

## Factsheet bezoekregeling verpleeghuizen

Alle verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg zijn gesloten voor bezoek en voor alle anderen die niet nodig zijn in de basiszorg. In de stervensfase of vergelijkbare omstandigheden kan een instelling incidenteel afwijken van deze maatregel. Dit duurt tot en met 19 mei. De bezoekregeling verpleeghuizen was ingegeven door de noodzaak om bewoners en zorgverleners te beschermen tegen COVID-19 en om verdere verspreiding van het virus te voorkomen. De persoonlijke en sociale impact is groot. Voor mensen in de laatste fase van hun leven en voor hun naasten is onderling contact van essentieel belang.

### Perspectief bieden

De COVID-crisis zal nog langere tijd aanhouden. De bezoekregeling is zijn huidige vorm wordt op de langere termijn ondraaglijk voor bewoners en hun naasten. Daarom is het bieden van perspectief noodzakelijk. De bezoekregeling wordt gefaseerd en gecontroleerd versoepeld.

### **Fase 1 "vooruit leren"**

- De beoogde startdatum is 11 mei 2020.
- De verantwoordelijke directeur Publieke Gezondheid van een regio benadert een zorgorganisatie met een verzoek tot deelname.
- Per GGD-regio mag één locatie meedoen.
- De betreffende locatie maakt een inhoudelijk plan voor de invulling van de landelijk geldende randvoorwaarden.

### Randvoorwaarden organisatie:

- De organisatie is vrij van besmettingen
- Monitoring van besmettingen met COVID-19
- Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen
- Strikte naleving (hygiëne-) richtlijnen van het RIVM
- Voldoende testcapaciteit
- Voldoende personeelsbezetting
- Instemming van de cliëntenraad, verpleegkundig adviesraad/professionele adviesraad, ondernemingsraad, specialist ouderengeneeskunde en management van de betreffende locatie
- Deelname aan landelijke COVID-registratie in verpleeghuizen

### Randvoorwaarden bezoek:

- Afspraken over frequentie en duur van het bezoek.
- Het bezoek bestaat uit één vaste bezoeker per bewoner
- De bezoeker is vrij van klachten die kunnen duiden op COVID-19 of andere klachten
- Het bezoek vindt plaats op 1,5 meter afstand
- Er wordt enige toezicht op het bezoek gehouden

### **Fase 2 "opschalen naar meer locaties"**

- In de week van 20 mei besluit over start tweede fase
- Indien de ervaringen uit fase 1 positief zijn dan mogen per 25 mei bij meer verpleeghuislocaties bezoek plaatsvinden
- Zorgorganisaties kunnen zich tegen die tijd melden bij de directeur Publieke Gezondheid van hun GGD-regio.
- Ook deze organisaties moeten voldoen aan de gestelde randvoorwaarden voor organisatie van de bezoekregeling.

Het uiteindelijke perspectief is dat de huidige bezoekregeling voor geheel Nederland versoepeld wordt.

### **Cijfers**

- Schatting is dat bij ongeveer 10(20) bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd (stand 4 mei)

- (10)(2c) mensen hiervan zijn overleden
- Op 1 januari woonden er zo'n (10)(2c) mensen in een verpleeghuis wat betekent dat bij ongeveer 6% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en iets meer dan 2% van de bewoners is overleden.
- Het aantal locaties waar sprake is van een bevestigde besmetting van 1 of meer personen is bijna (10)(2c). Dit is ongeveer 40% van het totaal aantal verpleeghuislocaties in Nederland.
- Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen of verdenkingen hiervan neemt per week af. Dit geldt ook voor het aantal mensen dat is overleden en het aantal meldingen van 'nieuwe verpleeghuislocaties' met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting.

## 2. Testen

In een eerder advies heeft het OMT gesteld dat versoepeling van maatregelen pas mogelijk is als er voldoende capaciteit is voor het testen van mensen met klachten en de daaropvolgende bron- en contactopsporing. Daarnaast moeten de effecten van de versoepelingen nauwgezet gemonitord worden om mogelijk opflakkeren van het virus snel te detecteren en de kop in te drukken. Doel van het kabinet in deze (controle)fase is om de circulatie van het virus op een bestendig laag peil te houden. Gelet op de moeilijk detecteerbare aard van het virus is een uitgebreid test- en surveillancesysteem daarom noodzakelijk.

### a) *Uitbreiding testbeleid*

Vanaf begin april is het testen bij klachten op medewerkers in de zorg en patiënten uit risicogroepen gericht. Het Nederlandse testbeleid is inmiddels laagdrempelig: een kleine 10% van de uitgevoerde tests is positief, dat lag 4 weken geleden nog op 29%. De huidige daling van het aantal mensen met klachten dat getest wordt is conform de schattingen van het RIVM. Eerdere signalen over problemen bij het testen van zorgmedewerkers werkzaam buiten het ziekenhuis lijken niet meer aan de orde: zo blijkt uit een poll onder de leden van Actiz dat 95% geen problemen ervaart bij het testen van zorgmedewerkers.

Nu de maatregelen voor bepaalde sectoren in de samenleving worden versoepeld wordt ook het testbeleid uitgebreid. Per 30 april jl. is testen door de GGD bij jeugdtrainers mogelijk. Per 6 mei kan personeel in het primair onderwijs en de kinderopvang door de GGD getest worden. Voor kinderen geldt dat ze thuis moeten blijven bij klachten die passen bij coronavirus. In het geval van meerdere gevallen van verdenking op coronavirus meldt de school en/of kinderopvangorganisatie het bij de GGD als er 3 of meer kinderen in een groep zijn met klachten van neusverkoudheid en/of hoesten en/of koorts. De GGD stelt vervolgens onderzoek in en test indien nodig. Ook voor de contactberoepen die per 11 mei weer van start gaan wordt testen mogelijk.

