis 4



29 april eerste bewoner positief getest op SARS-CoV-2, daarop volgde uitbraak met verspreiding over alle afdelingen van het verpleeghuis

Vanaf 18 mei deelname aan onderzoek op verzoek van verpleeghuis

### Afname SARS-CoV-2 test

- Vanaf 12 mei wekelijks testen van alle bewoners die nog niet positief getest waren (beleid verpleeghuis)
- Alle medewerkers met direct contact met bewoners die nog niet positief getest waren, zijn getest in week van 18 mei en week van 2 juni

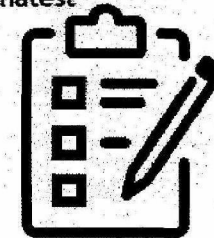


### Laboratorium

- Testen op SARS-CoV-2
- Positieve samples naar Viroscience Rotterdam voor sequencing

### Afname vragenlijsten

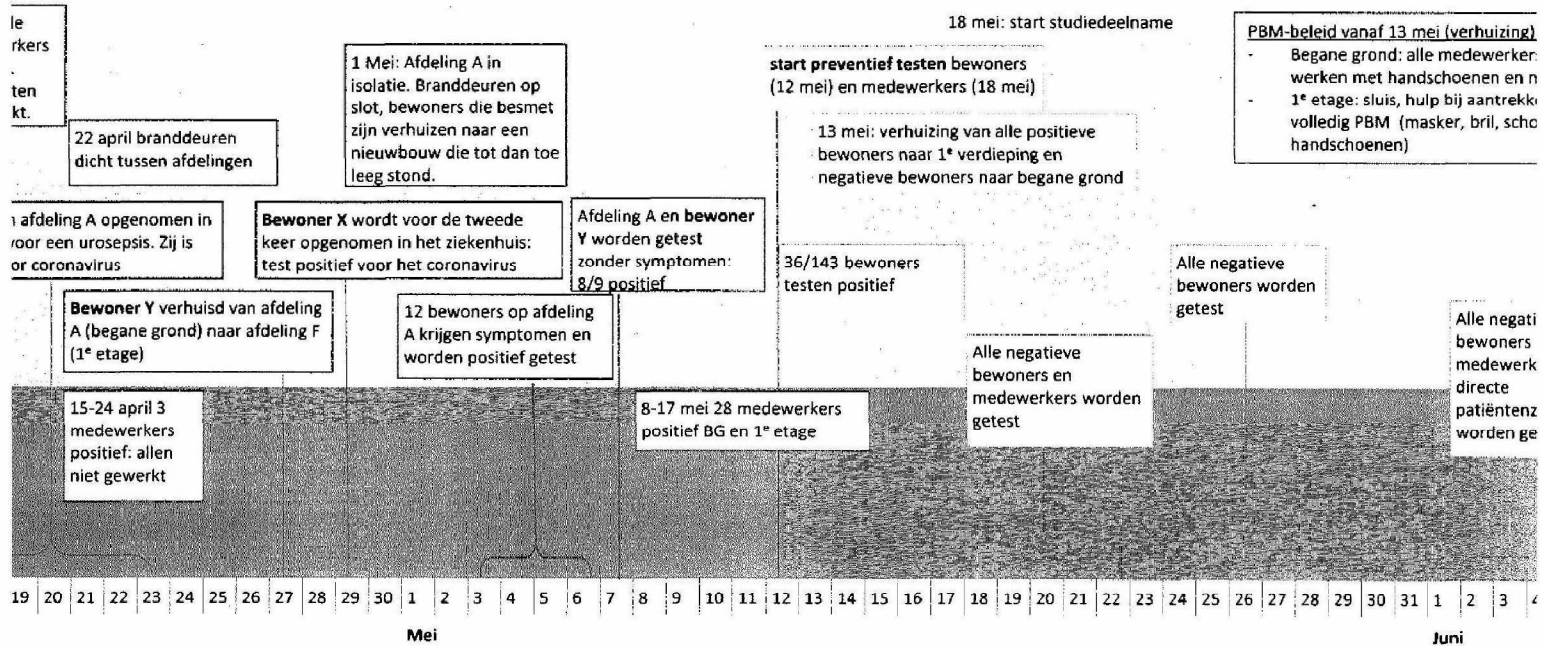
- Symptomen bewoners verzameld op basis van dossieronderzoek
- Symptomen bij zorgmedewerkers middels digitale vragenlijst
- Twee weken voor de positieve coronatest tot twee weken na de positieve coronatest



25-8-2021



# Tijdlijn uitbraak



beeld voettekst

25-8-2021



## Respons

Bewoners: 181/185 (98%) deelname

Medewerkers:

- 34/385 bezwaar tegen deelname en delen testuitslag.
- 244/351 (70%) medewerkers deelname aan vragenlijst
  - 56/72 (78%) positieve medewerkers deelname vragenlijst
  - 188/279 (67%) negatieve medewerkers deelname vragenlijst



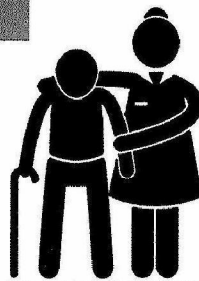
# Kenmerken bewoners & zorgmedewerkers

## Kenmerken bewoners

	Positief (N=113)	Negatief (N=68)
Gemiddelde leeftijd	83,1 (44-99)	77,5 (49-100)
Man of vrouw	72%	73%
Gezondheidsproblemen:		
Alrijden (Lungziekte)	11%	4%
Coronair lijden (Hartziekte)	35%	22%
Vasculair lijden (Beroerte)	20%	13%
Diabetes (Suikerziekte)	16%	27%
Overgewicht	9%	7%
Overgewicht	6%	3%
Overgewicht	4%	12%

## Kenmerken zorgmedewerkers

	Positief (N=56)	Negatief (N=188)
Gemiddelde leeftijd (spreiding)	42 (18 - 74)	42 (18-74)
Vrouwelijk geslacht	84%	93%
Functie:		
Zorghulp niveau 1	13%	9%
Helpende niveau 2	11%	10%
Verzorgende niveau 3	46%	28%
Verpleegkundige niveau 4	5%	5%
HBO verpleegkundige	0%	1%
Fysiotherapeut	0%	4%
Arts	0%	3%
Anders	25%	40%
PBM-gebruik:		
Masker	71%	88%
Handschoenen	75%	87%
Schort	63%	65%
Bril	52%	52%
Geen	13%	4%
Nvt: geen contact bewoner	13%	10%



25-8-2021



## Resultaat sequencing analyse

Alle besmettingen in huis 4 onder bewoners en medewerkers zijn veroorzaakt door dezelfde virusstam

Deze virusstam is óók aangetroffen op de ziekenhuisafdeling waar bewoner X (de index-patiënt) twee keer opgenomen is geweest.

- Opname op 17 april: negatieve PCR en CT-scan met CORADS-1.
- Opname op 29 april: positieve PCR.

Het is aannemelijk dat bewoner het virus bij de eerste ziekenhuisopname heeft opgelopen.



# Reconstruïcie verspreiding en de mogelijke rol van presymptomatische bewoners en medewerkers



## Verspreiding begane grond

Mogelijke verspreiding van afdeling A naar andere afdelingen achter gesloten branddeuren:

- 1 bewoner van afdeling B kon deuren openen en rondlopen en heeft zo contact gehad met bewoners met symptomen van afdeling A. Hierop werd deze bewoner ook ziek, maar kon niet op kamer gehouden worden.
- Twee medewerkers van afdeling C ontwikkelen in dezelfde week als bewoners afdeling A symptomen. Afdeling B en C zijn open met elkaar verbonden.



# 'spreiding begane grond



Bewoner X: opgenomen in ziekenhuis van 17-23 april, wordt ziek op 28 april

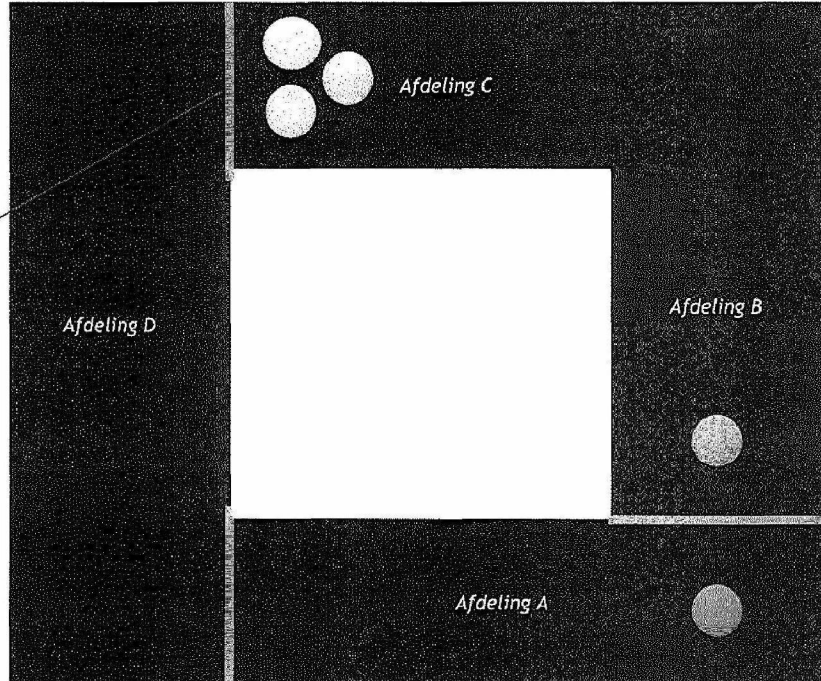


Bewoner die branddeuren kan openen en rondloopt over alle vier de afdelingen: klachten vanaf 4 mei



medewerkers met klachten vanaf 12 mei

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100



	Afdeling A	Afdeling B	Afdeling C	Afdeling D
28 april - 4 mei	18 bewoners 7 medewerkers	1 bewoner	2 medewerkers	
5 - 11 mei	2 bewoners 2 medewerkers	10 bewoners 8 medewerkers	4 bewoners 2 medewerkers	
12 mei	1 bewoner	4 bewoners	7 bewoners	1

12 mei = preventieve testronde bewoners zonder symptomen



## Introductie en verspreiding eerste etage

Mogelijke introductie op de eerste verdieping:

- Bewoner die verhuisd is van begane grond naar eerste etage heeft virus overgedragen op het moment dat zij nog geen (herkende) symptomen had
- Contact van medewerker 1<sup>e</sup> etage met medewerkers of bewoners BG?

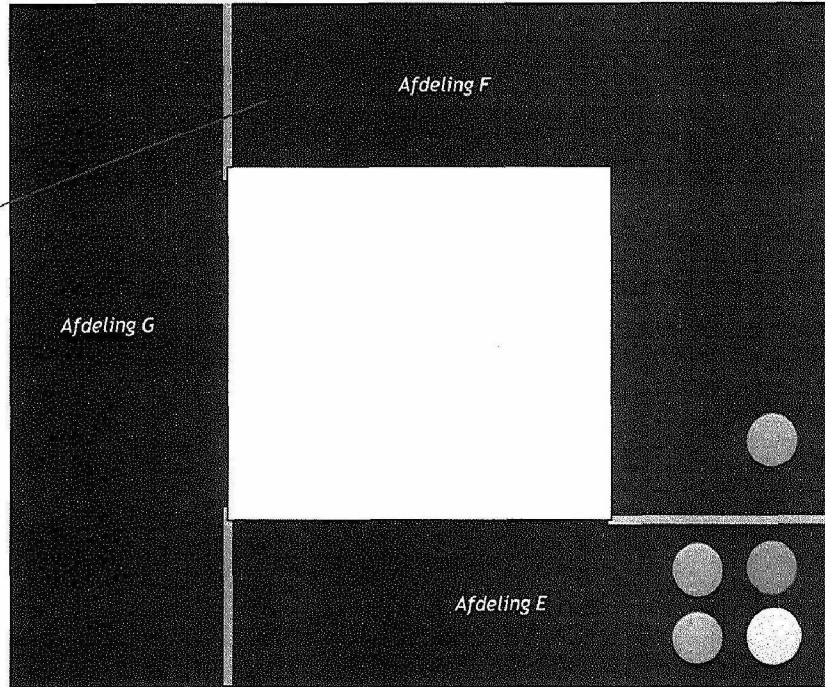
Mogelijke verdere verspreiding

- Medewerker van afdeling E krijgt klachten op 5 mei, is nog werkzaam tot 12 mei.
- Drie bewoners die ziek worden in de opvolgende week hebben over andere afdelingen gelopen op de het carre van de 1<sup>e</sup> verdieping.



# erspreiding eerste etage

en  
n  
or  
end



Bewoner Y: Verhuisd van afdeling op 27 april. Krijgt verschijnselen corona op 8 mei. Had contact met bewoner X op de begane grond toen deze nog geen symptomen had.



