

P11A P12

Geachte voorzitter, *Comma met laten leren!*

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 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. Gelukkig is het aantal ziekenhuisopnames en sterfgevallen beperkt gebleven en hebben we een tweede grote uitbraak kunnen voorkomen. Deze toename maakt echter wel 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 kunnen benutten om lessen te trekken uit de eerste fase van de aanpak van COVID-19, in lijn met de motie van het lid Veldman¹. In onze brief van 15 juni² hebben wij aangegeven langs welke lijnen en inhoudelijke thema's wij invulling geven aan deze motie. We hebben daarin 9 thema's geschetst en de aanpak.

De motie Asscher/Marijnissen³ verzocht ons daarnaast om ons onafhankelijk te laten adviseren. Daarover hebben wij uw Kamer op 21 juli nader geïnformeerd.⁴ Naast de experts die wij reeds betrekken bij de totstandkoming van het beleid is in dit "Lessons Learned" traject in totaal met meer dan honderd experts gesproken. Onder anderen medische professionals, patiëntvertegenwoordigers, bestuurders, hoogleraren, professionals uit andere sectoren, ervaringsdeskundigen en mensen uit onder meer de NZA, GGD'en en gemeenten is gevraagd ons te helpen bij het trekken van deze lessen. We hebben de experts gevraagd een schriftelijke bijdrage te leveren. Deze bijdragen en de verslagen van de gesprekken die we met hen hebben gevoerd worden openbaar gemaakt via www.rijksoverheid.nl/documenten-lessons-learned-corona.

Rode draad in veel experttafels is dat we met de kennis van nu beleid steeds preciezer kunnen maken en er ruimte ontstaat voor regionaal maatwerk en maatwerk voor specifieke groepen. Dit sluit aan bij wat het kabinet voor ogen staat en op deze notie zal het beleid dan ook worden gestoeld.

Zoals aangegeven is het trekken van de lessen voor de volgende fase nadrukkelijk niet hetzelfde als een evaluatie zoals bijvoorbeeld de Onderzoeksraad voor

¹ Kamerstuknummer 25295-392

² Kamerstuknummer 25295-422

³ Kamerstuknummer 25295-399

⁴ Kamerstuknummer 25295-463

Veiligheid die op 7 mei 2020 is gestart. Dat betreft een onderzoek naar de aanpak van de Coronacrisis door de Nederlandse overheid en andere betrokken partijen.

Met deze brief informeert het kabinet uw Kamer over de huidige aanpak én de hierbij benutte lessen. Hierbij gaan we per onderdeel in op datgene dat we in de aanpak willen behouden en waar we op basis van de geleerde lessen en ontvangen adviezen meer op zullen inzetten. De maatregelen in deze brief zijn deels niet nieuw omdat wij doorlopend zijn ingesprongen op de actuele situatie. Daarover hebben wij uw Kamer steeds geïnformeerd. De brief bestaat uit 2 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, persoonlijke beschermingsmiddelen en kwetsbare personen.

Bij elk thema maken we duidelijk wat de opbrengst is geweest van de experttafel en hoe het kabinet de voorgenomen maatregelen in zal zetten.

Internationale vergelijking

Nagenoeg alle landen staan voor dezelfde klus als Nederland, en daarom worden ook in EU verband lessen getrokken. De Europese Commissie publiceerde op 15 juli de mededeling Korttermijnparaatheid op het gebied van COVID-19 uitbraken. Zie de bijlage voor de appreciatie van het kabinet 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 stringency⁵ index vergelijkbaar met die van 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. En 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 er zijn culturele verschillen. Deze schriftelijke inbreng met specifiekere lessen vindt u bijgevoegd bij

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

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.

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 uit drie onderdelen waar telkens adviezen en maatregelen bij hoorden. Ten eerste moest de kans dat het virus van persoon op persoon kon overgaan verkleind worden. Ten tweede werd het aantal contacten tussen mensen beperkt. Ten derde werden bewegingen zoveel mogelijk beperkt van regionaal naar lokaal om verspreiding over het land en vanuit het buitenland verder tegen te gaan. De naleving van deze maatregelen was, en is nog steeds, voor een groot deel de verantwoordelijkheid van de inwoners zelf. Dit heeft ook gewerkt, de curve van besmettingen en ziekenhuis opnames is in enkele maanden daadwerkelijk gedaald. Echter zien we nu ook, sinds de versoepeling van de maatregelen in juli, dat het aantal besmettingen weer oploopt.

Door de oplopende besmettingen wordt des te meer duidelijk dat het virus er nog steeds is en naar verwachting nog wel even blijft. Met die realiteit zullen we moeten leren leven, willen we het virus zoveel mogelijk indammen. Normaal zal de anderhalvemetersamenleving nooit worden. Maar een nieuwe generieke lockdown kunnen we onszelf simpelweg niet veroorloven. Daarom willen we zo lang het kan zo precies en zo snel mogelijk ingrijpen, daar waar het probleem zich voordoet. Dat kan in een bedrijf, binnen een familie of vriendengroep zijn, maar ook in een wijk, regio of leeftijdsgroep. Dat zal niet altijd perfect gaan, want ook in deze fase leren we elke dag weer en stellen we voortdurend bij. Nieuwe inzichten leiden dan ook tot aanpassingen in het beleid, maar de strategie om een tweede golf te voorkomen is nog altijd gebaseerd op de volgende pijlers.

- **Naleving van de basisregels** blijft een belangrijkste thema, dat kunnen we niet genoeg blijven benadrukken. Met de toename van het aantal besmettingen hebben we daar het dringende advies aan toegevoegd om aan bezoek thuis een maximum van 6 gasten boven 13 jaar oud te stellen.
- Het **testen en traceren** is de tweede pijler. We benutten alle mogelijkheden om nieuwe brandhaarden zo vroeg mogelijk op te sporen en zo precies mogelijk in te grijpen. In het verlengde daarvan is het **Corona dashboard** een belangrijk instrument om die signalen te communiceren.
- Het zo **snel en precies mogelijk nemen van maatregelen** is de derde pijler. Op dit onderdeel maakt het kabinet samen met de veiligheidsregio's de beweging naar specifiekere regionale maatregelen binnen het kader van de landelijke maatregelen. "Lopende van het # outracommunicatie".
- **Publiekscommunicatie** is een belangrijke pijler voor het draagvlak en de naleving van bovenstaande.