Voor de continuïteit van de zorg is het belangrijk dat ook zorgverleners die thuis zorg en ondersteuning leveren getest kunnen worden, zoals mantelzorgers en vrijwilligers in de palliatieve zorg thuis en PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners. Deze groepen kunnen zich, op basis van een nieuwe richtlijn, laten testen per 18 mei. Ook Wmo- gefinancierde hulp (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, mensen werkzaam in de dagbesteding, begeleiding, of vrouwen- of maatschappelijk opvang) en de jeugdhulp kunnen worden getest. De RIVM LCI-richtlijn is hiertoe uitgebreid. Hiermee acht ik de Kamervragen 2020Z07555 van de leden Hijink en Marijnissen (SP) van 28 april jl. beantwoord. Hiermee geef ik ook invulling aan de toezegging van het lid Krol (50PLUS) om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om ook mantelzorgers te testen op het coronavirus. Ik ben ten slotte van plan om OV-medewerkers en medewerkers van politie, BOA's, en marechaussee per 18 mei te laten testen bij klachten. Het testbeleid voor deze sector wordt nog verder uitgewerkt.

Met al deze doelgroepen zal het aantal testen per dag ruim binnen de beschikbare capaciteit uitkomen. De ontwikkeling van het aantal testen per dag in april kwam goed overeen met de schattingen gebaseerd op modellering van het RIVM over de incidentie van luchtweginfecties. Dat geeft het vertrouwen dat we ons testbeleid kunnen baseren op deze schattingen, al blijven er onzekerheden. In het belang van snel bron- en contactonderzoek (zie onder) is voor alle doelgroepen het criterium losgelaten dat sprake moet zijn van 24 uur klachten. De LCI-richtlijnen worden hierop aangepast.

### b) *Iedereen met klachten testen*

Bovenstaande is een opmaat naar uitbreiding van het testbeleid in juni tot alle volwassen die klachten hebben. Volgens de schattingen van het RIVM leidt het testen van alle volwassenen met klachten tot een testvraag van ca 28.000 testen per dag in de maand juni, oplopend tot 31.000 in september.

De afgelopen weken is met man en macht voorgesorteerd op verruiming van het testbeleid door de testcapaciteit op te schalen. Ik kan u de volgende resultaten melden; Er zijn inmiddels meer dan 50 laboratoria gevalideerd voor Covid-19 diagnostiek. Deze testcapaciteit kan alleen optimaal worden benut wanneer testmaterialen en monsterstromen flexibel worden verdeeld. Hiertoe zijn zeven regionale clusters van medische microbiologische laboratoria (MMLs) ingericht en 8 pandemielabs aangesloten die met name de monsterstroom vanuit de GGD zullen opvangen. Een nieuw ICT-systeem voor laboratoria en GGD'en faciliteert en vereenvoudigt dit proces. Deze extra capaciteit kan naar verwachting in de loop van juni operationeel zijn, mits alle stappen goed verlopen. Ik verwacht hiermee te kunnen voldoen aan het testen van iedereen met klachten in juni. Het streven is 1 juni, al zijn er nog veel afhankelijkheden. Dit is een flinke ambitie en ik hou de komende weken dan ook goed de vinger aan de pols om te kijken of de voorbereidingen goed lopen. Hiermee acht ik mijn toezegging uit het debat van 22 april jl. aan het lid Jetten (D66) over de inschatting van de benodigde testcapaciteit bij uitbreiding van het testbeleid afgedaan.

Het is een reëel scenario dat het aantal COVID-achtige klachten in het najaar toeneemt, omdat mensen in het najaar over het algemeen meer luchtwegklachten hebben. Om voorbereid te zijn op de stijging van de vraag naar testen in het najaar verken ik verdere terugvalopties om de capaciteit verder te verruimen. Daaronder vallen ook innovatieve methoden zoals gepoold testen, het gebruik van nieuwere moleculaire testprotocollen en andere innovaties zoals de mogelijkheid om het virus te meten in adem. Met een forse uitbreiding van het testbeleid gaat ook een substantieel financieel beslag gepaard.

#### c) Bron- en contactonderzoek

Opsporing van de verspreiding van het virus is van groot belang om de circulatie ervan zo laag mogelijk te houden. In de nieuwe fase zal het testen daarom gecombineerd moeten worden met intensief bron- en contactonderzoek. Daarmee spoor je besmette personen en de herkomst van de besmetting zo snel mogelijk op zodat voorkomen wordt dat anderen worden besmet. Bron- en contactonderzoek is een belangrijke taak van de GGD. Vanaf 12 maart is de richtlijn voor bron- en contactonderzoek gewijzigd omdat het virus inmiddels zo breed verspreid was. Het brononderzoek werd vanaf dat moment losgelaten, maar het contactonderzoek liep door. Het onderzoek is in die periode vooral gericht geweest op kwetsbare mensen. Inmiddels voeren alle GGD'en contactonderzoek uit in flink opgeschaalde vorm en bereiden ze zich voor op verdere opschaling. Het OMT heeft in zijn laatste advies **het nieuwe protocol bron- en contactopsporing gepubliceerd en geaccordeerd**. Met dit protocol wordt **een actiever bron- en contactonderzoek voorgeschreven**. Bovendien wordt geadviseerd dat **huisgenoten van bevestigde patiënten 14 dagen in strikte thuisquarantaine gaan**. Vandaag is het nieuwe protocol gepubliceerd. De GGD'en hebben zich hierop voorbereid en zijn klaar voor verdere opschaling.