Bewoners die branddeuren kunnen openen en rondlopen over andere afdelingen. Klachten vanaf 6 mei



Medewerker met klachten vanaf mei

	Afdeling E	Afdeling F	Afdeling G
28 april - 4 mei	1 medewerker	-	-
5 - 11 mei	4 bewoners 3 medewerkers	8 bewoners 1 medewerker	-
12 mei	5 bewoners	10 bewoners	2 bewoners

12 mei = preventieve testronde bewoners zonder symptomen



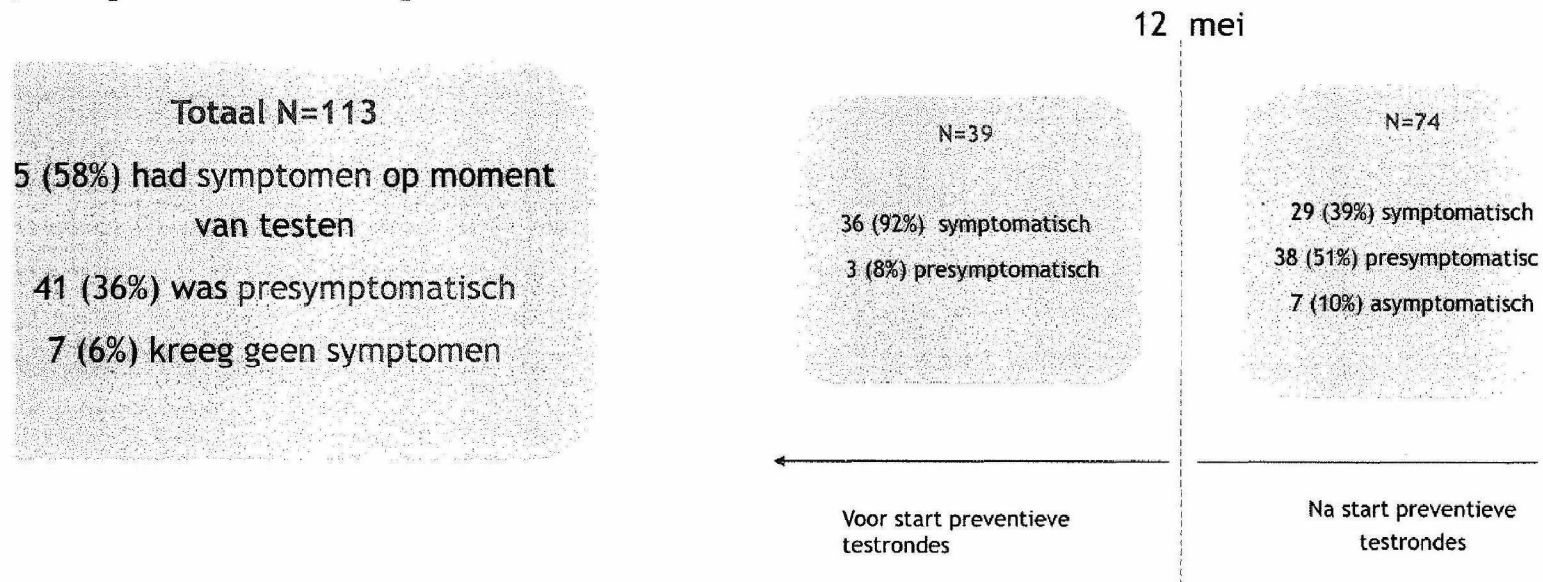
## symptoomherkenning bij bewoners

Alle bewoners hebben (gevorderde) dementie:

- Het is voor hen moeilijk om klachten te uiten
- De klachtenregistratie is grotendeels afhankelijk van observatie van verzorgenden. Milde klachten kunnen daardoor zijn gemist. Ook kan door tijdsdruk onderrapportage van klachten in het dossier zijn.



## symptomen positieve bewoners



symptoom (beschreven in lijst)	Alle positieve bewoners (113)	Getest tm 11 mei (39)	Getest vanaf 12 mei (74)
hoofdpijn	27%	44%	19%
slaperigheid	12%	26%	4%
hoofdpijn	27%	62%	8%
laagde saturatie ten opzichte van normaal	24%	46%	12%
slaperigheid	14%	28%	7%
slaperigheid	4%	10%	1%
algemene malaise	22%	51,28%	51,28%
moedigheid	17%	51,28%	51,28%
hoofdpijn	2%	10%	0%
hoofdpijn	4%	5%	4%
hoofdpijn	2%	3%	2%
hoofdpijn/verstopte neus	13%	26%	7%
hoofdpijn	9%	10%	8%
slaperigheid/braken	8%	18%	3%
minderde eetlust/intake	15%	31%	7%
afwezigheid van reuk of smaak	0%	0%	0%

afbeelding voettekst

25-8-2021



## T-waarde bewoners

Van 97 bewoners was de CT-waarde beschikbaar

Geen verschil asymptomatisch, presymptomatisch en symptomatisch

	Mediaan	Spreiding
Totaal (97)	21.3	14.5 - 40
Symptomen (59)	20.8	14.5-38.1
Presymptomatisch (33)	21.3	16.1-40.0
Asymptomatisch(5)	20.5	17.3-19.7



# symptomen positieve medewerkers

18 mei

Totaal N=56

51 (91%) had symptomen op moment van testen

2 (3.5%) was presymptomatisch

2 (3.5%) had nog geen symptomen, maar vulde geen vervolgvragenlijst in

1 (2%) kreeg geen symptomen

N=26

23 (88%) symptomatisch

1 (4%) presymptomatisch

2 (8%) had nog geen symptomen, maar vulde geen vervolgvragenlijst in

N=30

28 (93%) symptomatisch

1 (3%) presymptomatisch

1 (3%) asymptomatisch

Voor start preventieve testrondes

Na start preventieve testrondes



Symptoom	Alle positieve medewerkers die vragenlijst hebben ingevuld (56)
Hoesten	46%
Kortademigheid	36%
Koorts	27%
Koude rillingen	39%
Algehele malaise	43%
Vermoeidheid	75%
Spierpijn	46%
Hoofdpijn	64%
Keelpijn	38%
Loopneus/verstopte neus	61%
Diarree	25%
Misselijkheid/braken	13%
Verminderde eetlust/intake	41%
Verlies van reuk of smaak	48%



## CT-waarde medewerkers

CT-waarde beschikbaar van 38 medewerkers. Hiervan was 1 medewerker asymptomatisch (CT waarde 34.6) en 2 medewerkers presymptomatisch (CT-waardes van 32.3 en 29.8).

	Mediaan	Spreiding
Totaal (38)	24.6	13.7-38.1



## verwegingen en Conclusie

Onderscheid presymptomatisch - 'niet herkend symptomatisch' niet te maken  
lage % presymptomen onder medewerkers pleit voor 'niet herkend  
symptomatisch' van bewoners

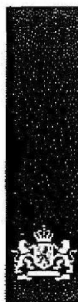
Opmerking: gelet op CT-waarden dragen beide groepen bij aan verspreiding  
verspreidingsrisico neemt verder toe door niet-instrueerbaarheid bewoners  
Medewerkers werken door met (milde) klachten door onvoldoende herkenning  
Hierdoor lopen kwetsbare verpleeghuisbewoners een hoog risico

dit dubbele 'niet herkennen' vraagt om aanscherping preventief en  
braakbeleid

1 SEP, 2020 5

5.1.2e

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Rijksoverheid

## Aanbiedingsformulier voor MCC-19

Van 1 *	<b>Aanbieding</b> Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Van 2	Minister voor Medische Zorg
Mede namens 1	Minister van Justitie en Veiligheid
Mede namens 2	N.v.t.
Mede namens 3	N.v.t.
Type voorstel *	Brief aan de Tweede Kamer
Titel *	<b>Titel en inhoud</b> Lesson Learned COVID-19
Inhoud en doelstelling van het voorstel *	Conform afspraak in de MR is dit onderwerp nogmaals geagendeerd voor de laatste afspraken rond de lokale maatregelen, de regionale inschaling en de escalatieladder. Zie daarvoor bijgevoegde sheets voor het MCC, deze gaan niet mee met de brief.  Voor het overige zijn opmerkingen in de brief verwerkt en wordt gevraagd om mandaat voor het verwerken van eventuele opmerkingen n.a.v. MCC en het versturen van de brief aan de Tweede Kamer op 1 september 2020.
Voorgesteld besluit *	Het voorstel te aanvaarden en vervolgens aan de Tweede Kamer te zenden.
Datum aanbieding *	<b>Behandeltraject</b> 01-09-2020
Kenmerk *	MR
Hamerstuk *	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nee
Voorgaande behandeling *	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Behandeld door *	Ministerraad
Datum voorgaande behandeling *	28-08-2020

## Gevolgen en juridisch kader

- Gevolgen rijksbegroting \*  Ja  Nee
- Gevolgen apparaatsuitgaven \*  Ja  Nee
- Gevolgen voor regeldruk \*  Ja  Nee
- Overeenstemming met JenV inzake wetgevingstoets en effectenanalyse \*  Ja  Nee, met bijlage  Nee, zonder bijlage  N.v.t.
- Overeenstemming met JenV inzake fouten- en misbruiksignalering \*  Ja  Nee, met bijlage  Nee, zonder bijlage  N.v.t.
- Aan EU Notificatie voldaan \*  Ja  Nee  N.v.t.
- Verplichting int. verdragen en/of Europese regelgeving \*  Ja  Nee

## Interdepartementale afstemming

- Overeenstemming BZK inzake beoordelingskader financiële/ bestuurlijke consequenties decentrale overheden en/of Caribisch Nederland \*  Ja  Nee  N.v.t.
- Overeenstemming Aruba, Curaçao en Sint Maarten \*  Ja  Nee  N.v.t.
- Ambtelijk afgestemd \*  Ja  Nee  N.v.t. in ACC-19
- Overeenstemming bereikt op ambtelijk niveau \*  Ja  Nee  N.v.t.
- Overeenstemming bereikt met  AZ  BZK  EZK  I&W  SZW  VWS  LNV  
 BZ  Def  Fin  OCW  JenV  BH&OS

Omschrijving geschilpunten

---

## Contactpersonen

	Contactpersoon 1	Contactpersoon 2
Naam *	<small>5.1.2e</small> <small>5.1.2e</small>	<small>5.1.2e</small> <small>5.1.2e</small> <small>5.1.2e</small>
Afdeling *	VWS Flex Pro	VWS Flex Pro
Telefoonnummer *	<small>5.1.2e</small>	<small>5.1.2e</small>
E-mailadres *	<small>5.1.2e</small> @minvws.nl	<small>5.1.2e</small> @minvws.nl

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

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

**Kenmerk**  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

**Bijlage(n)**  
3

**Uw brief**  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

Datum  
Betreft      Lessons Learned Covid-19

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

Geachte voorzitter,

In onze brief aan uw Kamer van 24 juni 2020 informeerden wij u over de actuele stand van zaken met betrekking tot de uitbraak van COVID-19 en schreven wij dat we na de uitbraak- en overgangsfase eerder dan verwacht in de controlefase terecht zijn gekomen. Met elkaar is het gelukt het virus onder controle te krijgen en onze samenleving zoveel mogelijk open te stellen, maar daarmee is het virus niet verdwenen. Inmiddels zijn we ruim twee maanden verder en hebben we in de zomermaanden een opleving meegemaakt van het aantal mensen dat besmet is geraakt met het virus. Deze toename maakt goed duidelijk hoe kwetsbaar de situatie is waarin we verkeren. We moeten ons voorbereiden op een tweede golf maar vooral: alles in het werk stellen om deze te voorkomen. De afgelopen periode hebben we benut om lessen te trekken uit de eerste fase van de aanpak van COVID-19, dit in lijn met de motie van het lid Veldman<sup>1</sup>. In onze brief van 15 juni<sup>2</sup> hebben wij aangegeven langs welke lijnen en 9 inhoudelijke thema's wij invulling geven aan deze motie. Wij realiseren ons dat er daarbij thema's zijn die niet aan de orde komen.

De motie Asscher/Marijnissen<sup>3</sup> verzocht ons daarnaast om ons onafhankelijk te laten adviseren. Daarover hebben wij uw Kamer op 21 juli nader geïnformeerd.<sup>4</sup> Naast de experts die wij reeds betrekken bij de totstandkoming van het beleid is in dit "Lessons Learned" traject in totaal met meer dan honderd experts met een grote diversiteit aan achtergronden (medisch, economisch, sociaal, bestuur, gedrag, communicatie en veiligheid) gesproken. Onder anderen medische professionals, patiëntvertegenwoordigers, bestuurders, hoogleraren, professionals uit andere sectoren, ervaringsdeskundigen en mensen van onder meer GGD'en en gemeenten. Aan hen is gevraagd ons te helpen bij het trekken van deze lessen. We hebben de experts gevraagd een schriftelijke bijdrage te leveren en met ons en elkaar in gesprek te gaan. We hebben nadrukkelijk gevraagd om kritiek op wat

<sup>1</sup> Kamerstuknummer 25295-392

<sup>2</sup> Kamerstuknummer 25295-422

<sup>3</sup> Kamerstuknummer 25295-399

<sup>4</sup> Kamerstuknummer 25295-463

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

### **Samenvatting**

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

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

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

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

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

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

#### **Inleiding**

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

De brief bestaat uit drie delen:

**1. Maatregelen ter voorkoming van een tweede golf.** Daarbij gaan we in op de volgende thema's: naleving basisregels, signalering en analyse dashboard, interventie op basis van signalen dashboard, testen en traceren en publiekscommunicatie.