Handhaving → en alles wat daar tussen zit.

We blijven leren en stellen onze aanpak wanneer wenselijk bij. Nieuwe inzichten leiden tot aanpassingen in het beleid en de maatregelen. Het kabinet zal steeds transparant communiceren over de manier waarop nieuwe kennis wordt meegewogen.

Naleving basisregels

De belangrijkste maatregel om een tweede golf te voorkomen blijft de inzet op naleving van de basisregels, die voor iedereen blijven gelden: blijf thuis bij klachten als griep, verkoudheid en keelpijn en laat je in dat geval testen op corona. Werk zoveel mogelijk thuis, was regelmatig je handen, houd 1,5 meter afstand en vermijd drukte. Heb je last van benauwdheid of heb je koorts, dan blijven ook gezinsleden thuis. Ook de andere hygiëneadviezen, zoals hoesten en niezen in de binnenkant van de elleboog, papieren zakdoekjes gebruiken en meteen weggoien, blijven gelden. Ben je 70 jaar of ouder, of heb je een kwetsbare gezondheid, wees dan extra voorzichtig. Hiervoor geldt een duidelijke verantwoordelijkheid voor alle Nederlanders.

Openbare Contactmomenten

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. Dit is een belangrijke verantwoordelijkheid van ons allemaal om te voorkomen dat het virus op die manier verspreid wordt.

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

Testen en traceren

- openbaar vervoer
- bus
- trein
- metro
- OV
- Uitzuiger
- Contact tracing
- Contact tracing
- ~~...~~ Crowd Control

Nieuwe uitdagingen

- + contact / interactie / inzien (systematiek)

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

- Investeren in testen en traceren zijn eigenlijk altijd kosteneffectief omdat je er andere, ingrijpende maatregelen met grote economische impact mee kunt voorkomen
- Studenten en andere niet-zorgverleners inzetten voor BCO
- Altijd rationeel blijven in testcriteria
- Geen doorontwikkeling app richting gezondheidspaspoorten en dergelijke
- Juridisch kader voor gedwongen quarantaine uitwerken

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

- In hoog risico-omgevingen ook mensen zonder klachten testen
- Aandacht voor regulering private markt testen, in verband met ongewenste gedragseffecten en overall testcapaciteit
- Meer landelijke logistiek en conformiteit
- Communiceer naast ('testen bij klachten') ook ('testen na hoog risico contact')
- Meer transparantie over verschil tussen wat nodig en wat haalbaar is

Testen en traceren is een essentiële pijler in de strategie van maximale controle. De experts waren van mening dat een aantal zaken die we in de afgelopen periode opgebouwd hebben zeker moeten worden behouden. De capaciteit die opgebouwd is bij de GGD voor het afnemen van testen, samen met de capaciteit die we hebben in de laboratoria, en de inzet om voldoende apparatuur en testbenodigdheden in te kopen hebben ervoor gezorgd dat sinds 1 juni iedereen met klachten zich kan laten testen. De experts vinden het laagdrempelig aanbieden van testen van groot belang.

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 is extra capaciteit nodig om de mogelijkheden voor het testen van mensen zonder klachten op te kunnen bouwen, en moet de capaciteit van de uitvoering van bron- en contactopsporing gelijke tred houden met de groei van de capaciteit voor testen. 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. De experts geven aan dat hier de inzet van gedragswetenschappers en communicatie experts van grote waarde kan zijn. Laagdrempeligheid en fijnmazigheid van de testfaciliteiten en wegnemen van andere barrières dragen hiertoe bij.

Er kwamen drie onderwerpen specifiek aan de orde die voor het vervolg van belang zijn.

Opschaling en capaciteit GGD (adviezen en hoe verder)

De experts gaven aan dat de capaciteit bij de GGD om al hun taken op het gebied van testen en traceren uit te kunnen voeren door moet groeien. Daarbij moet meer aandacht zijn voor duurzame opschaling, waarbij mensen langdurig ingezet worden voor een taak en er ook voldoende extra capaciteit wordt gereserveerd om deze mensen op langere termijn te vervangen. Daarbij kunnen ook andere organisaties ingezet worden. De experts waren van mening dat hiervoor landelijke sturing noodzakelijk was. We zijn hierover voortdurend met de GGD en het LCDK in gesprek zoals ik u ook heb gemeld in mijn brief van 30 juni⁶. Ik informeer u uitgebreider in een separate brief over testen en traceren.

Testen van mensen zonder klachten

Naast het testen van mensen met klachten adviseren de experts ook in te zetten op het testen van mensen zonder klachten in hoog risico settings. De communicatie kan dan, naast 'laat jezelf testen bij klachten' ook gericht worden op 'laat je zelf testen na een hoog risico contact'. Het snel en grootschalig testen van mensen in hoog-risico settings (regionale uitbraken bv. Zorgpersoneel, slachterijen en nertsenfokkerijen), wordt reeds ingezet als de GGD'en hiertoe aanleiding zien. Aanvullend heeft het OMT in haar advies van 17 augustus geadviseerd om de meerwaarde te onderzoeken van het testen van mensen zonder klachten bij drie groepen, namelijk nauwe contacten uit BCO, genotificeerde contacten uit de Corona-melder-app, en bij inkomende reizigers uit oranje landen via luchthavens. Momenteel voeren RIVM en GGD hiernaar onderzoek uit. Op basis van de uitkomsten van deze experimenten zal dit beleid verder uitgewerkt worden, waarbij voldoende testcapaciteit voor mensen met klachten prioriteit heeft.