Bij bovenstaande kunnen digitale toepassingen behulpzaam zijn. Daarbij gaat het om digitale ondersteuning van bron- en contactonderzoek en ook van bijvoorbeeld vroegtijdige detectie of medische begeleiding op afstand. Met bovenstaande geef ik invulling aan de motie van het lid Heerma c.s. waarin de regering wordt verzocht om een uitgebreid en effectief bron- en contactonderzoek beleid voor te bereiden, en de kamer hierover zo snel als mogelijk te informeren.<sup>1</sup> Met bovenstaande acht ik ook de Kamervragen van het lid Asscher (PvdA) over een alternatief voor een corona-app beantwoord.<sup>2</sup>

#### d) Digitale ondersteuning

Om de epidemiologische behoeften en eisen aan digitale ondersteuning in kaart te brengen heb ik de GGD verzocht een **Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19**<sup>3</sup> in te richten. De Taskforce heeft inmiddels een programma van eisen opgesteld voor ondersteuning van contactonderzoek door de GGD. Een tweede programma van eisen is in ontwikkeling, namelijk voor thuisrapportage in het kader van "early warning". Ik houd er rekening mee dat er nog meer verzoeken om digitale ondersteuning zullen komen van de Taskforce. Hiertoe richt ik **binnen mijn**

<sup>1</sup> Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 282.

<sup>2</sup> Kenmerk 2020Z07145.

<sup>3</sup> In de Taskforce hebben het RIVM, de GGD, virologen en epidemiologen zitting

ministerie een programma Realisatie digitale ondersteuning in. Dit programma zal worden ondersteund door diverse overheidsonderdelen met veel ervaring met het ontwikkelen, beproeven en beheren van digitale toepassingen - bijvoorbeeld de DigiD-app - en door deskundigen van buiten de overheid. Ik zal mij ook laten adviseren door een begeleidingscommissie en een gedragswetenschappelijke taskforce die is samengesteld door het RIVM. Ook betrek ik vele experts, vanuit bijvoorbeeld de AP en het NCSC, bij het traject. Als eerste zal in het programma gewerkt worden aan een "proof of concept" voor digitale ondersteuning van contactonderzoek op basis van het opgestelde programma van eisen. Dit zal leiden tot een open source app op basis van het afgelopen week door Apple en Google gepubliceerde "framework". Ik verwacht u in de tweede helft van mei te kunnen informeren over de eerste resultaten.

Voor de digitale ondersteuning van "thuis rapporteren" zijn in de marktconsultatie drie categorieën naar voren gekomen. Deze geef ik elk een andere opvolging:

- **Ondersteuning van de GGD en het RIVM in het kader van vroegtijdige detectie**  
De Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19 bereidt hiertoe, zoals hierboven gemeld, een programma van eisen voor. Op basis daarvan zal ik besluiten over de realisatie en opvolging. Ik verwacht u hierover in de tweede helft van mei te kunnen informeren.
- **Vroegtijdige diagnostiek en opvolging van klachten in de eerste en tweede lijn**  
Uit de marktconsultatie blijkt dat er al veel verschillende oplossingen in de zorg in gebruik zijn. Ik adviseer instellingen voor medisch specialistische zorg en huisartsen die nog geen begeleiding aanbieden, dit wel te realiseren. Zij kunnen bijvoorbeeld te rade gaan bij hun koepelorganisatie of bij collega's die al wel begeleiding op afstand bieden.
- **Algemene toepassingen voor mensen zelf zoals Thuisarts.nl**  
Hierbij adviseer ik het gebruik van toepassingen die gebaseerd zijn op de RIVM-richtlijnen. U kunt daarbij bijvoorbeeld denken aan thuisarts.nl en aan apps die beschikbaar zijn gesteld in de GGD Appstore ([www.ggdappstore.nl](http://www.ggdappstore.nl)).

#### *Intensiveren surveillance*

Doel van surveillance is inzicht te verkrijgen in de ontwikkeling en verspreiding van het virus en daarmee ook input voor de vraag of we onze maatregelen moeten bijstellen. Daarvoor zet ik verschillende instrumenten in die dit inzicht geven en waarmee we vragen kunnen beantwoorden als: hoe verspreidt het virus zich, loopt het aantal besmettingen op, hoe ontwikkelt de RO zich, zijn er verschillen tussen regio's?

De basis van de surveillance is de meldplicht bij een A-ziekte. Ik vul dit aan met andere vormen van monitoring, zoals de NIVEL peilstations, die op basis van het advies van het OMT uitgebreid zal worden, syndroomsurveillance, de sterfte monitoring, de monitoring van bezetting IC capaciteit, de virologische dagstaten en de infectieradar.

Ook werk ik aan beter inzicht in het aantal en type besmettingen bij instellingen, het incorporeren van de gegevens die door huisartsen verzameld worden, het onderzoek naar aanwezigheid van COVID-19 in rioolwater, het uitbreiden van peilstations en het toevoegen van serologische surveillance. Ook deze gegevens zijn belangrijk voor aanscherping van het beeld. Al deze gegevens komen beschikbaar voor het RIVM en daarmee voor het totaalbeeld. Het verloop van de verspreiding van het virus is namelijk een belangrijk meetlat waarop we beoordelen of we maatregelen kunnen versoepelen of moeten overgaan tot strengere maatregelen.