2. Opvangen van een eventuele tweede golf. Daarbij gaan we in op: de reguliere zorg, zorgpersoneel en persoonlijke beschermingsmiddelen.

3. Mensen met een beperking of kwetsbare gezondheid.

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

### **Internationale vergelijking**

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

In de voorbije weken zijn wij aanvullend intensief in contact geweest met collega's in Denemarken, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en België. Wij hebben vooral met deze landen contact omdat buitenlandse ervaringen vertaalbaar moeten zijn naar de Nederlandse context, en het daarom vooral nuttig is om te leren van vergelijkbare landen. Die vergelijkbaarheid blijkt uit het gevoerde beleid; zo was de lockdown die in Nederland gold volgens de Oxford stringency<sup>5</sup> index vergelijkbaar met die van de meeste andere Noordwest-Europese landen.

Nederlandse deskundigen met veel kennis over de aanpak in het buitenland concluderen tevens dat de leidende principes in de aanpak van deze landen, vergelijkbaar zijn met die van het kabinet. Verschillen uiten zich vooral in de manier waarop landen deze leidende principes uitvoeren. Dat achten deze experts logisch omdat landen verschillen in de manier waarop de publieke gezondheid, zorg, en veiligheidsdiensten georganiseerd zijn, sommige landen een minder gefragmenteerde data infrastructuur hebben, en vanwege de culturele verschillen. Deze schriftelijke inbreng met specifiekere lessen vindt u bijgevoegd bij deze brief. Verder hebben wij op het vlak van lokaal indammen van lokale uitbraken, testen, traceren en isoleren, en de langdurige zorg internationale vergelijkingen uitgevoerd. De uitkomsten hiervan staan beschreven onder de betreffende passages.

### **1. Maatregelen ter voorkoming van een tweede golf**

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

De naleving van deze maatregelen was, en is nog steeds, voor een groot deel de verantwoordelijkheid van mensen zelf. Dit heeft ook gewerkt; de curve van besmettingen en ziekenhuis opnames is in enkele maanden daadwerkelijk gedaald. We zien sinds half juli een oploop in het aantal besmettingen met een piek in de tweede week van augustus. De oploop lijkt in de tweede helft van

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

augustus te stabiliseren. Door deze oplopende besmettingen wordt echter des te meer duidelijk dat het virus er nog steeds is en naar verwachting nog een langere periode onder ons blijft.

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

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

#### **Naleving basisregels**

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

Naast deze basisregels is een aantal randvoorwaarden opgesteld voor openbare ruimtes. In openbare ruimtes dient er tussen de aanwezigen 1,5 meter afstand te zijn en mag er geen te grote groepsvorming plaatsvinden. Voor ruimtes zonder doorstroom en zonder gezondheidscheck is er een maximum van 250 personen buiten en 100 personen binnen. Grotere aantallen zijn alleen mogelijk zolang er gewerkt wordt met een reservering, gezondheidscheck en een vaste zitplaats. In de horeca zijn een reservering, een gezondheidscheck en een vaste zitplaats altijd verplicht ongeacht de aantallen bezoekers.

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

#### Testen en traceren

##### Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

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

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

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

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

Ten eerste moet de capaciteit voor testen nog verder opgeschaald worden, met aandacht voor de doorlooptijd tussen testaanvraag en uitslag. Ook moet de capaciteit van de uitvoering van bron- en contactopsporing gelijke tred houden met de groei van de capaciteit voor testen. De experts vroegen aandacht voor de duurzame borging van het systeem van testen en traceren. De huidige organisatie en werkwijze dragen her en der nog de kenmerken van een snelle inrichting in crisistijd. Aangezien het virus nog een tijdje onder ons zal zijn, is aandacht voor organisatorische maar zeker ook personele versterking van belang.

Ten tweede is van groot belang dat de motivatie om mee te doen aan testen en bron en contactonderzoek op peil moet blijven, alsmede de bereidheid om zich te houden aan adviezen rond quarantaine. Het is van belang om de bewustwording over het waarom te vergroten en daarmee de intrinsieke naleving te bevorderen. De experts geven aan dat hier de inzet van gedragswetenschappers en communicatie experts van grote waarde kan zijn. Laagdrempeligheid en fijnmazigheid van de testfaciliteiten, ook voor mensen die minder mobiel zijn, en wegnemen van andere barrières dragen hiertoe bij.

Het kabinet zal de komende maanden de aanpak van testen en traceren verder doorontwikkelen. In een aparte brief aan uw Kamer<sup>6</sup> is deze aanpak verder uitgewerkt. De inzet van testen en traceren moet altijd gericht zijn op wat het meest effectief bijdraagt aan de bestrijding van de uitbraak cq het verlagen van de reproductiefactor ( $R_0$ ). De experts waren bijvoorbeeld verdeeld over de vraag in hoeverre het testen van mensen zonder klachten bijdraagt aan het controleren van het virus. Sommigen benadrukten dat het economisch gezien altijd meerwaarde heeft, terwijl anderen juist waarschuwden voor het gevaar van te veel vals-negatieve uitslagen. GGD'en kunnen nu al mensen zonder klachten testen bij regionale uitbraken waarbij mensen een besmettingsrisico lopen. Momenteel vindt op advies van het OMT onderzoek plaats naar de meerwaarde van testen zonder klachten bij groepen die verhoogd risico hebben gelopen. Bijvoorbeeld mensen die getraceerd worden door de Coronamelder-app en inkomende reizigers uit oranje en rode landen (teststraat Schiphol). In een situatie waarin testcapaciteit schaars is, kan het nodig zijn te prioriteren hoe deze aan te wenden. Het kabinet wil het RIVM of het OMT daarover om advies vragen. Tegelijk zetten wij maximaal in op het verruimen van de testcapaciteit, inclusief de inzet van innovatieve snelle testen.

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

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

De voorbereidingen op deze aanpak zijn deze zomer al gestart maar vergen ook de komende weken en maanden nog forse inspanningen van VWS, GGD'en en laboratoria en is een traject van de langere adem. Niet alles is binnen een week gerealiseerd en een goede balans houden tussen testvraag en aanbod en opschaling van materialen en capaciteit is een uitdaging. Dat geldt ook voor de opbouw van het bron- en contactonderzoek.

#### Internationale lessen testen en traceren

Voor *testen en traceren* hebben we meegedaan aan een internationale vergelijking tussen België, Denemarken, Frankrijk, Italië, Spanje en Nederland, uitgevoerd door Belgische gezondheidsdiensten<sup>7</sup>. Uit deze vergelijking blijkt dat de leidende principes internationaal weinig verschillen, maar de uitvoering ervan wél. Zo kunnen mensen bijna overal hun testuitslag online inzien, werken alle landen aan een app, en wordt het als cruciaal gezien om clusters met besmettingen scherp in het vizier te houden. Diverse landen zetten in op testen van mensen zonder

<sup>6</sup> Kamerstuknummer 2020Z15191

<sup>7</sup> Zie [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/2020-56\\_COVID-19\\_international\\_comparison\\_testing\\_and\\_contact\\_.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/2020-56_COVID-19_international_comparison_testing_and_contact_.pdf).

klachten, maar die wel een groot risico hebben gelopen, en het ondersteunen van mensen bij thuisisolatie. Aanvullend heeft de Minister van VWS contact gehad met de Deense minister van volksgezondheid om van de Deense aanpak te leren.

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

#### **Lessen geleerd: testen, traceren en isoleren in Denemarken**

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

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

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

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

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

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

**Signalering en analyse/ dashboard****Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:**

- Een centrale plek die inzicht geeft in de verspreiding van COVID-19 in Nederland.

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

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

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

Een nieuwe databron die we recent aan het dashboard hebben toegevoegd is de rioolwatermonitoring. Daarmee wordt inzichtelijk gemaakt hoeveel virusdeeltjes voorkomen in het rioolwater in een bepaald gebied. Deze nieuwe databron wordt ontwikkeld als een "early warning system" en wordt in overleg met de Unie van Waterschappen verder uitgebreid naar een groot aantal rioolwaterzuiveringsinstallaties verspreid over het land. Onder meer is dit voor verpleeghuizen belangrijke informatie. Dankzij de rioolwatermonitoring kunnen ze tijdig een toename van het aantal besmettingen in de omgeving van het verpleeghuis zien en passende hygiëne- en gedragsmaatregelen treffen. Hetzelfde geldt voor andere (publieke) instellingen.

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

Het is essentieel dat we zoveel mogelijk het virus lokaal opsporen en lokale maatregelen treffen om verdere verspreiding van het virus te voorkomen. Daarom moet het dashboard ook informatie bevatten voor lokale bestuurders zodat ze tijdig maatregelen kunnen nemen. Bovendien kan lokale informatie ervoor zorgen dat mensen zich bewust worden van de situatie in de eigen omgeving en zich

daardoor verantwoordelijk gaan gedragen en de gedragsregels beter opvolgen. Dat zal dan terug te zien zijn in de besmettingscijfers.

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

#### Het zo snel en precies mogelijk nemen van maatregelen

##### Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

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

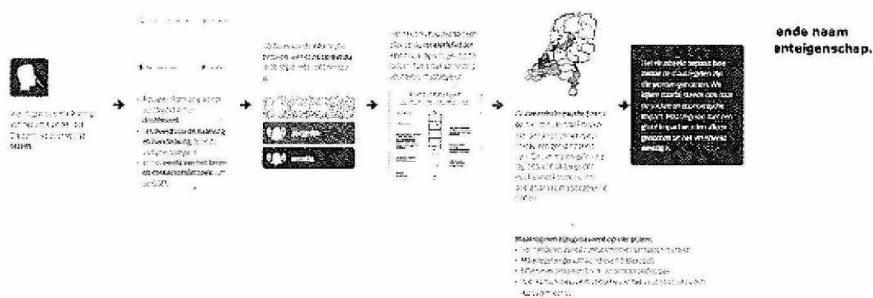
##### En waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

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

De aanwezigheid en verspreiding van COVID-19 kent grote regionale verschillen. Het is daarom essentieel dat we het virus lokaal opsporen en lokale maatregelen treffen om het virus in te dammen. Dit sluit aan bij de les om zo precies en snel mogelijk in te kunnen grijpen daar waar het nodig is. Om die reden geeft het kabinet veiligheidsregio's en gemeenten de ruimte om lokaal en regionaal maatregelen te nemen om de verdere verspreiding van het coronavirus te voorkomen. Alleen zo kan recht worden gedaan aan de opgave om de verspreiding van het virus te beheersen en tegelijkertijd de maatschappelijke en economische schade van de maatregelen te minimaliseren.

Hieronder schetsen wij hoe het kabinet in overleg met decentrale overheden de komende periode tot een regionale en lokale aanpak wil komen ter ondersteuning van het werk dat de Veiligheidsregio's al verzetten. Daarbij geven we eerst aan hoe het regionale inschalingsniveau voor alle regio's van Nederland bepaald en transparant gemaakt wordt. Daarna wordt geschetst hoe decentrale overheden en het Rijk op basis van dit inschalingsniveau passende en proportionele maatregelen nemen. Hierbij willen we te allen tijde recht doen aan de belangrijke rol die decentrale overheden spelen bij het bestrijden van de verspreiding van het virus. Deze gezamenlijke systematiek met het duiden van informatie en inschalen van regio's, het wegen van maatregelen uit de gereedheidskist en het meewegen van criteria voor een brede afweging – wordt hieronder toegelicht. Bij het uitwerken van deze aanpak is dankbaar gebruik gemaakt van de recente ervaringen in Amsterdam en de handreiking van het LCI voor maatregelen bij clusters en regionale verspreiding van COVID-19,<sup>8</sup> die is behandeld in het OMT van 16 augustus. Plaat wordt nog bijgewerkt

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



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

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

#### *Inschalingsniveau per regio*

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

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

De drie inschalingsniveaus zijn:

**A. Waakzaam**

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

**Kenmerk**  
Fout! Onbekende naam voor documenteigenschap.

**B. Ernstig**

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

**Met opmerkingen [CL(1)]:** PM – deze benaming wordt veranderd in 'Zorgelijk' en aangepast in de gehele brief

**C. Alarmerend**

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

**Met opmerkingen [CL(2)]:** PM – deze benaming wordt veranderd in 'Ernstig' en aangepast in de gehele brief

*Methode inschaling regio's*

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

Overschrijding van (regionale) signaalwaarden in dit dashboard betekent dat met urgentie naar een regio wordt gekeken, en voor het Rijk en decentrale overheden om met elkaar in overleg te gaan. Vervolgens wordt ten behoeve van de inschaling hier aanvullende contextinformatie aan toegevoegd over het zicht op het virus en de lokale naleving en handhaving van de regels. Informatie over het lokale zicht op het virus komt van de GGD, die aangeeft hoe onder meer lokaal testen en traceren en het bron- en contactonderzoek verloopt en een breder epidemiologisch beeld rondom clusters schetst. Hierbij is het cruciaal dat GGD-en daarvoor goed worden uitgerust. Informatie over de naleving en handhaving van de regels komt van de veiligheidsregio zelf. Het dashboard wordt dusdanig doorontwikkeld dat informatie met betrekking tot zicht op het virus en het handhaven en naleven van de maatregelen geleidelijk op het dashboard worden opgenomen.