Kosteneffectiviteit

Het kabinet is zich er van bewust dat de kosteneffectiviteit van maatregelen in onderlinge samenhang moet worden gezien. De economische gevolgen van de ingrijpende maatregelen die we dit voorjaar hebben moeten nemen, en die voor een deel nog aan de orde zijn, zijn heel groot. Maatregelen die kunnen voorkomen dat we opnieuw sectoren moeten sluiten, zijn al snel kosteneffectief. Binnen deze maatregelen (zoals testen en traceren) kan ook een afweging nodig zijn over wat wenselijk en wat uitvoerbaar is, bijvoorbeeld als het een groot beslag legt op bijvoorbeeld de capaciteit bij de GGD.

Over mijn strategie voor het vergroten van capaciteit en effectiviteit van het testen en traceren (waaronder het opschalingsplan voor Bron- en Contactonderzoek) informeren wij uw Kamer uitgebreider in een separate brief.

Internationale lessen testen en traceren

⁶ Kamerstuknummer 25295 455

Voor *testen en traceren* hebben we meegedaan aan een internationale vergelijking tussen België, Denemarken, Frankrijk, Italië, Spanje en Nederland, uitgevoerd door Belgische gezondheidsdiensten⁷. Ook uit deze vergelijking blijkt dat de leidende principes internationaal weinig verschillen, maar dat de uitvoering daarvan wel verschilt. Zo kunnen mensen bijna overal hun testuitslag online inzien, werken alle landen aan een app, en wordt het als cruciaal gezien om clusters met besmettingen scherp in het vizier te houden. Diverse landen zetten in op testen van mensen zonder klachten in hoog-risico settings, en het ondersteunen van mensen bij thuisisolatie. Aanvullend heb ik contact gehad met de Deense minister van volksgezondheid om van de Deense aanpak te leren.

Lessen geleerd: testen, traceren en isoleren in Denemarken

Denemarken kent een hoog aantal afgenomen tests: 1,2 miljoen per begin augustus, terwijl in Denemarken nog geen 6 miljoen mensen wonen. 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 patiëntendossier 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 in bijvoorbeeld hotels wanneer quarantaine thuis niet lukt. Het belang hiervan wordt ondersteund door de observatie van het RIVM dat 60% van alle besmettingen in de thuissfeer plaatsvindt. Ook in Nederland bestaan initiatieven die dit ondersteunen, en zijn afspraken gemaakt met Veiligheidsregio's om dergelijke voorzieningen te treffen.

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

Op basis van de Deense aanpak concluderen wij:

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

Les 2: heldere richtlijnen over testen van mensen zonder klachten in risicosettings houdt verband met de testbereidheid. Daarom geeft het kabinet opvolging aan het OMT-advies⁹ hierover.

Les 3: de centrale Deense organisatie van de testcapaciteit bleek te werken. Dit wordt voor de Nederlandse context nader uitgewerkt.

Les 4: ondersteuning wanneer belemmeringen bestaan bij thuisquarantaine blijkt belangrijk. We nemen dit mee in onze inzet op verbetering van de naleving van de quarantaine.

Signalering en analyse/ dashboard

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Een centrale plek die inzicht geeft in de verspreiding ~~van 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~~ *gerichter* maatregelen kunnen nemen tegen het virus. *en informatie hier mede sturend is in hier*

Om het virus maximaal onder controle te houden, is het van groot belang dat we goed (in)zicht hebben op de verspreiding van het virus. Het Corona-dashboard (coronadashboard.rijksoverheid.nl) is één van de instrumenten die we daarvoor gebruiken. Het toont gegevens en duidt deze voor burgers, professionals, journalisten en beleidsmakers. Het dashboard wordt de komende weken versneld uitgebreid, zodat gegevens op steeds lokaler en regionaler niveau inzichtelijk zijn. Zo kunnen we snel nieuwe besmettingen en clusters van besmettingen signaleren en daarop reageren. Het dashboard is sinds begin juli operationeel en wordt sindsdien stap voor stap uitgebreid. Het dashboard wordt 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 de cijfers die de epidemie zelf beschrijven (het aantal mensen dat besmet

⁹ Kamerstuknummer 25295-504

+ opname
zie hierboven / K
9

is), indicatoren die meer inzicht geven in de verspreiding van het virus zonder dat mensen al besmet zijn, zoals rioolwaterdata, en indicatoren die de potentiële risico's voor verspreiding van het virus weergeven, zoals verplaatsingsgegevens en gedragsonderzoeken.

zijn die / kans op zichtbaar?

Een nieuwe databron die we aan het dashboard hebben toegevoegd is de rioolwatermonitoring. Daarmee wordt inzichtelijk gemaakt in hoeverre virusdeeltjes voorkomen in het rioolwater in een bepaald gebied. Deze nieuwe databron is geschikt 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 van het dashboard goed is neergezet, willen we op korte termijn het uitbreiden van het dashboard versnellen. Het gaat onder meer om gegevens zoals uit Bron- en Contactonderzoek (BCO-data) en data uit gedragsonderzoek.

Het is essentieel dat we **lokaal het virus 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.

Naar verwachting zal op 1 september een Engelse versie van het dashboard toegankelijk zijn zodat ook niet-Nederlandstaligen en de landen om ons heen toegang hebben tot de informatie op het dashboard.

Interventie op basis van signalen dashboard

*Korte Beschrijving - effectieve coping en explosieve
en acute stijging besmettingen / latente covid-2019 IC
verder / te voorkomen deze situaties landelijke maatregelen
af te brengen*

- overgang naar afslanking en meer naar verspreiding en meer gericht regionale beleid/maatregelen
- nu alleen situatie vanuit zo precies mogelijk informatie meer gericht landelijke / regionale / lokale maatregelen nemen om landelijke reactie te verbeteren

Microsoft Word - 200821 Kamerbrief... FF-Ain 21 18-09-2020 Media Time...

- Mis A4-tje dat eerder was afgeleid
nuv strategie / escalatieplan
- integrale afweging(s kader) p. 27
Dijkt omschrijving van
deelrekeningen.