Omdat de beschikbare indicatoren met vertraging informatie geven adviseert het OMT anonieme data van telecomproviders beschikbaar te maken. Ik heb daarvoor, na overleg met de autoriteit persoonsgegevens, de telecomproviders gevraagd hun data ten behoeve van de wetenschappelijke behoefte van het RIVM aan het RIVM ter beschikking te stellen.

e) *Serologische testen*

Het OMT adviseert sterk in te zetten op serologische surveillance. De taskforce serologie heeft advies gegeven over de strategie rond serologisch testen met de kennis van nu. Dit advies behelst inzet op drie componenten: 1) populatie-brede representatieve studies; 2) specifieke populatiestudies (bijvoorbeeld bij zorgwerkers); en 3) inzet voor individuele patientendiagnostiek.

Momenteel is het nog onbekend hoe het zit met het verband tussen het hebben van antistoffen na besmetting en de mate en duur van (volledige) bescherming tegen her-infectie. De taskforce serologie adviseert daarom vooralsnog om serologische testen niet toe te passen voor het veilig verklaren van individuen. De taskforce serologie adviseert om in te zetten op vervolgonderzoeken naar de relatie tussen antistoffen en immuniteit. Dit zijn langdurige studies met meerdere meetmomenten. Er wordt internationaal samengewerkt om zo snel mogelijk een goed beeld te krijgen van de rol van de antistoffen.

Vrijdag 1 mei jl. zijn testmaterialen Nederland binnengekomen voor ongeveer een miljoen serologische testen. Op advies van het RIVM heb ik mij gericht op een bepaalde serologische test, een zogenaamde ELISA test. Deze hoeveelheid testen is toereikend om per direct in te zetten voor aanvullende diagnostiek bij zieke patiënten als dat nodig is; voor de bevolkingsonderzoeken die nu al lopen; en om gericht onderzoek uit te voeren op het dichten van lacunes in kennis zoals hierboven beschreven. Ik neem het advies van de taskforce over inzet op de verschillende componenten over. De taskforce geeft hier verdere invulling aan.

Ondanks dat zowel het RIVM als de IGJ adviseren en waarschuwen voor het gebruik van de serologische sneltesten, zijn er signalen dat deze testen worden verkocht en toegepast. Ik wil benadrukken dat de verkoop van dergelijke corona-sneltesten aan consumenten voor thuisgebruik niet is toegestaan. Vooral omdat de uitslag bij individuele personen kan zorgen voor schijnveiligheid wat gevaarlijk kan zijn zowel voor de persoon in kwestie als de samenleving. De inspectie houdt actief toezicht naar aanbieders van testen en handhaaft indien daar aanleiding toe is. De inspectie werkt daarbij samen met de FIOD en het Openbaar Ministerie. De inspectie vult haar rol als markttoezichthouder deels in door in de gaten te houden welke testen (verplicht) worden aangemeld bij het CIBG/Farmatec en deels onderzoekt de inspectie systematisch of aanbieders van testen op de Europese markt zich houden aan de geldende wetgeving. De inspectie identificeert daarnaast door meldingen van derden en door proactieve web-searches potentieel malafide testen en aanbieders. Deze informatie wordt onderling gedeeld tussen de inspectie en collega toezichthouders van andere lidstaten van de Europese Unie. Op deze manier heeft de inspectie een actueel en integraal beeld van de testen op de Europese markt. Met bovenstaande acht ik Kamervragen (2020Z07032) van de leden Marijnissen en Hijink (SP) van 20 april 2020 beantwoord.

*f) Geen eigen risico voor coronatest*

Tijdens het Kamerdebat van 8 april jl. over de ontwikkelingen rondom het coronavirus, heb ik naar aanleiding van een vraag van het lid Van Kooten-Arissen (vKA) toegezegd dat ik met verzekeraars in gesprek zou gaan over de informatievoorziening op hun websites over het betalen van eigen risico voor een coronatest. Naar aanleiding van gesprekken met huisartsen, GGD en verzekeraars kan ik u melden dat de kosten van de diagnostiek bij deze patiëntgroepen vergoed worden uit het Openbare Gezondheidszorgbudget, ook als de huisarts de test afneemt. De kosten komen niet ten laste van de zorgverzekering van de patiënt en hij betaalt dus ook geen eigen risico. Ik heb met verzekeraars gesproken over deze financieringsroute en hen verzocht om de informatie op hun websites daarop aan te passen.

**Spreeklijn testen – BCO – digitale ondersteuning**

- Nu we voorzichtig de maatregelen gaan versoepelen, is het belangrijk om te testen en traceren.
- Zo kunnen we in afwachting van de beschikbaarheid van een vaccin het virus onder controle houden en kleine opflakkingen van besmettingen snel weer de kop indrukken. Zo beperken we het aantal besmettingen zo veel mogelijk.
- Daarom starten we in deze maand met het toevoegen van steeds meer doelgroepen aan het testbeleid; vandaag personeel in het onderwijs, de kinderopvang, de contactberoepen als die weer opstarten, 18 mei mantelzorgers, politie, justitie en marechaussee en OV personeel.
- Vanaf juni willen we alle volwassenen met klachten testen. Dit is mogelijk door uitbreiding van het aantal betrokken laboratoria, aanschaf van nieuwe machines en materialen, mede met dank aan de Speciaal Gezant, en herinrichting van het testlandschap. Hiermee verwachten we de vraag die volgens het RIVM kan oplopen tot rond de 30.000 aan te kunnen.
- Er spelen hier wel afhankelijkheden, zoals de tijdige levering van machines en materialen en het inregelen van een nieuw IT-systeem waarmee we monsterstromen kunnen leiden naar labs die capaciteit hebben.