Het bepalen van een inschalingsniveau voor een bepaalde regio en welke maatregelen er vervolgens worden getroffen is dus geen automatisme op basis van louter harde indicatoren, maar een gezamenlijke weging tussen decentrale

overheden en het Rijk, in samenwerking met de GGD en het RIVM. Hiertoe wordt tenminste wekelijks overlegd door alle betrokken partijen. Zo wordt de integraliteit in maatregelen tussen regio's, de proportionaliteit en effectiviteit in gezamenlijkheid bewaakt. De minister van VWS neemt hierbij als eindverantwoordelijke voor het bestrijden van COVID-19 onder de Wpg het uiteindelijke besluit over de inschaling van een regio, na overleg met onder meer decentrale overheden. De minister van VWS bewaakt de integraliteit en gelijke inschaling van regio's. Daar waar in de doorontwikkeling steeds meer informatie in het dashboard wordt opgenomen, kan steeds beter op basis van geobjectiveerde informatie de inschaling plaatsvinden.

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

#### *Escalatieladder en bijpassende gereedheidskist aan maatregelen*

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

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

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

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

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

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

De gereedschapskist zal in de vorm van een handreiking met decentrale overheden worden gedeeld. Deze is niet statisch: naar verwachting zal de gereedschapskist de komende tijd telkens worden geactualiseerd op basis van lessen en ervaringen in de praktijk en de verspreiding van het coronavirus, rekening houdend met de uitvoerbaarheid van de maatregelen door de gemeenten.

#### *Criteria voor brede afweging*

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

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

#### *Continue doorontwikkeling*

De gezamenlijke werkwijze wordt werkende weg continue doorontwikkeld. We zullen in dat proces daarbij ook het OMT vragen te reflecteren op de werkwijze en te adviseren over nadere invulling en verbeteringen, zoals het OMT ook over de regionale aanpak heeft gedaan in het advies van maandag 17 augustus. Die inhoud leverde een belangrijke bijdrage aan de werkwijze zoals hierboven geschetst.

#### *Internationale lessen voor lokale maatregelen*

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

#### **Lessen geleerd: de uitbraken in Gütersloh en Antwerpen**

Nadat in Gütersloh de lokale gezondheidsdienst een snelle toename van de besmettingen constateerde, ontstond snel het besef dat de situatie zou escaleren. BCO liet zien dat de uitbraak zich voltrok in een vleesverwerkingsbedrijf. Alle werknemers van het bedrijf werden getest. Inwoners van Gütersloh werden aanbevolen om zich ook te laten testen, wat men ook deed omdat de vakantieperiode aanstaande was en uitbaters van vakantieplaatsen veelal vereisten dat mensen uit Gütersloh een negatieve test konden laten zien. Hierdoor werd duidelijk dat het virus zich snel, maar enkel onder de arbeidsmigranten werkzaam

in het vleesverwerkingsbedrijf verspreidde. Zij hadden namelijk weinig contact met andere inwoners. Een ander aspect was dat zij veelal in dezelfde flats al dan niet samenwoonden. Handhaving van de quarantaine was daardoor eenvoudiger, hoewel het niet haalbaar bleek om toe te zien op de isolatie van huisgenoten. Uit het feit dat de lokale autoriteiten de politiediensten 47 keer om ondersteuning hebben moeten vragen, blijkt dat zelfs in een dergelijke situatie handhaving van quarantaine niet altijd vanzelfsprekend is.

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

Op basis hiervan concluderen wij:

- Les 1: geen uitbraak is hetzelfde, daarom is een lokale aanpak noodzakelijk.
- Les 2: voldoende test- en BCO capaciteit is nodig.
- Les 3: realiteitszin over de gedragseffecten van lokale maatregelen is nodig.

#### *Aanpak in grensregio's*

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

## Publiekscommunicatie

### Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

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

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

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

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

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

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

De multimediacampagne van de rijksoverheid loopt nog steeds door en is vanaf maart vrijwel dagelijks zichtbaar via traditionele en/of online media. Toch vraagt het veranderen van het gedrag van mensen meer dan de inzet van communicatie (informerend, uitleggend, overtuigend). In het model van de gedragsunit van het RIVM zien we naast communicatie, ook aandacht voor de context waarbinnen de communicatie plaats vindt. Sociale invloeden, (sociale norm) maar zeker ook de fysieke omgeving bepalen voor een groot deel het effect van communicatie. Verder is in het gedragsmodel de inzet van het instrument handhaving essentieel om te controleren of regels worden nageleefd, mogelijk met drang en dwang.

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

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

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

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

**Kenmerk**  
**Fout! Onbekende naam**  
**voor documenteigenschap.**

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

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

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

## 2. Opvangen mogelijke tweede golf

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

## Reguliere zorg en IC-capaciteit

### Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

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

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

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

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

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

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

Xenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

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

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

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

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

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

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

#### **Persoonlijke beschermingsmiddelen**

##### **Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:**

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

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

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

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

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

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

<sup>9</sup> Kamerstuknummer 25295-461

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

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

### 3. Mensen met een beperking of kwetsbare gezondheid

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

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

aanbod samenbrengen. Zo zetten honderden jongeren zich in voor mensen met een kwetsbare gezondheid via hun Maatschappelijke Diensttijd.

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

**Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:**

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

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

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

Om van andere landen te leren over de langdurige zorg, heeft Vilans bijgehouden welke maatregelen andere landen treffen. Vilans<sup>11</sup> concludeert dat overheden in Noordwest-Europa in het begin van de uitbraak redelijk vergelijkbaar beleid voerden. In ongeveer dezelfde periode werd er in de meeste landen bijvoorbeeld besloten tot bezoekrestricties in de verpleeghuiszorg. Naarmate de crisis voortduurde en meer kennis beschikbaar kwam, ziet Vilans ook meer internationale divergentie in het beleid ontstaan. Dat komt overeen met het huidige Nederlandse beleid ten aanzien van de langdurige zorg, waarbij ruimte voor en kennis over maatwerk en proportioneel beleid is ontstaan in deze fase van de crisis.

We trekken lessen uit de eerste golf en hebben ondertussen meer zicht op en beter inzicht in de aard en de verspreiding van het virus. Er blijft een essentiële behoefte aan eenduidige en duidelijke maatregelen met een heldere communicatie en een goede naleving. Denk aan de 1,5 meter en de algemene hygiëne adviezen.

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

Juist voor mensen met een kwetsbare gezondheid is het belangrijk dat anderen zich hieraan blijven houden. Dat is de basis. Tegelijkertijd zorgen we voor een combinatie van centrale regie en algemene maatregelen enerzijds en passende regionale en lokale maatregelen anderzijds als de besmettingsgraad verder oploopt.

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

In onze brief van 16 juli<sup>12</sup> is uw Kamer geïnformeerd over de onderstaande lessen die we hebben geleerd voor de verpleeghuiszorg. Met de huidige inzichten, ervaringen en capaciteit zijn we bij een eventuele tweede golf in staat om meer gerichte en gedifferentieerde maatregelen te treffen.

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

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

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

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

<sup>12</sup> Kamerstuknummer 25295 461

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

Kenmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

- In juni is uw Kamer geïnformeerd over de "COVID-19-strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte<sup>13</sup>: 'een veilige terugkeer naar het gewone leven'". Aan die strategie geven we samen met de organisaties uitvoering. Ook wordt momenteel een monitor ingericht om de voortgang op de uitgangspunten van de strategie te kunnen volgen. Denk hierbij aan het volgen of zorg en ondersteuning in voldoende mate wordt geleverd (uitvraag bij zorgaanbieders en signalen van cliëntenorganisaties), maar ook in hoeverre men weer kan deelnemen aan het dagelijks leven (ook onder meer door uitvraag bij cliëntenorganisaties).
- Voor ouderen thuis is een soortgelijke strategie in ontwikkeling. Hierin zijn uitgangspunten opgenomen die bijvoorbeeld een beeld moeten geven of ouderen het thuis redden, samen met hun naasten, of ze voldoende regie ervaren over hun leven, mantelzorgers voldoende ondersteund worden en of de communicatie voldoende helder, begrijpelijk en toegankelijk is. Het concept-plan wordt momenteel besproken met VVT- en seniorenorganisaties. Daarbij is ook differentiatie van belang; de ene oudere is de andere niet.
- Het ministerie van VWS is met het RIVM, het OMT, de Nederlandse Vereniging van Klinisch Geriaters en de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten, in overleg om te bezien of de huidige adviezen voor kwetsbare mensen aanpassing of bijstelling behoeven. De eerdere adviezen zijn tijdens de eerste golf soms als te generiek ervaren, want de groep kwetsbare mensen is divers. Onderzocht wordt hoe de adviezen rond veiligheid en hygiëne kunnen bijdragen aan voldoende handelingsperspectief en toch zo eenvoudig en eenduidig mogelijk gehouden kunnen worden.
- Tijdens de eerste golf hebben we richtlijnen opgesteld voor dagbesteding, huishoudelijke hulp, jeugdhulp en -bescherming, veilig thuis, onderwijs respitzorg en voor de ondersteuning van mantelzorgers<sup>14</sup>. Dit in aanvulling op de richtlijnen vanuit de Landelijke Coördinatie voor Infectieziektebestrijding (LCI) voor kwetsbare groepen en de LCI-richtlijn voor vervoer van kwetsbare mensen. Deze richtlijnen actualiseren we als daar aanleiding toe is.
- We hebben persoonlijke beschermingsmiddelen geregeld voor mantelzorgers, die intensieve mantelzorg verlenen, PGB gefinancierde informele zorg en

<sup>13</sup> Kamerstuknummer 2020D21817

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

medewerkers in de palliatieve zorg. Deze middelen worden door het ministerie van VWS gefinancierd en via apotheken verstrekt. Die voorraad is op orde.

- Met de gedragsunit van het RIVM, de communicatiedirecties van VWS en het andere departementen en de organisaties van patiënten, cliënten en ouderen wordt besproken welke algemene communicatie en communicatiemiddelen bijdragen aan het bieden van handelingsperspectief voor de verschillende groepen kwetsbare mensen. Dit moet hen helpen persoonlijke afwegingen te maken, en angst weg te nemen, om zoveel mogelijk mee te doen in het nieuwe normaal. Naast de algemene communicatie blijven ook gericht op onderwerpen of doelgroep communiceren, bijvoorbeeld gericht op vermoedens van huiselijk geweld en hoe je als omstander kan handelen.
- Daarnaast hebben organisaties specifieke vragen gesteld voor hun achterban. Bijvoorbeeld welke beschermingsmogelijkheden mensen met een chronische ziekte hebben, of wat betekent het voor ouderen om een verhoogd risico te hebben en wat men in dat geval het beste kan doen. Ook zijn er vragen van mensen met een verhoogd risico terwijl iemand anders in hetzelfde huishouden in de zorg werkt. Hiervoor worden QenA's opgesteld en ter toetsing aan het RIVM voorgelegd. Zodoende kan men specifiek de eigen achterban gericht informeren.
- Kinderen en jongeren zijn minder kwetsbaar voor het virus. Door het jeugdveld is echter geconstateerd<sup>15</sup> dat de coronamaatregelen zelf grote impact kunnen hebben op welzijn, en ontwikkelingsperspectief van kinderen en jongeren. De aanbeveling vanuit het jeugdveld is om dit perspectief specifiek in de afwegingen te betrekken, mocht er een tweede golf komen. Opdat onze kinderen, jongeren en jongvolwassenen zich voldoende, in veiligheid, kunnen ontwikkelen middels scholing, dagbesteding, sport, stages, bijbaantjes en contact met leeftijdsgenoten.
- Tenslotte blijven wij in overleg met organisaties van zorg en ondersteuning, patiënten, cliënten, jongeren, ouderen en gemeenten om te bespreken wat nodig is en hoe we de samenwerking kunnen blijven benutten om een tweede golf zoveel als mogelijk te voorkomen en ervoor te zorgen dat kwetsbare mensen op en voor hen passende manier kunnen participeren.

Kanmerk  
Fout! Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

#### Afsluitend

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

Naast dit traject worden op veel andere plaatsen lessen getrokken. Zo heeft de IGJ geleerde lessen verzameld vanuit alle sectoren in de zorg en heeft hiervoor op verschillende manieren informatie verzameld. Onder meer in meerdere belrondes

<sup>15</sup> Zie voor extern getrokken lessen voor de jeugd de schriftelijke bijdragen van de experts

onder zorgaanbieders, patiënten- en cliëntenorganisaties en koepels, tijdens toezichtbezoeken en door ontvangen meldingen en signalen. De IGJ heeft deze informatie geanalyseerd en rapportages opgesteld<sup>19</sup>. Ook zullen de ministers van Defensie, Justitie en Veiligheid en Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen specifiek lessen leren van hun sectoren met COVID-19.

Kenmerk  
Fout: Onbekende naam  
voor documenteigenschap.