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Positieve invalshoek: wat kan er wel, handelingsperspectief bieden
- Langetermijnperspectief als richting
- Volwassen benadering van Nederlanders - eigen verantwoordelijkheid.
- 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 precies en snel 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
- Dialoog aangaan en mensen nog meer betrekken bij het uitwerken van maatregelen gericht op specifieke doelgroepen en gebieden. Bijvoorbeeld: bewonersorganisaties, buurtregisseurs, Leger Des Heils
- Adaptief beleid maken: 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 maximale controle over het virus en minimale sociaaleconomische schade

14 steek
kennet
in
eerdere
heronder

inleiden met strategie uit sheets!! - antepunten
- daad
- uitgangspun

Doordat doorlopend signalering en analyse van het coronavirus plaatsvindt, kan snel en lokaal ingegrepen worden. In het merendeel van de besmettingen werkt de GGD samen met onder meer de veiligheidsregio's en het RIVM om passende maatregelen te treffen en zo het virus lokaal onder controle te brengen. Op die manier wordt het virus zo veel mogelijk op lokaal niveau onder controle gehouden.

De data uit het dashboard en de signalen van het RIVM worden in het dagelijkse overleg tussen de betrokken departementen in samenhang met andere sociaaleconomische en maatschappelijke signalen bekeken en gewogen. Er wordt dan bijvoorbeeld gekeken naar de omvang van de besmettingen, of een besmetting te isoleren is tot een beperkte groep (clusters) en of de decentrale overheden (veiligheidsregio's) voldoende bevoegdheden hebben.

trends in

Als er een opmerkelijke stijging in het aantal besmettingen is, wordt dit, onder meer via het Veiligheidsberaad besproken met de veiligheidsregio's. De conclusie kan dan zijn dat lokale of regionale maatregelen niet afdoende zijn, en dat landelijke maatregelen genomen moeten worden.

Het zo snel en precies mogelijk nemen van maatregelen

gevoel

Komen spreking uit
positieve paper en voorleggen
experte tafels reilig?!

PM invoegen uitwerking regionale maatregelen vs. landelijke maatregelen en regionaal dashboard vs. landelijk dashboard inclusief signaalwaarden. Deze week vindt met de veiligheidsregio's verdere uitwerking van de maatregelen en het dashboard/ signaalwaarden. Deze uitkomst is niet gereed voor de deadline van de MCC stukken (21 augustus 12:00 uur), wel voor de behandeling in de MR.

De aanwezigheid en verspreiding van COVID-19 kent grote regionale verschillen. Het is essentieel dat we lokaal het virus opsporen en lokale maatregelen treffen om het virus in te dammen. Om zo ^{precies} en snel mogelijk in te kunnen grijpen daar waar het nodig is, 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. Dat vereist een dashboard dat lokale bestuurders inzicht geeft in de verspreiding van het virus. We werken daarom momenteel aan een uitbreiding van het dashboard waarmee informatie op meer regionaal en lokaal niveau ontsloten wordt.

Regionale en lokale maatregelen moeten passen binnen de landelijke kaders; zowel op het gebied van nationale aanwijzingen als in de toekomst de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19. Daarom werken wij de komende periode – aanvullend aan het regionaal inzichtelijk maken de verspreiding van het virus – met de andere ministeries, veiligheidsregio's, GGD'en, RIVM en decentrale overheden aan een handreiking ('ladder'). De handreiking zal inzichtelijk maken welke mogelijke maatregelen genomen kunnen worden ^{op basis van de} in welke situatie. We werken naar een werkwijze waarmee regionaal en landelijk getroffen maatregelen voorspelbaar ^{en} en begrijpelijk ^{worden} worden. Hierbij zullen ook op regionaal niveau signaalwaarden geformuleerd worden. Deze zullen ter ondersteuning gebruikt worden en kunnen niet op zichzelfstaand leidend zijn voor besluitvorming rondom maatregelen. De handreiking is aangevuld met informatie uit de 'handreiking maatregelen bij clusters en regionale verspreiding COVID-19 van het LCI en maatregelen die decentrale overheden in een eerder stadium hebben genomen. Naar verwachting is de handreiking aanpak regionale maatregelen xxx gereed.

afgevoerd
kan mee
→ volstaan
kan nog te laat

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.

→ Geen optrekkings: - over de maatregelen
- te snel besluiten? ¹² ^{helf}
- Wat kwam uit expert sessie? ^{meer vragen}

Microsoft Word - 200821 Kamerbri... Fri Aug 21 14:00:50 2020

Publiekscommunicatie

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Een beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid van de burger
- De inzet van communicatie experts bij de verdere invulling en uitwerking van de huidige (strategische) communicatie
- Ontsluiten van informatie door begrijpelijkheid en consistentie; inclusief en toegankelijk voor iedereen

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 (sociaaleconomisch)

Vanaf de eerste weken van de coronacrisis heeft het kabinet ingezet op een communicatiestrategie met als kernpunten: een 'routekaart', eigen verantwoordelijkheid, alleen samen, duidelijke handelingsperspectieven, kracht van herhalen en informatie. Dit vanuit één centraal punt: www.rijksoverheid.nl. Daarbij ging veel aandacht uit naar het geven van antwoorden op veelgestelde vragen en naar voorlichting 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 sterk ingezet op persconferenties als eigen kanaal, en via de mediakanalen van derden met een multimediacampagne, influencers, Steffi (voor eenvoudige taal) en het inzetten van lokale beeldschermen bij bedrijven en instellingen (narrow casting). Vanaf het begin van deze aanpak kan iedereen met vragen bellen naar 0800 -1351.

Communicatieonderzoek zorgt voor de vinger aan de pols die inzichten geeft in hoe het publiek reageert op de maatregelen en de communicatie daaromheen. Aan de hand van bijvoorbeeld een flitspelling (die representatief is voor de Nederlandse bevolking) direct na een persconferentie, wordt gekeken hoe bepaalde boodschappen zijn geland, hoe bepaalde doelgroepen erop reageren en bijvoorbeeld in welke mate er steun is voor bepaalde maatregelen. Ook voor de komende periode zetten we verschillende vormen van communicatieonderzoek in om deze vinger aan de pols te houden wat betreft de effecten van communicatie.