- De GGD'en staan vanaf juni klaar om alle volwassenen met klachten te testen en uitgebreid en intensief bron- en contactonderzoek te doen als iemand besmet is.
- Zoals u weet onderzoek ik de mogelijkheden van de introductie van digitale middelen die een bijdrage kunnen leveren aan het bestrijden van deze pandemie.
- Met digitale ondersteuning van het bron- en contactonderzoek van de GGD kunnen mogelijk meer mensen sneller bereikt worden.
- Ik stel harde eisen op het gebied van informatieveiligheid, privacy, grondrechten, nationale veiligheid en toegankelijkheid;
- En ik wil dat het gebruik vrijwillig (motie Ouwehand) en voor wat betreft de traceerapp anoniem is.
- Ik zet ten eerste in op het doordenken van de mogelijke digitale ondersteuning en daarnaast op het slim realiseren ervan.
- Met het programma Realisatie digitale ondersteuning zet ik in op digitale ondersteuning van
  - 1) preventie en detectie,
  - 2) van bron- en contactonderzoek na besmetting, en
  - 3) van diagnostiek en begeleiding op afstand van patiënten.
- De nieuwe Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19 van de GGD stuurt dit programma aan. Zij

formuleert epidemiologische behoeften en eisen aan digitale ondersteuning.

- Voor de gedragswetenschappelijke aspecten heeft het RIVM op mijn verzoek een Gedragwetenschappelijke Taskforce samengesteld.
- In het traject laat ik mij gevraagd en ongevraagd adviseren door een begeleidingscommissie en betrek ik vele experts bij het traject (AP, NCSC etc.)
- Het programma wordt ondersteund door de Dienst ICT Uitvoering (DICTU) van het ministerie van EZK. DICTU heeft veel ervaring met het ontwikkelen en beheren van digitale toepassingen zoals de DigiD-app.
- Ik verwacht u in de tweede helft van mei te kunnen informeren over de eerste resultaten.

**Spreekschets testen – BCO – digitale middelen**

- Nu we voorzichtig de maatregelen gaan versoepelen, is het belangrijk om te testen en traceren.
- Zo kunnen we in afwachting van de beschikbaarheid van een vaccin het virus onder controle houden en kleine opflakkingen van besmettingen snel weer de kop indrukken. Zo beperken we het aantal besmettingen zo veel mogelijk.
- Daarom starten we in deze maand met het toevoegen van steeds meer doelgroepen aan het testbeleid; vandaag personeel in het onderwijs, de kinderopvang, de contactberoepen als die weer opstarten, 18 mei mantelzorgers, politie, justitie en marechaussee en OV personeel.
- Vanaf juni willen we alle volwassenen met klachten testen. Dit is mogelijk door uitbreiding van het aantal betrokken laboratoria, aanschaf van nieuwe machines en materialen, mede met dank aan de Speciaal Gezant, en herinrichting van het testlandschap. Hiermee verwachten we de vraag die volgens het RIVM kan oplopen tot rond de 30.000 aan te kunnen.
- Er spelen hier wel afhankelijkheden, zoals de tijdige levering van machines en materialen en het inregelen van een nieuw IT-systeem waarmee we monsterstromen kunnen leiden naar labs die capaciteit hebben.

- De GGD'en staan vanaf juni klaar om alle volwassenen met klachten te testen en uitgebreid en intensief bron- en contactonderzoek te doen als iemand besmet is.
- Zoals u weet onderzoek ik de mogelijkheden van de introductie van digitale middelen die een bijdrage kunnen leveren aan het bestrijden van deze pandemie.
- Met digitale ondersteuning van het bron- en contactonderzoek van de GGD kunnen mogelijk meer mensen sneller bereikt worden.
- Ik stel harde eisen op het gebied van informatieveiligheid, privacy, grondrechten, nationale veiligheid en toegankelijkheid;
- En ik wil dat het gebruik vrijwillig (motie Ouwehand) en voor wat betreft de traceerapp anoniem is.
- Ik volg twee sporen: 1) doordenken van de mogelijke digitale ondersteuning; en 2) het slim realiseren ervan.
- Ik richt een programma Realisatie digitale ondersteuning in. Dat heeft drie doelen: digitale ondersteuning van 1) preventie en detectie, 2) van bron- en contactonderzoek na besmetting, en 3) van diagnostiek en begeleiding op afstand van patiënten.
- De nieuwe Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19 van de GGD stuurt dit programma aan. Zij formuleert epidemiologische behoeften en eisen aan digitale ondersteuning.

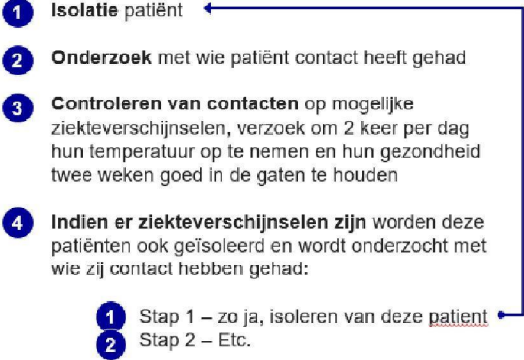
- Voor de gedragswetenschappelijke aspecten heeft het RIVM op mijn verzoek een Gedragwetenschappelijke Taskforce samengesteld.
- In het traject laat ik mij gevraagd en ongevraagd adviseren door een begeleidingscommissie en betrek ik vele experts bij het traject (AP, NCSC etc.)
- Het programma wordt ondersteund door de Dienst ICT Uitvoering (DICTU) van het ministerie van EZK. DICTU heeft veel ervaring met het ontwikkelen en beheren van digitale toepassingen zoals de DigiD-app.
- Ik verwacht u in de tweede helft van mei te kunnen informeren over de eerste resultaten.