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

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

We vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,  
Minister VWS,  
Minister MZS  
Minister JenV

<sup>19</sup> <https://www.igj.nl/actueel>

## Bijlage 1: Lijst deelnemers Lessons Learned

### 1. Experttafel Dashboard (10/8/2020)

1. Bert Slagter - mede-oprichter Lekker Cryptisch
2. 5.1.2e 5.1.2e - Web Engineer
3. Frederic Béen - onderzoeker Waterkwaliteit en Gezondheid bij KWR Water
4. Gijs van Loef - zorgstelsexpert Platform Betrouwbare Zorgcijfers
5. 5.1.2e 5.1.2e - adviseur H2Oké Water & Gezondheid Advies
6. Marino van Zelst - promovendus Organisationswetenschappen Tilburg University
7. Michiel Dullaert - De Perfecte Grafiek
8. 5.1.2e 5.1.2e - hoogleraar Huisartsgeneeskunde en oprichter van het National eHealth Living Lab aan het Leids Universitair Medisch Centrum
9. 5.1.2e 5.1.2e – correspondent Ontcijferen bij De Correspondent

### 2. Experttafel Generieke Lockdownmaatregelen (11/8/2020)

1. 5.1.2e 5.1.2e - universiteitshoogleraar Universiteit Utrecht - Fellow Tinbergen Institute
2. Iliass El Hadioui - Wetenschappelijk Docent Sociale Wetenschappen en Pedagogische Wetenschappen Erasmus Universiteit - lid onderwijsraad
3. 5.1.2e 5.1.2e - hoogleraar Besturen van Veiligheid Radboud Universiteit
4. 5.1.2e 5.1.2e - hoogleraar transitiekunde en duurzaamheid Erasmus Universiteit - oprichter ICIS - Urgenda - DRIFT - Nederland Kantelt en Zorgeloos
5. 5.1.2e 5.1.2e - Hoogleraar Economie van de Volksgezondheid Rijks Universiteit Groningen & Wetenschappelijk Directeur Aletta Jacobs School of Public Health
6. Marco Zannoni - directeur Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement
7. 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e - zelfstandig opiniepeiler en ondernemer
8. Sandra Phlippen - Chief Economist Economisch Bureau ABN AMRO
9. Tecla Hoekstra - projectleider Rode Kruis

Alleen position paper:

10. Cor Wagenaar, hoogleraar geschiedenis en theorie van architectuur en stedenbouw, Rijks Universiteit Groningen
11. Esther Metting, epidemioloog en psycholoog, universitair docent en onderzoeker Astma en COPD Primary Care group, Universitair Medisch Centrum Groningen
12. Eveline Crone, hoogleraar Developmental Neuroscience in Society, hoofd SYNC lab Erasmus Universiteit

13. Hans Boutellier – wetenschappelijk adviseur Verwey Jonker instituut, hoogleraar Veiligheid & Veerkracht Vrije Universiteit Amsterdam

14. Marco Zanoni, directielid COT, Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement

### 3. Experttafel IC-capaciteit (12/8/2020)

1. Armand Girbes - hoogleraar intensiverecarenkunde en klinisch farmacoloog Vrije Universiteit Amsterdam
2. Frans Nolleet - hoogleraar - afdelingshoofd revalidatie Universitair Medisch Centrum Amsterdam
3. Hans van der Hoeven – hoogleraar infectieziekten instituut voor Health Sciences, intensivist IC afdeling Radboud Universiteit
4. Iwan van der Horst Intensivist/cardioloog and wetenschappelijk hoofddocent Critical Care - Rijksuniversiteit Groningen
5. 5.1.2a 5.1.2e Meijer – bestuurder De Hoogstraat Revalidatie
6. Lieke Poot – afdelingshoofd, klinisch fysicus Isala, voorzitter Nederlandse Vereniging Klinische Fysica
7. Marcel Olde Rikkert – hoogleraar klinische geriatrie, faculteit Medische Wetenschappen, Donders Center of Medical Neurosciences, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud Universiteit
8. 5.1.2e Brouwers – revalidatiearts De Hoogstraat Revalidatie
9. Rowan Marijnissen – verpleegkundige en voorzitter Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

Alleen position paper:

10. 5.1.2e 5.1.2e - lid Raad van Toezicht Ipse de Brugge en zelfstandig strategisch adviseur

### 4. Experttafel Publiekscommunicatie (12/8/2020)

1. Enny Das - hoogleraar communicatie & beïnvloeding. Radboud Universiteit
2. 5.1.2e 5.1.2e - partner en senior adviseur Wepublic BV
3. Hendrieneke Bolhaar - adviseur crisiscommunicatie Berenschot
4. Henri Beunders - hoogleraar Ontwikkelingen in de Publieke Opinie Erasmus Universiteit, Beunders Media Analyse
5. Noelle Aarts - hoogleraar socio-ecologische interacties; directeur Instituut voor Science in Society Radboud Universiteit
6. 5.1.2e 5.1.2e - hoogleraar Civil Society - Tilburg Universiteit - hoofdonderzoeker Sociaal Cultureel Planbureau

## Alleen position paper

7. Irene Costera Meijer - professor Media- en Journalistiek Vrije Universiteit Amsterdam en als professor 'Media Use and Audience Studies' verbonden aan de Universiteit van Bergen (Noorwegen)
8. Ginny Mooy - antropoloog covid preventie Sierra Leone
9. Bas van der Putte - hoogleraar gezondheidscommunicatie - Lid wetenschappelijke adviesraad van de RIVM corona gedragsunit. Amsterdam School of Communications Research - Universiteit van Amsterdam
10. Peter Groenewegen - senior onderzoeker zorgstelsel en sturing en hoogleraar sociale en geografische aspecten van gezondheid en zorg - Universiteit Utrecht. COVID-HSRM.

5. *Experttafel Langdurige Zorg (12/8/2020)*

1. [5.1.2e] [5.1.2e] - geriater en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
2. Carlo Schuengel - hoogleraar orthopedagogiek faculteit gedrags- en bewegingswetenschappen - Vrije Universiteit Amsterdam
3. Dianda Veldman - directeur/bestuurder Patientenfederatie Nederland
4. [5.1.2e] [5.1.2e] - voorzitter Divosa
5. Jan Brinkers - beleidsadviseur belangenbehartiging KBO-PCOB
6. Jeannette Pols - hoogleraar empirische ethiek in de zorg - antropoloog - Universiteit van Amsterdam
7. Mirella Minkman - bijzonder hoogleraar Innovatie van Organisatie en Bestuur van Langdurende Integrale Zorg -TIAS Universiteit Tilburg en programmaleider Innovatie en Onderzoek bij Vilans
8. [5.1.2e] [5.1.2e] [5.1.2e] - voorzitter landelijk bestuur KansPlus

6. *Experttafel Effecten Reguliere Zorg (12/8/2020)*

1. Alex de Ridder, psychiater, lid Raad van Bestuur GGZ Breburg
2. [5.1.2e] [5.1.2e] – huisarts Amsterdam, betrokken bij het Roer moet Om
3. Conny Helder lid RONAZ, bestuursvoorzitter tante Louise, lid bestuur ActiZ
4. [5.1.2e] [5.1.2e], CEO/oprichter health-ecore, bestuurslid Veroz, Bestuurslid NADP, onderzoeker Universitair Medisch Centrum Groningen
5. [5.1.2e] [5.1.2e], interim voorzitter bestuur Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
6. [5.1.2e] Stouthard, internist Antoni van Leeuwenhoek NKI
7. [5.1.2e] [5.1.2e] – programmaleider huisartsgeneeskundige zorg NIVEL

8. 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e – hoogleraar gezondheidscommunicatie Universiteit van Amsterdam, lid wetenschappelijke adviesraad RIVM corona gedragsunit
9. Misja Mikkers – hoogleraar Organisatie en financiering van de zorgsector, Tilburg School of Economics, Universiteit Tilburg en Chief Economist NZa
10. 5.1.2e 5.1.2e - Voorzitter Raad Beroepsbelangen Federatie Medisch Specialisten, anesthesioloog Alrijne Ziekenhuis

Alleen position paper:

11. 5.1.2e 5.1.2e - hoogleraar Acute Ouderenzorg aan de Faculteit der Geneeskunde Universitair Medisch Centrum AMC, lector Transmurale Ouderenzorg Hogeschool van Amsterdam

#### 7. Experttafel Langdurige Zorg – lockdownmaatregelen (13/8/2020)

1. Ali Rabarison - directeur Beleid Inclusieve Samenleving en Gemeentefinanciën VNG
2. 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e - directeur Nederlands Jeugdinstituut
3. 5.1.2e 5.1.2e - voorzitter afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie NVP
4. 5.1.2e 5.1.2e - bestuurder Veilig Thuis
5. 5.1.2e 5.1.2e - directeur Ieder(In)
6. 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e - hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijns zorg Radboud Universiteit
7. Marian Stet - bestuurder Hartekamp Groep
8. 5.1.2e 5.1.2e - voorzitter Nationale Jeugdraad
9. Philippe Delespaul - hoogleraar Innovatie geestelijke gezondheidszorg Maastricht University en klinisch psycholoog Mondriaan GGZ

#### 8. Experttafel Beschikbaarheid PBM (13/8/2020)

1. Andries Kevenaer - eigenaar Medstone
2. 5.1.2e 5.1.2e - Programmamanager FME Zorg
3. 5.1.2e 5.1.2e - arts verstandelijk gehandicapten, Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
4. 5.1.2e 5.1.2e - programmamanager Inkoopsamenwerking NFU
5. 5.1.2e 5.1.2e - expert crisismanagement en security management en onderdeel disaster units EUCPT - ERU en UNDAC
6. 5.1.2e 5.1.2e - beleidsmedewerker Ketenregie GHOR Amsterdam-Amstelland
7. Murvin Chan - accounthouder Noodhulpteams bij het Rode Kruis

8. Pepijn van der Broek - coördinator PBM GGD GHOR Nederland
9. 5.1.2e 5.1.2e - manager Nefemed
10. 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e - teamlead logistics Air National Consortium Relief Goods, CISO SkyTeam

Alleen position paper

11. Léon Moonen en Thomas Kaldijk., Stafadviseurs Medische middelen Maastricht UMC

#### 9. Experttafel Testen en Traceren (14/8/2020)

1. 5.1.2e 5.1.2e - epidemioloog, buitengewoon hoofddocent London School of Hygiene and Tropical Medicine, voorzitter EAA Field Epidemiology
2. 5.1.2e 5.1.2e - epidemioloog - directeur Transmissible
3. Bér Engels - communications strategist Bits of Freedom
4. 5.1.2e 5.1.2e - project Manager CEGEKA Business Solutions
5. 5.1.2e 5.1.2e - bijzonder hoogleraar Sociale Geneeskunde - School for Public Health - Universiteit Maastricht
6. 5.1.2e 5.1.2e - Voorzitter Nederlandse vereniging Infectieziektebestrijding
7. John Jacobs - Medisch data scientist ORTEC
8. 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e Professor Emerging and Zoonotic Viruses - Wageningen Bioveterinary Research
9. 5.1.2e 5.1.2e - Associate Professor en voorzitter Health Economics Vrije Universiteit Amsterdam

Alleen position paper

10. 5.1.2e 5.1.2e - arts-microbioloog - Sanquin Bloedvoorziening & Universitair Medische Centrum AMC, afd. Klinische Virologie
11. Marc 5.1.2e - hoogleraar microbiologie, Afdeling Epidemiologie, Medische Micro-biologie en Julius Centrum Onderzoek Infectieziekten, Universitair Medisch Centrum Utrecht

#### 10. Internationale vergelijking (alleen position papers)

1. Ewout van Ginniken - coordinator Berlin Office of the European Observatory on Health Systems and Policies - Berlin University of Technology
2. 5.1.2e 5.1.2e - Hoogleraar Economie van de Volksgezondheid Rijksuniversiteit Groningen & Wetenschappelijk Directeur AJSPH
3. 5.1.2e 5.1.2e - Chief Executive University College London Hospital NHS Foundation Trust
4. Niek Klazinga - Head of OECD Health Care Quality Indicator Programme

5. Peter Groenewegen - senior onderzoeker zorgstelsel en sturing en hoogleraar sociale en geografische aspecten van gezondheid en zorg - Universiteit Utrecht
6. Rudi Westendorp - hoogleraar ouderengeneeskunde Universiteit Leiden en Universiteit Kopenhagen

*Tafels met ervaringsdeskundigen:*

Er zijn vier tafels georganiseerd met personen die op verschillende manieren impact van de lockdown merkten (gezondheid, sociaal, beroepsmatig), waarvan één tafel met jongeren tussen 14-25 jaar.

Deelnemers hebben ter voorbereiding van de experttafels position papers opgesteld over de eigen geleerde lessen. Van iedere experttafel is een gespreksverslag gemaakt. Alle position papers, gespreksverslagen en de expertverklaringen van de deelnemers kunt u inzien via [www.rijksoverheid.nl/documenten-lessons-learned-corona](http://www.rijksoverheid.nl/documenten-lessons-learned-corona).