De multimediacampagne van de rijksoverheid loopt door. De campagne 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, uitlegend, 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 experts die op onze uitnodiging deelnamen aan de sessie Publiekscommunicatie, onderschrijven het succes 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. Ook bevestigen de experts dat voor de komende periode een nieuw centraal verhaal (narratief) nodig is. Een verhaal dat wordt vertaald naar een aantal belangrijke 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 zij 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 leders 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 verdere doorontwikkeling van de communicatiestrategie en de inzet van middelen gericht op specifieke doelgroepen zoals hiervoor beschreven. We blijven in de strategie inzetten op de kernbegrippen: alleen samen, de positieve sociale norm, de kracht van herhaling, consistentie en inclusiviteit. Waar mogelijk zullen we ook de fysieke omgeving 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 een positief effect hebben op het gewenste gedrag. Maar dat kunnen ook aanpassingen zijn van winkelstraten, de entrees van kantoren, enz. Voor het openbaar vervoer zal in principe niet worden teruggegrepen op een hele strikte communicatieboodschap omdat de ervaring leert dat de drukte in het openbaar vervoer meevalt doordat de reisdoelen en -bestemmingen vervallen en het aantal aantoonbare besmettingen laag is.

Verder stellen we een rijksbrede kalender op met relevante situaties en momenten voor mensen die vragen om specifieke communicatie. Dit betreft onder andere life-

events zoals geboorte, verjaardagen, bruiloften, begrafenissen, maar ook baanverlies en huiselijk geweld. Maar denk ook aan de schoolvakanties, de start van de scholen, feestdagen en maatschappelijke events.

Dilemmologica loopt als rode draad in de communicatieaanpak waarbij we nog meer aandacht zullen geven aan wat we wel of niet weten vanuit de wetenschap en waarom maatregelen wel of niet worden genomen.

Het uitgebreidere centrale narratief heeft als uitgangspunt dat alle Nederlanders zijn getroffen door het coronavirus; sommigen zijn overleden, veel zijn ziek geworden en dragen de effecten van de ziekte nog lang bij zich. Maar er zijn ook veel mensen werkloos geworden, mensen hebben hun bedrijf failliet zien gaan en anderen hebben psychisch moeite met de nieuw ontstane situatie. Er zijn ook veel mensen geweest die juist harder hebben moeten werken. Het volgende narratief vraagt dus meer dan alleen een blik vanuit de volksgezondheid. Het vraagt om een breed sociaaleconomisch en maatschappelijk perspectief. Onderzoek zal uitwijzen of deze uitwerking aanslaat bij de doelgroepen. Dit betekent dat we niet langer kunnen volstaan met een algemeen narratief met de volksgezondheid (IC-bedden) als hoofdlijn maar naar een breder verhaal moeten waarin ook de maatschappelijke en economische factoren een belangrijke plaats krijgen.

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).

Opvangen mogelijke tweede golf

Met het zo snel en lokaal mogelijk ingrijpen, opschalen van testcapaciteit en BCO en de nadruk blijven leggen op het naleven van de basisprincipes van hygiëne, de maatregelen voor bezoek en evenementen willen we het virus zo lang mogelijk beheersbaar te houden. Mocht er onverhoopt toch een tweede grote uitbraak zijn, 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, een snel op te schalen IC-capaciteit is het vooral van belang dat het zorgpersoneel weer voldoende hersteld is 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 waar dit wenselijk is omdat het de kwaliteit van zorg ten goede komt. Tijdens de coronacrisis bood digitale zorg een mogelijkheid om zorg te continueren, maar ook in de toekomst met personeelskrapte biedt digitale zorg mogelijkheden.
- Samenwerking in de zorgketen (uitbreiding ROAZ, opzetten RONAZ, etc.). Het is belangrijk om deze samenwerking te continueren om ook reguliere zorg 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 bevat maatregelen om tot borging en verbetering te komen van de punten die door de experts als belangrijkste lessen naar voren zijn gebracht om in tijden van crisis een tweede golf aan te kunnen. Bijvoorbeeld: het opleiden en behoud van personeel, de samenhang tussen regionale en landelijke coördinatie en informatie-uitwisseling tussen de zorgpartijen.

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

- Om zorg beter te coördineren is meer en actuelere data nodig.
- Het is belangrijk dat mensen hun zorgprofessional weten te vinden en daar ook naartoe durven (blijven) gaan. De experts hebben aangegeven dat de communicatie hiervoor beter kan. Werk met een gelaagde communicatiestrategie; regionaal is volgend aan de landelijke boodschap, maar met ruimte voor maatwerk wat passend is bij de regio. Maatwerk is ook nodig bij de verschillende doelgroepen.
- De experts hebben aangegeven dat het van nut kan zijn 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.

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 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 van 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 op hetzelfde niveau kan blijven.

Daarvoor is het noodzakelijk dat er voldoende wordt getest en getraceerd zodat we tijdig een uitbraak zien aankomen en maatregelen kunnen treffen. Tegelijkertijd moeten er voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, hulpmiddelen en geneesmiddelen beschikbaar zijn en moet er voldoende zorgpersoneel inzetbaar zijn.

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 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, heb ik 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.

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 ik uw Kamer op 30 juni 2020 heb 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 antivirus is) verhoogd naar 1350. De daarbij behorende klinische bedden stijgt evenredig. Hier bovenop kan snel flexibel 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 boven-regionaal of naar Duitsland te verspreiden (en om goed inzicht te hebben in waar nog bedden beschikbaar zijn) wordt gereed gemaakt.

Daarnaast geldt er voor ziekenhuizen een inspanningsverplichting om de reguliere

zorg op peil te houden. 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.

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

Tegelijkertijd willen we de mogelijkheden verkennen 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.

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.

Persoonlijke beschermingsmiddelen

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Samenwerking tussen overheid, GGD-GHOR/ROAZ, fabrikanten/leveranciers en zorginstellingen in de aanpak van de tekorten.
- Betrekken van zoveel mogelijk kennis en expertise uit het veld bij kwesties rondom inkoop, kwaliteit enzovoort.
- Het in stand houden van de ijzere voorraad om ontstane tekorten aan te kunnen vullen.