## Factsheet

<b>Onderwerp: Stand van zaken Testcapaciteit en testbeleid</b>	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omdat het onderwijs en de kinderopvang binnenkort starten, kan personeel in deze sectoren bij klachten getest worden door de GGD. Hier is voldoende ruimte voor.</li> <li>• Vanaf half juni kan iedereen met klachten getest worden.</li> <li>• Momenteel bereiden we ons daarop voor.</li> <li>• Grootschalig testen in combinatie met bron- en contactonderzoek is belangrijk om effectief het virus te controleren in afwachting van de beschikbaarheid van een vaccin. Zo signaleren we opflakkingen en kunnen we die snel de kop indrukken.</li> <li>• Hoewel er nog enkele afhankelijkheden zijn, lijkt het erop dat er voldoende testmateriaal beschikbaar is om alle mensen met klachten te testen.</li> </ul> <p>Testcapaciteit en materialen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het aantal testen per dag lijkt de afgelopen week iets af te nemen, dit lag vorige week tussen een minimum van rond de 2000 tot een maximum van 5329 op 29-4.</li> <li>• Een stijging in het aantal testen per dag door de steeds verdere uitbreiding van het testbeleid kan worden opgevangen door de meer dan 50 laboratoria, als er voldoende voorraad afname- en testmaterialen is.</li> <li>• Er zijn inmiddels meerdere orders in proces en alles bij elkaar lijkt het erop dat we de komende periode goed zitten op de beschikbaarheid van testmateriaal en afnamemateriaal. Dit vraagt wel volop actie vanuit de taskforce.</li> <li>• De LCT houdt via de Taskforce Diagnostiek overzicht van de voorraden en signaleert dreigende tekorten. Er wordt gewerkt in 7 regionale clusters om de regionale samenwerking te verbeteren. Bij tekorten volgt actie door: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Herverdeling van schaarse middelen tussen laboratoria</li> <li>○ Verleggen van monsterstromen tussen labs</li> <li>○ Inkoop via het Landelijk Coördinatiecentrum Hulpmiddelen</li> <li>○ productie in eigen land: hierbij speelt de Speciaal Gezant een belangrijke rol.</li> </ul> </li> </ul> <p>Rol GGD'en</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De GGD'en zijn sinds 6 april gestart met testen van zorgwerkers met klachten. Na opstartproblemen lijkt dit nu goed te verlopen. Het aantal testen dat door de GGD'en wordt afgenomen loopt terug en ook het totaal aantal testen loopt terug.</li> <li>• Er is dus ruimte voor meer testen. DPG'en hebben in hun overleg aangegeven dat ze de mogelijkheid hebben om iedereen te testen tot 30.000 testen per dag per juni. Aandachtspunt daarbij is de administratieve afhandeling.</li> <li>• De GGD werkt samen met betrokken partijen (bedrijfsartsen en arbodiensten) aan de ontwikkeling van een IT-systeem, waardoor doorverwijzing geautomatiseerd wordt en informatiestromen tussen labs en betrokken zorgverleners makkelijker lopen. De verwachting is dat dit voor een verbetering gaat zorgen.</li> </ul> <p>Toekomstig testbeleid</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Richting de transitiefase is het testbeleid een van de essentiële pijlers die nodig is om de maatregelen af te schalen.</li> <li>• In de brief aan de TK wordt aangegeven dat ook jeugdtrainers, personeel in het primair onderwijs en de kinderopvang en mantelzorgers, PGB gefinancierde zorgwerkers, vrijwilligers in de palliatieve zorg, WMO-gefinancierde medewerkers en jeugdhulp kunnen getest worden bij klachten. Ook het testen van personeel in het OV wordt ingeregeld met een voorgenomen start per 18 mei.</li> <li>• Per half juni is de inzet om iedereen met klachten te testen. Deze grootschalige inzet op testen in combinatie met bron- en contactonderzoek is een belangrijke</li> </ul>