## **Appreciatie Commissiededeling "Kortetermijnparaatheid van de Europese Unie op gezondheidsgebied voor COVID-19 uitbraken"**

Op 15 juli jl. publiceerde de Europese Commissie (EC) de mededeling Kortetermijnparaatheid van de Europese Unie op gezondheidsgebied voor COVID-19 uitbraken.<sup>1</sup>

Deze mededeling heeft tot doel om ervoor te zorgen dat de Europese Unie (EU) op korte termijn klaar is voor een eventuele volgende golf van COVID-19-uitbraken. De mededeling gaat hierbij in op aanbevelingen en maatregelen in zes domeinen, te weten 1) testen, contactonderzoek en monitoring, 2) beschikbaarheid van medische tegenmaatregelen, 3) capaciteit van gezondheidszorg, 4) niet-geneeskundige maatregelen, 5) ondersteuning van kwetsbare groepen en 6) verminderen van impact van seizoensgriep. Voor elk domein put deze mededeling uit geleerde lessen en schetst de belangrijkste maatregelen die de komende maanden zouden moeten worden genomen. Dit vereist een sterke en heldere coördinatie en informatie-uitwisseling in en tussen de lidstaten, alsook commitment om deze maatregelen – die veelal betrekking hebben op nationale bevoegdheden – uit te voeren. Maar ook om heldere publieke communicatie en afstemming met mondiale actoren als de wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Het succes van de aanpak van eventuele verdere COVID-19 uitbraken in Europa hangt af van de acceptatie van het publiek van het belang van deze maatregelen. Het bewaken van de mate van sociale acceptatie en het aanpakken van vroege maatschappelijke problemen zal een belangrijke bepalende factor zijn voor toekomstige ontwikkelingen.

### 1) Testen, contactonderzoek en monitoring

De EC doet aanbevelingen ten aanzien van monitoringscriteria die vroegtijdige herkenning van lokale oplevingen mogelijk moet maken. Het Europees Centrum voor Infectieziekten en Preventie (ECDC) zet zich in voor uniformering van testbeleid en ondersteuning van lidstaten van bron- en contactonderzoek en monitoring. De EC wijst op het belang van ondersteuning van regulier bron- en contactonderzoek door digitale contactopsporing en heeft via het Joint Research Center (JRC) telecombedrijven gevraagd om (locatie)data te delen. De EC zal blijven inzetten op digitale oplossingen om dit te ondersteunen, zoals samenwerking op de ontwikkeling en interoperabiliteit van contacttracersapps en digitale Passenger Locator Forms, maar ook door het verzamelen en ontsluiten van vergelijkbare epidemiologische data. De EC tekent hierbij aan dat dit wel met in achtname van de in de wetgeving ter zake vastgestelde beginselen in zake gegevensbescherming dient te gebeuren. Ook ondersteunt de EC samenwerking van nationale onderzoeken naar de aanwezigheid van COVID-19 in het riool- en afvalwater.

### 2) Beschikbaarheid van medische tegenmaatregelen (geneesmiddelen, medische hulpmiddelen)

De EC constateert dat de COVID-19 crisis een negatief effect heeft gehad op handel met derde landen, vrij verkeer binnen de Unie en het functioneren van de Interne Markt, met name op het vlak van persoonlijke beschermingsmiddelen. Gecoördineerde Europese solidariteit werd daarbij belemmerd of vertraagd, aangezien alle landen tegelijkertijd met dezelfde soort tekorten werden geconfronteerd. EC is voornemens om reeds genomen Europese maatregelen om deze uitdagingen te adresseren voort te zetten, zoals monitoring van beschikbaarheid en mogelijke tekorten, gezamenlijke inkoop en voorraadvoorziening, indien nodig exportbeperkingen naar derde landen en het stimuleren van intra-Europese handel en solidariteit, optimaliseren van productie en aanbevelingen ten aanzien van veilig en gepast gebruik. EC blijft zich inzetten voor ontwikkeling en beschikbaarheid van veilige geneesmiddelen inclusief vaccins, onder andere via de EU vaccinstrategie en via het faciliteren van grootschalig klinisch onderzoek. EC roept lidstaten op om een goed overzicht te houden van de behoeften en beschikbaarheid van medische producten en om de mogelijkheden voor flexibele productiecapaciteit en omschakeling van productie op hun grondgebied in kaart te brengen. De EC geeft aan klaar te staan om de lidstaten hierbij te ondersteunen.

### 3) Capaciteit van gezondheidszorg

De EC constateert dat er grote belasting en kwetsbaarheid van zorgpersoneel is en signaleert tekorten met name voor IC-personeel in de EU. Wijst ook op het belang om de reguliere zorg zo veel mogelijk overeind te houden. ECDC is voornemens om richtsnoeren voor optimalisatie van gezondheidszorg te publiceren. EC stelt tevens een instrument voor financiering en organisatie van grensoverschrijdend vervoer van patiënten en zorgpersoneel (ESI) beschikbaar.

### 4) Niet-geneeskundige maatregelen

<sup>1</sup> COM (2020) 318.

Niet-geneeskundige maatregelen ten aanzien van social distancing, grenscontroles en gebruik van mondneusmaskers in de publieke ruimte werden in lidstaten op nationale basis en niet uniform toegepast. EC constateert dat deze maatregelen vele levens hebben gered, maar tegelijkertijd een grote sociale en economische impact gehad op terrein van onder andere handel, toerisme en transport. EC roept op tot een zo lokaal mogelijke en proportionele inzet van dergelijke maatregelen, gebaseerd op onderzoek en opgedane kennis en ervaring van de afgelopen periode. De ECDC faciliteert uitwisseling van ervaringen tussen lidstaten en zal aan het eind van de zomer richtsnoeren voor niet-geneeskundige maatregelen publiceren. Terughoudendheid is geboden bij restrictieve maatregelen ten aanzien van grenzen en reisbewegingen. Waar dergelijke maatregelen worden getroffen is contact met andere lidstaten onontbeerlijk. Grenzen moeten te allen tijde open blijven voor vervoer van cruciale goederen, patiënten, grensarbeiders en werknemers van vitale sectoren. Beperkingen van niet-essentiële reizen naar derde landen dienen op EU niveau gecoördineerd te worden.

#### 5) Ondersteuning van kwetsbare groepen

EC roept op tot bescherming van medisch kwetsbaren, sociaal kwetsbare groepen en kwetsbare beroepsbevolking. Tegengaan van ongelijkheid is daarbij van belang. EC en ECDC zullen het uitwisselen van goede praktijken ten aanzien van preventie, testen en (mentale) ondersteuning faciliteren.

#### 6) Verminderen van impact van seizoensgriep

EC adviseert om in te zetten op bredere en vroegtijdige vaccinatie van seizoensgriep en roept lidstaten op te zorgen voor voldoende robuuste infrastructuur en beschikbaarheid van vaccins hiertoe. Het ECDC zal richtsnoeren voor klinisch beheer en behandelprotocol voor differentiële diagnose en beheer van influenza en COVID-19 publiceren.

### **Nederlandse positie ten aanzien van het voorstel**

De uitbraak van COVID-19 heeft een grote impact op de volksgezondheid en de samenleving als geheel, zowel nationaal, Europees als mondiaal. Infectieziekten stoppen niet bij grenzen en daarom is internationale samenwerking en solidariteit cruciaal om een pandemie het hoofd te bieden. Het kabinet is van mening dat bij een crisis van deze omvang een onafhankelijke en grondige evaluatie hoort, en zal hier ook in Europees verband op aandringen.

Het Nederlandse beleid is gericht op het maximaal controleren van het virus. Daarbij dammen we nieuwe uitbraken in door zicht te houden op en inzicht te krijgen in de verspreiding van het virus in. Het kabinet gaat uit van drie ankerpunten waarop het beleid is gebaseerd: i) een acceptabele belastbaarheid van de zorg; ziekenhuizen moeten goede zorg aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg kunnen leveren; ii) het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving; iii) het zicht houden op en het inzicht hebben in de ontwikkeling van de verspreiding van het virus.

Deze ankerpunten komen overeen met de domeinen waarop de EC geleerde lessen benoemt en aanbevelingen en acties aankondigt.

Het kabinet heeft waardering voor de mededeling van de Europese Commissie, die enerzijds een aantal geleerde lessen reflecteert en anderzijds concrete aanbevelingen en activiteiten voor de komende maanden presenteert om de weerbaarheid bij een tweede golf te vergroten, mocht deze onverhoopt optreden. Voor een groot deel betreft dit voortzetting van activiteiten die al bestonden dan wel tijdens de Covid-19 crisis zijn ontwikkeld en geïmplementeerd.

De Europese overleg- en coördinatiestructuren moeten het belang van samenwerking en solidariteit bij een pandemie van deze omvang weerspiegelen en efficiënt en helder zijn. Het kabinet zal hier aandacht voor blijven vragen.

#### 1) Testen, contactonderzoek en monitoring

De aanbevelingen van de EC ten aanzien van testen, traceren en monitoren sluiten aan bij het Nederlands beleid. Zowel de testcapaciteit als de capaciteit voor het bron- en contactonderzoek zijn al opgeschaald. Op dit moment wordt bekeken welke testcapaciteit nodig is voor het najaar. Hierop kan indien nodig worden opgeschaald. De capaciteit voor bron- en contactonderzoek is reeds flexibel opschaalbaar. Er staat een landelijke schil beschikbaar die regionaal kan bijspringen als er lokaal een grote uitbraak plaatsvindt. Er wordt gewerkt met een train-de-trainer principe, waardoor er op korte termijn flink kan worden opgeschaald – dit is dus geen nationale stresstest, maar wel voorbereiding op een (lokale) grote uitbraak. Daarnaast onderzoeken het RIVM en de GGD'en op dit moment of het nuttig is om specifieke groepen mensen asymptomatisch te testen. Vooral voor mensen die vanuit een contactonderzoek naar voren zijn gekomen, kan dit van meerwaarde zijn.

Contacten krijgen met een asymptomatische test sneller duidelijkheid of zij ook besmet zijn waardoor de quarantaineperiode mogelijk verkort wordt.

Nederland ondersteunt een Europese afstemming van testbeleid, daar waar dat zinvol is, maar is van mening dat het essentieel is dat lidstaten maatwerk kunnen blijven bieden. Zo zal overwogen moeten worden om met Europese aanbevelingen te komen voor het testen van asymptomatische personen om verspreiding te kunnen blijven onderdrukken. In het verlengde hiervan wordt in Europa en zo ook in Nederland, de ontwikkeling van sneltesten en POCT (point-of-care-testen) met interesse gevolgd, enerzijds omdat deze testen de oplossing kunnen bieden in situaties waar een onmiddellijke testuitslag wenselijk is, anderzijds om de testbereidheid te vergroten. Het is daarom aan te bevelen om samen op te trekken bij het stimuleren en ondersteunen van de ontwikkeling van deze innovatieve testmethoden en de beschikbaarheid voor alle lidstaten te garanderen. Het kabinet ondersteunt de Europese samenwerking op het gebied van aanwezigheid van Covid-19 in rioolwater. In het Dashboard Coronavirus worden gegevens uit rioolwatermeting al gepubliceerd.

Het kabinet is voorstander van een gemeenschappelijk Europees afwegingskader met afgestemde indicatoren en signaalwaarden. Dit ondersteunt onderlinge communicatie, ook naar burgers, zowel pan-Europees als regionaal. Het kabinet is van mening dat het ECDC hier een belangrijke ondersteunende rol kan spelen door adequate en vergelijkbare data te ontsluiten en expertise te bieden, aanvullend aan hetgeen nationale volksgezondheidsinstituten bieden. De inzet van het ECDC biedt ruimte voor verbetering op het vlak van relevantie en tijdigheid van technische rapporten en richtsnoeren en op het vlak van dataverzameling, vergelijkbaarheid van data, data-uitwisseling en waarschuwingsmechanismen.

Het kabinet is voorstander van een algemene Europese IJn ten aanzien van het gebruik van telecomdata en zal er op aandringen dat de Commissie het gebruik van telecomdata door lidstaten zal monitoren zodat dit in lijn met de AVG wordt toegepast. De EDPB (Europees Comité voor Gegevensbescherming) en EDPS (Europese Dataprotectie Supervisor) kunnen een bijdrage leveren om hierover helderheid te verschaffen. Vooruitlopend hierop heeft het kabinet rekenschap gegeven van de AVG in het voorstel voor de tijdelijke wet informatieverstreking RIVM over COVID-19. Voorts verwelkomt het kabinet verdere technische Europese samenwerking op het vlak van interoperabiliteit van contacttracersapps. Bij open grenzen, is interoperabiliteit tussen nationale contacttracersapps van groot belang. Het waarborgen van privacy geldt hierbij als randvoorwaarde. Vanaf het begin van de ontwikkeling van de Nederlandse CoronaMelder, heeft Nederland zich Europees ingezet voor samenwerking met andere landen en heeft daarbij aandacht gehad dat de Nederlandse app óók over de grens te gebruiken is. Het kabinet heeft met de implementatie van de Nederlandse CoronaMelder per 1 september gekozen voor een oplossing die gebruik maakt van decentrale gegevensopslag en die fundamentele grondrechten zoals privacy waarborgt. Het kabinet is geïnteresseerd in Europese samenwerking op het terrein van onderzoek naar effectiviteit van contacttracersapps. Aangezien een groot deel van de EU eenzelfde soort app ontwikkelt en uitrolt, is het zaak om het onderzoek naar effectiviteit gezamenlijk op te pakken. Immers, meer landen betekent meer data en dus beter inzicht of de apps ook daadwerkelijk bijdragen.