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

- Duidelijkheid creëren over rollen en verantwoordelijkheden in de voorbereiding op een toekomstige golf, vooral bij de verdere uitwerking van het LCH, de ijzere voorraad en bijbehorende strategie.
- Beter zicht op informatie/data over de toekomstige vraag naar PBM, en daarbij niet alleen kijken naar theoretisch verbruik op basis van RIVM-richtlijnen in al dan niet grote zorginstellingen, maar ook bij andere PBM-gebruikers zoals politie, brandweer en de waterschappen.
- Meer instructie op het gebied van PBM-gebruik.

Aan het begin van de coronapandemie steeg het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen explosief en ontstond er als gevolg daarvan mondiale schaarste. Zorginstellingen waren niet meer in staat hun persoonlijke beschermingsmiddelen via reguliere kanalen te verkrijgen, en hebben toen het ministerie van VWS verzocht de regie te pakken op de inkoop en de verdeling ervan. Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) werd opgericht, een samenwerking van verschillende partijen die tot doel had zoveel mogelijk beschermingsmiddelen van de juiste kwaliteit in te kopen om te voorzien in de aanvullende vraag van zowel de langdurige als de curatieve zorg.

Deze samenwerking in het LCH willen wij behouden. Het bundelen van de kennis en expertise van de verschillende betrokken partijen op het gebied van inkoop, logistiek en kwaliteit, heeft enorm geholpen om het tekort aan beschermingsmiddelen op te lossen.

Inmiddels heeft het LCH voldoende voorraden beschermingsmiddelen voor de gehele zorg beschikbaar voor een mogelijke tweede golf, en zijn ook zorginstellingen zowel in de langdurige als curatieve zorg bezig hun eigen voorraden uit te breiden. De functie van de ijzere voorraad met beschermingsmiddelen is om toekomstige pieken in gebruik, of tekorten op de markt, op te kunnen vangen. Maar hiermee is het probleem niet opgelost, zoals experts in het kader van het *Lessons Learned* project hebben aangegeven. De mondiale markt voor beschermingsmiddelen is dynamisch en daarom blijft

voortdurende monitoring van die markt evenals snel kunnen 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 ze momenteel uit om ze te implementeren in een LCH 2.0.

Naast het aanleggen van een ijzeren voorraad proberen we onze afhankelijkheid van buitenlandse beschermingsmiddelen te verminderen door te kijken naar mogelijkheden om zelf tot productie van beschermingsmiddelen over te gaan. Inmiddels zijn hiervoor diverse productielijnen actief of worden verkend. Dit voornemen correspondeert met het advies van de experts. Samenwerking met andere Europese lidstaten is hierbij mogelijk. Ik informeer u hierover nog nader in september.

Mensen met een kwetsbare gezondheid en kwetsbare groepen

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Duidelijke maatregelen en een goede naleving daarvan nastreven
- Zorgen voor voldoende beschermende middelen (PBM) en testen.
- Domein overstijgende samenwerking; samenwerking PG-domein met acute zorg en VVT sector (RONAZ).
- Centrale regie op hoofdlijnen/maatregelen met regionale/lokale improvisatie en reactie
- Reageren op de crisis door bedrijven en organisaties mogelijk maken door goede financiële afspraken en maatwerk
- Oog houden voor positieve ontwikkelingen van Corona (sommige kwetsbare mensen zijn empowered (wat betekent dat concreet, is vage term))
- Het maatschappelijk initiatief benutten (burgerinitiatieven, vrijwilligers)

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

- Zorg voor perspectief. Geef aan dat we naar een nieuwe normaal zoeken dat zeker een jaar gaat duren ??
- Dat vraagt om een heldere, zo eenvoudig mogelijke, stabiele, generieke basis van maatregelen → is
- Die basis mag lokaal tot aanpassingen leiden als er een uitbraak is. Maar altijd gestoeld op deze generieke basis. En zorg dat lokaal eenvoudiger op- en afgeschaald kan worden
- Laat organisaties (cliënten, patiënten, ouderen, zorg, gemeenten, GGZ, etc.) op deze solide basisstrategieën ontwerpen en hun verantwoordelijkheid nemen
- Accepteer hierin een bandbreedte, nuance en creativiteit.
- Biedt mensen handelingsperspectief
- Ondersteun dit met gerichte heldere communicatie.

Vanaf het begin van de uitbraak is de strategie van het kabinet gericht op het maximaal controleren van het virus. Daarbij staan twee doelen centraal: het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid en zorgen dat de zorg niet overbelast raakt. Het gaat hier om mensen in risicogroepen die na

een besmetting een grotere kans hebben op een ernstig verloop van de ziekte. 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. 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 het nieuwe normaal, belangrijk is. We hebben ook gezien dat, terwijl sommige kwetsbare mensen juist sterker uit de eerste golf zijn gekomen, er ook nieuwe kwetsbaarheden zijn ontstaan, bijvoorbeeld onder jongeren. Ook 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 via Maatschappelijke Diensttijd voor mensen met een kwetsbare gezondheid.

Om van andere landen te leren over de langdurige zorg, heeft Vilans bijgehouden welke maatregelen andere landen treffen. Vilans⁹ 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. 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 passende regionale en lokale maatregelen als de besmettingsgraad oploopt. Communicatie en beleid gaan we meer toespitsen op specifieke groepen.

⁹ Zie www.vilans.nl.

Diversiteit, is ook in de groep van mensen met een kwetsbare gezondheid, groot en verdient meer aandacht.

In onze brief van 16 juli¹⁰ is uw Kamer geïnformeerd over de lessen die we hebben geleerd voor **verpleeghuizen** (zie het tekstkader hieronder voor een samenvatting).

Geleerde lessen 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. De basis(veiligheid) op orde in alle verpleeghuizen.