	<p>voorwaarde om de controlefase in te gaan. In deze fase willen we de verspreiding tot een minimum beperken in afwachting van een vaccin.</p> <p><b>Serologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De taskforce serologie adviseert over inzet van serologische testen; <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Specifieke groepen (zoals zorgmedewerkers, mantelzorgers, personen met verhoogd risico op ernstig beloop, leraren, vitale infrastructuur)</li> <li>○ Onderzoek op populatieniveau (RIVM, Sanquin, Erasmus MC, LUMC en evt aanvullend)</li> <li>○ Specifieke gevallen van diagnosestelling of therapieën.</li> </ul> </li> <li>• Dit advies wordt overgenomen en aan de TK is gemeld dat er 1 miljoen serologische testen beschikbaar is om hierop in te zetten.</li> </ul>
Argumentatie	<p><b>Governance</b></p> <p>De opdracht van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit is om de huidige testcapaciteit zo goed mogelijk in te zetten, om alternatieve mogelijkheden binnen bestaande labs te onderzoeken, om de testcapaciteit uit te breiden en om een loket in te richten om alle aanbiedingen of leads te beoordelen.</p> <p>Deelnemers aan de structuur zijn de Taskforce Diagnostiek met de NVMM (10)(2e), de koepel van leveranciers Diagned en het RIVM. Deze Taskforce coördineert en levert adviezen en informatie aan de Stuurgroep (RIVM, NVMM en VWS). De Stuurgroep heeft dagelijks onderling contact en de Taskforce wekelijks. Speciaal gezant (10)(2e) sluit waar mogelijk of nodig aan bij het dagelijks overleg in de stuurgroep. De stuurgroep rapporteert dagelijks via sitraps over de stand van zaken.</p>
Politieke afspraken (regerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)	
Feiten&cijfers	<p>Het aantal testen afgenomen door de GGD'en neemt iedere week iets af (week 6-4 9400; week 13-4 8700 en week 20-4 5130 totaal). De verwachting is dat deze aantallen weer toenemen met de openstelling van het testbeleid voor de nieuwe doelgroepen.</p> <p>Er zijn leveringen gegarandeerd voor 6 maanden voor in totaal 17.250 testen/dag. Daarnaast lopen onderhandelingen over het vastleggen van toegezegde garanties van nog eens 17.350 testen per dag. In totaal verwachten we dat voldoende testkits beschikbaar zullen zijn om in totaal 34.600 testen per dag te kunnen uitvoeren. Er zijn nu meer dan 50 gevalideerde labs. Met alle inspanningen tezamen lijkt het mogelijk om in de maand juni 30.000K testen/dag af te kunnen nemen. Hierbij zijn wel enkele afhankelijkheden.</p> <p>Inschattingen van het RIVM geven aan dat het testen van iedereen met klachten tot maximaal 30.000 testen per dag in juni zal leiden en dat dit in het najaar door het voorkomen van meer luchtwegklachten op kan lopen tot 70.000 per dag. Een poll onder Actiz leden laat zien dat 95% tevreden is over de rol van de GGD en de interne organisatie bij het testen van zorgwerkers werkzaam buiten het ziekenhuis.</p>
Overig (zoals heikele punten en pers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is enige discussie over de inzet van de HPV labs voor COVID-19 diagnostiek. Deze diagnostiek moet tzt ook weer opgestart en het is de vraag of de labs nodig zijn voor de COVID-19 diagnostiek.</li> <li>• Er blijft discussie over het achterblijven van het aantal testen en hierover verschijnen regelmatig nieuwsberichten. Het gegeven dat er door</li> </ul>

	seizoenseffecten veel minder luchtwegklachten zijn, lijkt nog niet goed geland te zijn.
--	---

Factsheet Modellen	
Kernboodschap	<p><b>Algemeen</b></p> <p>De afgelopen periode van de intelligente lockdown hebben we gebruikt om te zorgen dat er bij het versoepelen van de maatregelen weer overal klassieke bron- en contactopsporing kan worden uitgevoerd, door het</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- omlaag brengen van de aantallen besmette mensen</li> <li>- opbouwen van de capaciteit voor bron- en contactopsporing bij GGD-en</li> </ul> <p>Op termijn kan dit ook ondersteund worden met digitale middelen zoals een app die, zoals de Raad voor Volksgezondheid ook adviseert, ook verantwoordelijkheid bij burgers zelf legt. Bron- en contactonderzoek wordt in samenhang met grootschalig testen belangrijk in de overgangsfase om de situatie goed te monitoren en opflakeringen van het virus snel de kop in te drukken.</p>
Achtergrond	<p>De GGD voert contactonderzoek rond een bevestigde patiënt uit met als doel het inlichten van contacten en hen extra te wijzen op het belang van een goede hygiëne, thuis blijven en laten testen bij klachten.</p>  <ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>Isolatie patiënt</b></li> <li>2 <b>Onderzoek met wie patiënt contact heeft gehad</b></li> <li>3 <b>Controleren van contacten op mogelijke ziekteverschijnselen, verzoek om 2 keer per dag hun temperatuur op te nemen en hun gezondheid twee weken goed in de gaten te houden</b></li> <li>4 <b>Indien er ziekteverschijnselen zijn worden deze patiënten ook geïsoleerd en wordt onderzocht met wie zij contact hebben gehad:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Stap 1 – zo ja, isoleren van deze patiënt</li> <li>2 Stap 2 – Etc.</li> </ol> </li> </ol>
Overig (zoals heikele punten en pers)	<p>De indruk is ontstaan dat door de energie die naar de app is gegaan te weinig tijd en aandacht is besteed aan het opschalen van de klassieke bron en contactopsporing. Dat is niet aan de orde. De apps zijn hulpmiddelen en dienen ter ondersteuning van het werk van de GGD. Bron en contactonderzoek is een belangrijke hoofdtak van de GGD en dit doen ze bij alle gevallen van besmettelijke infectieziekten.</p> <p>Daarnaast is de indruk ontstaan dat de GGD het nut van bron- en contactopsporing niet helemaal ziet. Dat zij wachten op een opdracht van het kabinet. Dat is niet juist, het gaat om afspraken met het kabinet b.v. over financiering van de enorme extra inzet maar de GGD is eigenstandig verantwoordelijk voor bron- en contactopsporing op basis van de LCI richtlijn.</p> <p>De uitspraken van enkele vertegenwoordigers van de GGD over <i>'ik weet niet hoe nuttig de inzet van heel veel mensen is'</i> zijn eerder te verklaren uit een 'bemoei je er eens niet allemaal mee' statement, tegenover de voorbeelden uit Duitsland van kamerleden waaruit zou blijken dat het daar allemaal beter geregeld zou zijn en dat we hulp in zouden moeten roepen van de WHO. Van enige echte twijfel over</p>

het nut van bond- en contactopsporing is bij de GGD dan ook geen sprake.
--

### **Bron en contactopsporing**

#### Voor 12 maart

bron en contactopsporing vooral gericht op het voorkomen van insleep (testen van mensen die in 'besmet gebied' zijn geweest en opsporen van infectieketens.