## 2) Beschikbaarheid van medische tegenmaatregelen

De COVID-19-crisis heeft een aantal kwetsbaarheden op het vlak van leveringszekerheid van medische producten (geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, persoonlijke beschermingsmiddelen) blootgelegd. Kwetsbaarheden die we ons niet kunnen permitteren omdat dit de continuïteit van zorg in gevaar brengt. Het kabinet pleit ook hier voor Europese solidariteit en samenwerking. Het tegengaan van disproportionele intra-Europese handelsbelemmeringen is daar onderdeel van. Het kabinet ziet hier net als diverse andere lidstaten een duidelijke coördinerende en handhavende rol voor de EC.

Het borgen van leveringszekerheid van medische producten vraagt om een aanpak die onder andere inzet op diversificatie, (meer) productie in de Europese Unie en Nederland, het vormen van ijzeren voorraden, stimuleren van innovatieve, duurzamere en schonere productieprocessen ten opzichte van derde landen, flexibele productiecapaciteit (om tijdens crisis snel te kunnen opschalen/omschakelen), aantrekkelijke procedures en een gelijk speelveld zowel binnen de EU als daarbuiten. Het kabinet ondersteunt initiatieven van de EC ten aanzien van het effectief samen ontwikkelen, testen en aankopen van medische producten, waar dit complementair is aan hetgeen nationaal wordt ondernomen. Op rescEU voorraden kan een beroep worden gedaan in geval van overmacht. Het blijft van belang dat lidstaten in beginsel zelf verantwoordelijk blijven voor adequate crisisrespons. Het blijft tevens belangrijk om het (bestaande) EU instrumentarium ten aanzien van (versnelde) markttoelating, uitwisseling van informatie met betrekking tot (dreigende) tekorten, onderzoek en innovatie optimaal te benutten om leveringszekerheid te borgen. Hierbij

dient in het oog te worden gehouden dat er grote verschillen zijn tussen de productie van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en vaccins. Zo is het produceren van bijvoorbeeld mondkapjes op een redelijk korte termijn op te starten, maar is het opstarten van de productie van geneesmiddelen complexer en meer tijdrovend. Dit is een aanpak die deels in Europese samenwerking kan worden vormgegeven. De aangekondigde Europese geneesmiddelenstrategie (Q4 2020) moet hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Het kabinet pleit er voor dat deze goed aansluit bij de EU industriële strategie en het EU COVID-19 herstelplan.

Op het terrein van de vaccinontwikkeling kiezen we vooralsnog nadrukkelijk voor Europese samenwerking. De ontwikkeling en grootschalige productie en distributie van een vaccin tegen COVID-19 is één van de belangrijkste elementen in de bestrijding van de huidige pandemische crisis. Het kabinet zet zich, in samenwerking met de EC en de lidstaten, nadrukkelijk in voor de toegankelijkheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid van vaccins die ten goede komen aan de inwoners van de EU en daarbuiten. Tijdens de Coronacrisis is het instrument voor gezamenlijke inkoop van medische tegenmaatregelen voor diverse persoonlijke beschermingsmiddelen ingezet, maar ook voor ventilatoren, diagnostica en geneesmiddelen. Nu dit instrument op zo'n grote schaal is ingezet, ligt een grondige evaluatie van de werking ervan voor de hand. Het kabinet heeft hierbij aandachtspunten ten aanzien van effectiviteit, snelheid, kwaliteit en prijsstelling. Daarnaast is het van belang dat er geen marktverstoring optreedt bij het gezamenlijk inkopen en dat de verdeling van Europese noodvoorraden in tijden van crisis eerlijk verloopt.

### 3) Capaciteit van gezondheidszorg

Nederland ziet meerwaarde in meer samenwerking tussen landen op het terrein van coördinatie van (IC-)zorgcapaciteit in crisissituaties. Vraag is of dit op Europese, dan wel regionale schaal moet plaatsvinden. Nederland heeft regionaal goed samengewerkt en een aantal patiënten naar Duitse intensive care-afdelingen kunnen verplaatsen toen de nood in Nederland te hoog werd. Binnen de EU zijn er meer van dit soort voorbeelden van solidariteit. Het verdient aanbeveling te bezien hoe dit verder kan worden bestendigd, waarbij moet worden bezien of dit in regionaal, bilateraal of Europees verband het beste gefaciliteerd kan worden.

### 4) Niet-geneeskundige maatregelen

De Europese Commissie merkt terecht op dat sociale acceptatie van maatregelen een centraal aandachtspunt is, en dit ondersteunt het belang van een lokale aanpak. Niet alleen de epidemiologische situatie en capaciteit van het zorgstelsel zijn immers lokaal verschillend, maar dit geldt ook voor het begrip van de samenleving voor maatregelen. Het kabinet zal de aangekondigde richtsnoeren van het ECDC ten aanzien van niet-geneeskundige maatregelen op haar merites beoordelen. Tijdens de crisis hebben landen maatregelen genomen die het vrij verkeer van personen in grote mate hebben beperkt. Dit had grote gevolgen van het vrije verkeer van personen in de Europese Unie en specifiek voor grensarbeiders, werknemers van essentiële beroepen, maar ook familiebezoek en sectoren als transport en toerisme. Het kabinet ondersteunt de lijn van de EC dat tijdelijke grenscontroles alleen in uitzonderlijke gevallen waarbij sprake is van een serieuze bedreiging van de openbare orde of interne veiligheid. In het geval dat grensmaatregelen worden toegepast, moeten deze tijdelijk van aard zijn, afgestemd worden met buurlanden en het vrij verkeer van vitale goederen, vrij verkeer van werknemers met vitale beroepen en van grensarbeiders niet onnodig belemmeren. Het kabinet onderschrijft tevens het belang van Europese coördinatie ten aanzien van beperkingen van niet-essentiële reizen naar derde landen.

### 5) Verminderen van impact van seizoensgriep

Het kabinet deelt het belang om de druk die de seizoensgriep legt op gezondheidssystemen te verminderen. Het kabinet heeft zich daarom op verschillende manieren voorbereid op het komende griepseizoen. Dit najaar wordt in Nederland via verschillende kanalen, waaronder sociale media, aandacht gevraagd voor de griepvaccinatie. Daarbij is specifiek aandacht voor het verhogen van de vaccinatiegraad in zorginstellingen en onder zorgmedewerkers. Voor het Nationaal Programma Grieppreventie is in 2020 extra vaccin ingekocht, om voorbereid te zijn op een mogelijke hogere opkomst door de COVID-19 pandemie. Er is een addendum ontwikkeld op de reguliere handleiding voor de uitvoering van de griepvaccinatie ontwikkeld, met daarin adviezen en tips voor een veilige uitvoering ten tijde van COVID-19. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft deze opgesteld i.s.m. de Landelijke Huisartsenvereniging, de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie en het RIVM. Er is tevens gekeken of het zinvol kan zijn om de griepvaccinatiecampagne in 2020 te vervroegen. Op basis van historische data van de griepepidemieën in Nederland lijkt dit niet zinvol. We zien in Nederland vaak pas een griepepidemie vanaf week 52. Influenza circuleert dus maar zeer beperkt in de maanden september tot november. De timing van de uitvoering van de griepvaccinatie is zo gekozen is dat die aansluit op de verwachting van het moment van de griepgolf in Nederland. De vaccinrespons neemt namelijk na vaccinatie eerst toe, maar neemt vervolgens ook weer af. Bij

vervroegd vaccineren is het waarschijnlijk dat de vaccinrespons bij gevaccineerde mensen niet meer optimaal is op het moment dat in Nederland daadwerkelijk een griep epidemie heerst.

De beoordeling ten aanzien van de subsidiariteit van de mededeling is positief met een kanttekening bij rescEU capaciteiten.

De activiteiten van de Europese Commissie en de EU agentschappen zien voornamelijk op het faciliteren en versterken van grensoverschrijdende uitwisseling (tussen lidstaten) en het doen van aanbevelingen ten aanzien van lokaal beleid. Dit is positief aangezien samenwerking tussen lidstaten op EU-niveau kan leiden tot zowel een versterking van de paraatheid en de beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg in de lidstaten.

Ten aanzien van de rechtstreekse aanbesteding voor rescEU capaciteiten door de Commissie en bredere inzet van rescEU capaciteiten buiten de EU is het kabinet voornamelijk terughoudend. Daarbij speelt ook een rol dat voor deze beoordeling verdere toelichting van de Commissie en een grondige evaluatie van de Covid-19 crisisrespons van belang is, zoals ook aangegeven in de kabinetsappreciatie van het voorstel tot verordening van het Europees Parlement en de Raad tot wijziging van Besluit nr. 1313/2013/EU betreffende een Uniemechanisme voor civiele bescherming

<sup>2</sup>

Het kabinet heeft ten aanzien van de proportionaliteit een positief oordeel. De COVID-19 pandemie heeft een ongekeerde omvang en impact en de door de Europese Commissie voorgestelde aanbevelingen en maatregelen zijn hiermee in verhouding.

---

<sup>2</sup> BZDOC-2120548633-28.



# **Strategie, Escalatieladder en Instrumentarium**

**Departementaal vertrouw**



## Strategie: maximaal controleren

### Doelstellingen:

verbelasting van de zorg voorkomen;  
bescherming van kwetsbaren;  
focus op verspreiding van virus.

**Doel** in de huidige **controlefase**: de **verspreiding** van het virus zoveel mogelijk **tegengaan** en **beheersen**.

### Doelstellingen in de huidige fase zijn:

frijwillig waar dat kan, verplicht waar dat moet (gelijktijdig *nudgen* en handhaven);  
preventief waar dat kan, brandhaarden uitdoven waar dat moet;  
regionaal waar dat kan, landelijk waar dat moet;  
maatregelen op basis van analyse, duiding en advies.

### Doelstellingen maatregelen:

het **naleven van de basisregels** (w.o. de algemene hygiënemaatregelen, thuisblijven bij klachten en de 1,5m-maatregel);  
het **beperken van het aantal contactmomenten** om overdracht van het virus te voorkomen;  
**Bescherming van kwetsbaren** om de impact van het virus zo klein mogelijk te houden;  
het beperken van **nieuwe introducties** van het virus (vanuit het buitenland).

**Departementaal vertrouw**



## rationalisatie: analyse, duiding en inschaling

is van de **regionale indicatoren, analyse en duiding** wordt het niveau" van een regio bepaald (een regio wordt "ingeschaald").  
 Huiding van (**regionale**) **signaalwaarden** in het dashboard maakt dat er met **urgentie** naar een regio wordt en vormt het **startpunt** van gesprek tussen Rijk en regio over inschaling van deze inschaling en het nemen van mogelijk aanvullendregelen.

**Regionale en landelijke indicatoren** t.b.v. deze inschaling zijn het (nieuwe) **besmettingen en ziekenhuisopnames en de aard, tijd en het aantal clusters**. Landelijke indicatoren zijn onder meer de aard en het aantal IC-opnames;

gegevens wordt ten behoeve van de inschaling hier aanvullende **informatie** aan toegevoegd. Het betreft\*:

**Regionale duiding van de veiligheidsregio**: het beeld van de **handhaving en naleving** van de basisregels;

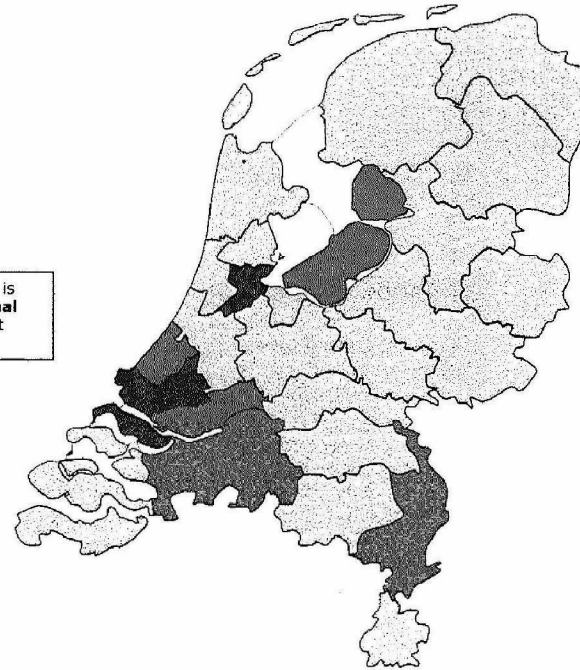
**Regionale duiding van de GGD**: de mate van **zicht op het virus** (succesvol zijn we in het "uittrappen" van brandhaarden?).

Inschaling per regio wordt via **het dashboard** openbaar gemaakt, als een **digitale overzichtskaart van Nederland**. Ook de gegevens worden centraal ontsloten.

**Inschaling van een regio** ondersteunt de mate waarin Rijk en Regio **actieladder** kunnen aflopen en de **keuze voor maatregelen** uit lokale en landelijke "toolbox". Hiermee worden getroffen gegevens **voorspelbaarder en begrijpelijker**.

**Inschaling** van een regio en welke **maatregelen** er vervolgens is genomen is **geen automatisme**, maar een **gezamenlijke g** tussen de veiligheidsregio, de GGD, het RIVM en het Rijk waarbij maatregelen moeten **aansluiten** bij de uitgevoerde analyse. De afsluiting van VWS besluit uiteindelijk over de inschaling.