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

Deze lessen bevatten een aantal uitgangspunten die breder gelden. Zoals de beschikbaarheid van voldoende beschermingsmiddelen en testen en aandacht voor kwaliteit van leven, zingeving. Dit moet allemaal worden bekeken in een goede balans met afwegingen ten aanzien van de gezondheid en het belang van fysieke ontmoeting en contact. Heldere, eenvoudige, eenduidige en waar nodig specifieke communicatie. Organisatie van patiënten, cliënten en ouderen, zorgorganisaties en gemeenten kunnen, binnen het nieuwe normaal, strategieën maken of verder uitwerken vanuit de eerste golf 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, maatschappelijk initiatief en sociale ondersteuning, intervisie en delen van best practices. Jeugdhulpaanbieders maakten ieder hun eigen afweging of zij de hulp konden continueren, wat tot verwarring leiden bij jongeren en gezinnen. Hier is nog winst te behalen door gezamenlijk met veldpartijen op te

¹⁰ Kamerstuknummer 25295-461

trekken en sector brede afwegingskaders consistent te gebruiken. We moeten ook blijven zoeken naar nieuwe mogelijkheden zoals de vlucht die digitalisering heeft genomen tijdens de eerste golf. Dit vraagt goed overleg met de ROAZ, waarbij we om moeten kunnen gaan met een zekere bandbreedte in de uitvoering.

Op basis van de ervaringen van de eerste golf en gesprekken met veel organisaties en experts, komt het kabinet tot maatregelen voor kwetsbare mensen. Er is behoefte aan perspectief. Kwetsbare mensen en hun omgeving, moeten op de brede basis van maatregelen en met dit perspectief, zelf zoveel mogelijk in staat worden gesteld hun eigen nieuwe normaal in te richten. Dit geldt voor zowel kwetsbare ouderen, mensen met chronische ziekte en kwetsbare jongeren. Het is belangrijk om hierbij vooral te kijken naar wat er wél kan. Met hulp van anderen, hun naasten, en gesteund door bovengenoemde organisaties moet men eigen regie kunnen voeren, zodat op een voor hen veilige manier kan worden deelgenomen aan het dagelijks leven. Door experts is dit wel maatschappelijk empowerment genoemd. We moeten met hen het gesprek daarover voeren.

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

- 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, jeugdbescherming, veilig thuis, onderwijs respijtzorg en voor de ondersteuning van mantelzorgers¹¹. 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 zullen we blijven actualiseren als daar aanleiding toe is.
- We hebben persoonlijke beschermingsmiddelen geregeld voor mantelzorgers, die intensieve mantelzorg verlenen, PGB gefinancierde informele zorg en medewerkers in de palliatieve zorg. Deze middelen worden door het ministerie van VWS gefinancierd. Die voorraad is op orde.

¹¹ Ter illustratie: voor de jeugdhulp heeft de stuurgroep zorg voor de jeugd en corona afgelopen zomer alle eerdere gemaakte afwegingskaders, handreikingen, protocollen en Q&A's waar nodig geactualiseerd (<https://www.nji.nl/coronavirus>).

- Met de gedragsunit van het RIVM, de communicatiedirecties van VWS en het Rijk 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 blijf ik ook gericht 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 wat voor 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. Deze vragen en concept-antwoorden zijn voorgelegd aan het RIVM ter toets. Hiermee kan men specifiek de eigen achterban gericht informeren.
- In juni is uw Kamer geïnformeerd over de "COVID-19-strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte¹²: 'een veilige terugkeer naar het gewone leven'". Aan die strategie geef ik uitvoering samen met de organisaties. Op dit moment wordt ook 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, door 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. Dat conceptplan wordt momenteel besproken met organisaties in de Verzorging en Verpleging Thuis (VVT) en seniorenorganisaties. Daarbij is ook differentiatie van belang; de ene oudere is de andere niet.
- 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. En dat onze

¹² Kamerstuknummer 2020D21817

kinderen, jongeren en jongvolwassenen zich voldoende, in veiligheid, kunnen ontwikkelen middels scholing, sport, stages, bijbaantjes en contact met leeftijdsgenoten.

Nederland telt 5,3 miljoen kinderen, jongeren en jongvolwassenen t/m 27 jaar. Van deze groep jongeren (tot 18 jaar) krijgt 1 op de 8 jongeren tot 18 jaar een vorm van jeugdhulp. Met organisaties uit het jeugddomein zijn de volgende lessen getrokken:

Geleerde lessen over jeugd

Les 1: Jeugd vraagt om passende oplossingen: Jongeren zijn zelf minder kwetsbaar voor het coronavirus, maar kunnen wel een rol spelen in de verspreiding van het virus. Daarom moeten we met hen oplossingen vinden ter bescherming van henzelf én anderen in onze samenleving.

Les 2: Kinderen, jongeren en jongvolwassenen hebben contact nodig om zich te ontwikkelen: In de verschillende fasen van die ontwikkeling hebben zij stimulans, uitdaging en begeleiding nodig. Hiervoor is o.a. nabijheid en warmte van ouders, professionals en anderen nodig. Onderwijs en sport spelen hierbij een belangrijk rol.

Les 3: Kinderen en jongeren in kwetsbare omstandigheden lopen méér risico op negatieve gevolgen: deze coronacrisis heeft een bijzondere impact op het welbevinden van kwetsbare jongeren en jongeren in kwetsbare omstandigheden zoals armoede, huiselijk geweld en het langdurig combineren van thuiswerk en thuisonderwijs. Dit kan een direct effect hebben op het welbevinden en de ontwikkeling en op de kansengelijkheid.

Wat gaan we anders doen bij mogelijke tweede coronagolf?

- 1) We gaan naast de medische en economische perspectieven nog meer kijken naar het welbevinden en ontwikkelingsmogelijkheden van jongeren. Dit kan door hen zoveel mogelijk de ruimte te geven voor contacten, onderwijs en beweging.
- 2) We gaan verder met domeinoverstijgend samenwerken met alle partijen in het jeugddomein om op een integrale wijze naar de leefwereld van jongeren te kijken. Professionals hebben dit tijdens de coronacrisis versneld al in gang gezet met het ontschot 'community based' werken.
- 3) Beleid en communicatie doen we samen mét kinderen, jongeren en jongvolwassenen.