\*Deze informatie is (nog) niet **centraal ontsloten** via het dashboard.



Departementaal vertrouw



## Ontwikkeling kwantitatieve informatie t.b.v. inschaling

### Deember

Begin – Rioolwatermetingen (regionaal, wekelijks)

Veerde helft – Herontwerp Coronadashboard: meer duiding en detail (landelijk)

Veerde helft – Regionalisering op dashboard inclusief inschaling (regionaal, wekelijks)

Veerde helft – BCO-clusters weergeven (landelijk, wekelijks)

Veerde helft – Percentage positief geteste personen (landelijk en regionaal, dagelijks)

Veerde helft – Signaalwaarde aantal besmettingen (a.d.h.v. ervaringen uit het buitenland) (landelijk)

### Januari

Begin – Nalevingsmonitor (regionaal, wekelijks)

Begin – IC-capaciteit (bedden) (dagelijks, landelijk)

Begin – BCO-clusters weergeven (regionaal, wekelijks)



## rationalisatie: inschaling regio's

### am

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

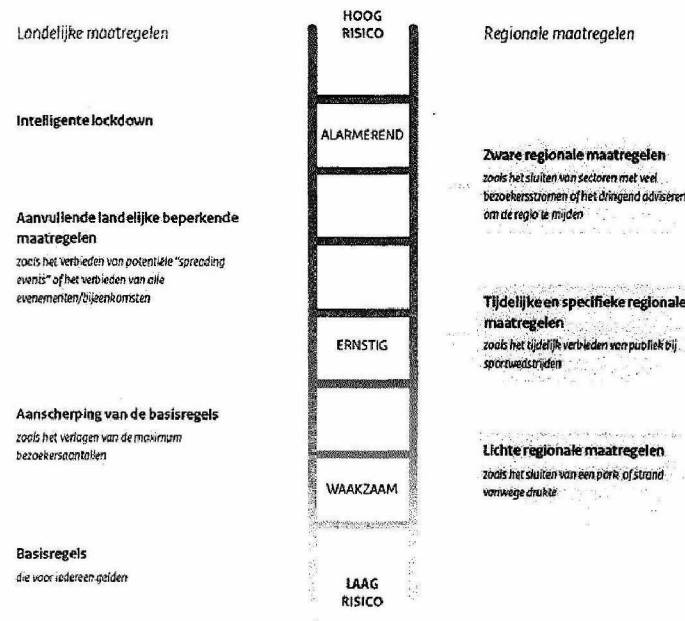
**N.B.** Bij inschaling hoeft **niet** van alle kenmerken sprake te zijn. Bij de inschaling wordt informatie van het dashboard en contextinformatie benut.

situatie ontwikkelt zich negatief.  
 aantal nieuwe besmettingen neemt toe.  
 netwerk is nodig om kwetsbaren groepen te beschermen.  
 voortzetting van de situatie zal het bron- en contactonderzoek onvoldoende zijn.  
 maatregelen worden onvoldoende nageleefd.  
 druk op de regionale zorgcapaciteit neemt toe.  
 bestaande aanpak moet met aanvullende maatregelen worden versterkt om de verspreiding van het virus weer onder controle te krijgen.  
 terug te keren naar een beheersbare situatie.

### end

ingrijpen is noodzakelijk om verdere escalatie te voorkomen en terug te keren naar een beheersbare situatie (waakzaam).  
 aantal nieuwe besmettingen neemt snel toe.  
 bron- en contactonderzoek biedt onvoldoende inzicht in de verspreiding van het virus.  
 regionale zorgcapaciteit is onvoldoende.  
 maatregelen zijn erop gericht om (regionale) overbelasting van de zorg te voorkomen, kwetsbaren te beschermen en weer zicht op de verspreiding van het virus te krijgen.

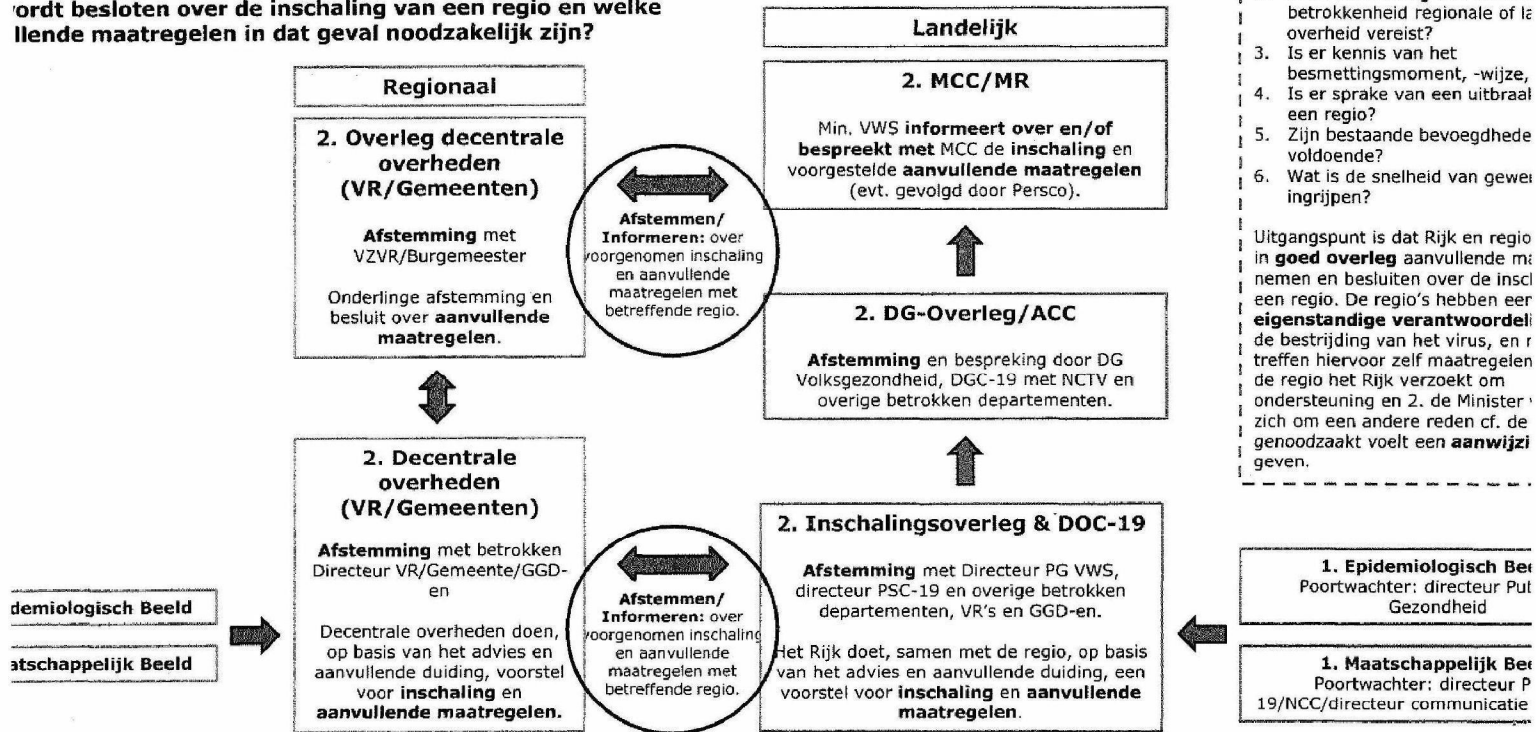
▪ **N.B.** Overschrijding van (**regionale**) signaalwaarden in het Coronadashboard maakt dat er met **urgentie** naar een regio wordt gekeken en vormt het **startpunt** van gesprek tussen Rijk en regio over aanpassing van deze inschaling en het nemen van mogelijk aanvullend maatregelen.





# Operationalisatie: besluitvorming

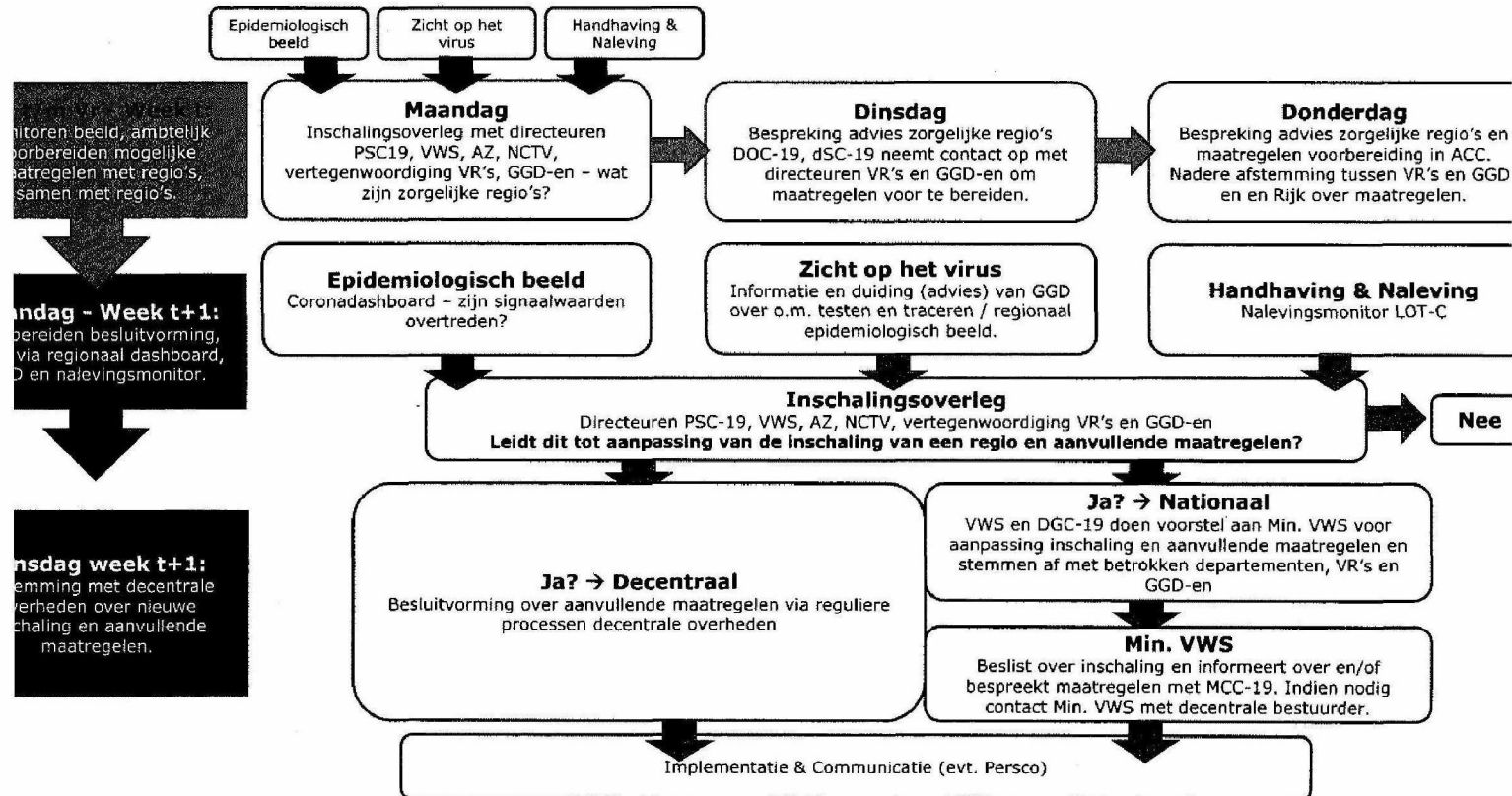
wordt besloten over de inschaling van een regio en welke aanvullende maatregelen in dat geval noodzakelijk zijn?





**N.B.** De cyclus kan sneller worden doortopen indien de situatie hierom vraagt (harmonicamodel).

## Operationalisatie: tweewekelijkse cyclus inschaling & maatregelen





# wegingskader aanvullende maatregelen

! **overwegingen** zijn van belang bij het nemen van aanvullende maatregelen (afwegingskader MCC, d.d. 9 juni)?

**overgevat:** "maatregelen moeten een zo **groot** mogelijke impact hebben op de **verspreiding van het virus**, met zo **min** mogelijk impact op de **levenswijze en samenleving**".

## overwegingen:

overgevat van maatregel op de **beheersing van het virus** op basis van:

- ! het besmettingseffect;
- ! de verwachte naleving;
- ! het gevaar na besmetting;
- ! het beslag op publieke ruimte;
- ! het beslag op publieke gezondheidsbeschermingsmiddelen.

**maatschappelijke impact** van een maatregel op basis van:

- ! het welbevinden (curatieve zorgverlening, levensstijl, sociale contacten en psychische effecten);
- ! de leefomgeving (kwaliteit van wonen, veiligheidseffecten en milieueffecten);
- ! de sociale cohesie.

overgevat van een maatregel op **economische indicatoren** op:

- ! de korte termijn (werkgelegenheid, beschikbaar inkomen, ongelijkheid, armoede, faillissementen, overheidsfinanciën);
- ! de lange termijn (werkgelegenheid, beschikbaar inkomen, ongelijkheid, armoede, faillissementen, overheidsfinanciën).

overgevat naast worden de juridische en handhavingsaspecten meegewogen.