De maatregelen die bij de eerste coronagolf zijn genomen zijn niet alleen ingrijpend geweest voor mensen in instellingen, mensen met een beperking of chronische ziekte maar ook voor ouderen thuis, kwetsbare jongeren, arbeidsmigranten, dak- en thuislozen en mantelzorgers. Zorg en ondersteuning zijn vaak afgeschaald of mensen durfden geen zorg thuis toe te laten. Een belangrijke voorziening als dagbesteding kon vaak niet meer (op de gebruikelijke manier) plaatsvinden. 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 huidige situatie, belangrijk is. We hebben ook gezien dat, terwijl sommige kwetsbare mensen juist sterker uit de eerste golf zijn gekomen, er ook nieuwe kwetsbaarheden zijn ontstaan, bijvoorbeeld onder jongeren. Ook 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.

Afsluitend

onderbouwing van de maatregelen en ook over de vraag wat een acceptabele balans is, zullen ook in de toekomst verschillen van inzicht blijven bestaan. Het kabinet blijft luisteren naar de verschillende opvattingen en is hier transparant over, en zal in de toekomst duidelijker maken hoe deze integrale afweging wordt gemaakt.

Het kabinet heeft het traject van lessen trekken als zeer nuttig ervaren en zal de betrokken experts dan ook op gezette tijden blijven benaderen.

We vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,
Minister VWS,
Minister MZS
Minister JenV

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
4. Gijs van Loef - zorgstelsexpert Platform Betrouwbare Zorgcijfers
5. [5.1.2e] - adviseur H2Oké Water & Gezondheid Advies
6. Marino van Zelst - promovendus Organisiatiewetenschappen 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 LUMC
9. [5.1.2e] - correspondent Ontcijferen bij De Correspondent

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

1. [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] - Hoogleraar Economie van de Volksgezondheid Rijks Universiteit Groningen & Wetenschappelijk Directeur AJSPH
6. Marco Zannoni - directeur COT
7. [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 Uiversiteit Groningen
11. Esther Metting, epidemioloog en psycholoog, universitair docent en onderzoeker Astma en COPD Primary Care group, UMC Groningen
12. Eveline Crone, hoogleraar Developmental Neuroscience in Society, hoofd SYNC lab
13. Hans Boutellier – wetenschappelijk adviseur Verwey Jonker instituut, hoogleraar Veiligheid & Veerkracht VU Amsterdam

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

1. Armand Girbes - hoogleraar intensivcaregeneeskunde en klinisch farmacoloog VU Amsterdam
2. Frans Nollet - hoogleraar - afdelingshoofd revalidatie UMC Amsterdam
3. Hans van der Hoeven – hoogleraar infectieziekten Radboud instituut voor Health Sciences, intensivist IC afdeling
4. Iwan van der Horst Intensivist/cardioloog and wetenschappelijk hoofddocent Critical Care - Rijksuniversiteit Groningen
5. [5.1.2e] [5.1.2e] Meijer – bestuurder De Hoogstraat Revalidatie
6. Lieke Poot – afdelingshoofd, klinisch fysicus Isala, voorzitter NVFK

7. Marcel Olde Rikkert – hoogleraar klinische geriatrie, faculteit Medische Wetenschappen, Donders Center of Medical Neurosciences, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud Universiteit Nijmegen
8. [5.1.2e] Brouwers – revalidatiearts De Hoogstraat Revalidatie
9. Rowan Marijnissen – verpleegkundige en voorzitter V&VN

Alleen position paper:

1. [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] - 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 [5.1.2e]
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] - geriater en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
2. Carlo Schuengel - hoogleraar orthopedagogiek faculteit gedrags en bewegingswetenschappen - Vrije Universiteit Amsterdam
3. Diande Veldman - directeur/bestuurder Patientenfederatie Nederland
4. [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] - 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] - huisarts Amsterdam, betrokken bij het Roer moet Om
3. [5.1.2e] lid RONAZ, bestuursvoorzitter tante Louise, lid bestuur ActiZ
4. [5.1.2e], CEO/oprichter health-ecore, bestuurslid Veroz, Bestuurslid NADP, onderzoeker UMCG
5. [5.1.2e], interim-voorzitter bestuur V&VN
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] - Voorzitter Raad BeroepsBelangen Federatie Medisch Specialisten, anesthesioloog Alrijne Ziekenhuis

Alleen position paper

11. [5.1.2e] [5.1.2e]

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

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

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

1. Andries Kevenaar - eigenaar Medstone internationaal inkoopplatform voor apothekers
2. [5.1.2e] - Programmamanager FME Zorg
3. [5.1.2e] - arts verstandelijk gehandicapten
4. [5.1.2e] - programmamanager Inkoop samenwerking NFU
5. [5.1.2e] [5.1.2e] - expert crisismanagement en security management en onderdeel disasterunits EUCPT - ERU en UNDAC
6. [5.1.2e] [5.1.2e] - beleidsmedewerker Ketenregie GHOR Amsterdam-Amstelland:
7. [5.1.2e] - directeur Firevand
8. Murvin Chan - accounthouder Noodhulpteams bij het Rode Kruis
9. Pepijn van der Broek - coördinator PBM GGD GHOR Nederland:
10. [5.1.2e] - manager Nefemed
11. [5.1.2e] - teamlead logistics Air National Consortium Relief Goods, CISO SkyTeam

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] - project Manager CEGEKA BUSINESS SOLUTIONS
5. Christian Hoebe - bijzonder hoogleraar Sociale Geneeskunde - School for Public Health - Universiteit Maastricht
6. [5.1.2e] - Voorzitter Nederlandse vereniging Infectieziektebestrijding
7. John Jacobs - Medisch data scientist ORTEC
8. [5.1.2e] Professor Emerging and Zoonotic Viruses - Wageningen Bioveterinary Research
9. [5.1.2e] [5.1.2e] - Associate Professor/head health economics section Vrije Universiteit Amsterdam

Alleen position paper

10. [5.1.2e] [5.1.2e] - arts-microbioloog - Sanquin Bloedvoorziening & AMC afd. Klinische Virologie
11. Marc [5.1.2e]

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] - Hoogleraar Economie van de Volksgezondheid Rijks Universiteit Groningen & Wetenschappelijk Directeur AJSPH
3. [5.1.2e] [5.1.2e] - Chief Executive UCLH 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:

- 2 tafels burgers
- 1 tafel jongeren
- 1 tafel mensen die beroepsmatig last hadden van lockdown

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