#### Vanaf 12 maart

12 maart OMT advies:

#### *8. Contactonderzoek en testbeleid*

*In verband met de nieuw ontstane epidemiologische situatie, de hoge werkdruk en dreigende schaarste van testmateriaal en persoonlijke beschermingsmiddelen, heeft het OMT besloten om de indicaties voor testen aan te passen. Het brononderzoek wordt losgelaten. Het contactonderzoek bij bevestigde gevallen richt zich op het alert maken van personen uit de risicogroepen, zodat zij bij klachten snel getest worden en snel medische zorg krijgen bij het ontwikkelen van complicaties.*

*Indicaties voor testen:*

- *personen uit de risicogroepen: ≥70 jaar en personen met onderliggende medische condities (indicatie voor de jaarlijkse griepvaccinatie);*
- *bij een ernstig ziektebeeld, gepaard gaande met koorts én respiratoire symptomen (hoesten, benauwdheid);*
- *zorgmedewerkers: zie <https://www.rivm.nl/coronavirus/covid-19/informatie-voor-professionals>.*

*Voor ziekenhuizen geldt het NVZ-beleid voor zorgmedewerkers (<https://www.rivm.nl/coronavirus/covid-19/informatie-voor-professionals>) en voor patiënten het laagdrempelige testbeleid van het eigen ziekenhuis.*

*Personen terugkerend uit gebieden met wijdverspreide transmissie komen bij ontwikkeling van symptomen alleen in aanmerking voor testen als zij aan*

*bovenstaande indicatie voldoen. Hen wordt wel gevraagd uit voorzorg sociale contacten te beperken gedurende 14 dagen na het verlaten van het risicogebied. Dit betekent ook niet op bezoek te gaan bij anderen/ouderen, thuis te werken en kinderen niet naar school en/of kindercentra te laten gaan.*

Daar is ook het BCO beleid op aangepast.

Vanaf 12 maart 2020 richt het contactonderzoek van de GGD zich vooral op de groepen kwetsbare patiënten. Bronopsporing heeft geen prioriteit meer. De GGD voert contactonderzoek rond een bevestigde patiënt uit met als doel het inlichten van contacten, met name uit groepen met een verhoogde kans op ernstig beloop, en hen extra te wijzen op het belang van een goede hygiëne en thuis blijven bij klachten. NB dit beleid moet in samenhang gezien worden met de lock down situatie, waarin mensen al geacht werden thuis te blijven.

#### Vanaf vandaag

We gaan geleidelijk en gecontroleerd sectoren in de samenleving openstellen. Daarom gaan we landelijk weer volop klassieke contactopsporing doen, dat is ook mogelijk vanwege het lage aantal nieuwe besmettingen. Er is wel sprake van een relatief hoog uitgangsniveau van besmettingen, reden dat de GGD flink opgeschaald is. De adviezen voor contacten zijn ook aangescherpt: contacten blijven 14 dagen thuis, huisgenoten blijven 14 dagen in thuisquarantaine. Dat is nodig omdat we maatregelen stapsgewijs, heel voorzichtig, gaan versoepelen.

#### Wat hebben de GGD's in de afgelopen periode gedaan

Veel GGD-en deden natuurlijk al veel bron- en contactopsporing, in een enigszins aangepaste vorm, sommige meer passief door de besmette patiënt brieven voor zijn contacten mee te geven anderen meer actief, door alle contacten zelf na te bellen.

#### **Regionale verschillen**

**Wat betekent het dat het OMT nu zegt dat mensen twee dagen voordat ze symptomen krijgen ook besmettelijk zijn?**

Antwoord

Het OMT definieert de besmettelijke periode als 2 dagen voor het ontstaan van klachten tot 24 uur nadat men klachtenvrij is.

Dit betekent voor het testbeleid: we roepen de doelgroepen met klachten op zich meteen te laten testen, en niet 24 uur te wachten. Voor het aantal mensen dat getest moet worden maakt dit geen verschil.

Uit meer onderzoek blijkt nu dat rond de eerste ziektedag de hoeveelheid virus het best te meten blijkt te zijn.

Voortschrijdend inzicht.

En we moeten er nu –zeker nu we andere maatregelen loslaten- r zo snel mogelijk bij zijn met het BCO

#### Technische briefing 25 maart

*Er is altijd een kans dat het virus in de neus of keel aanwezig is, wanneer er geen klachten zijn. Deze periode is kort. In deze fase is doorgeven van het virus niet uit te sluiten. Maar we weten niet hoeveel dit bijdraagt aan de totale verspreiding. Onderzoek hierop doen is moeilijk, want je hebt de mensen in deze presymptomatische fase niet in beeld. De essentie is wel, bij neusverkoudheid ook thuis moet blijven. Goed handen wassen is hierbij heel belangrijk.*

#### OMT

##### 20 april

*Het OMT is van mening dat het risico voor de volksgezondheid beheersbaar is in het geval van beroepsgroepen die normaliter gebruik maken van beschermingsmiddelen, zoals tandartsen en mondhygiënisten. Er is binnen het OMT nog geen consensus over de vraag of het verantwoord is om het verbod op het uitoefenen van de overige contactberoepen op te heffen. Het knelpunt hierbij is de onduidelijkheid over de rol van presymptomatische besmetting in deze setting, en – in verband hiermee – de noodzaak van het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen buiten de zorg. Dit vraagstuk wordt verkend in een afwegingskader dat wordt opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Het komt volgende week beschikbaar en wordt in het eerstvolgende OMT besproken.*

#### In de vigerende LCI richtlijn staat

##### *Besmettelijke periode*

*In hoeverre presymptomatische transmissie bijdraagt aan de verspreiding van het virus in de praktijk is onduidelijk. In één studie was de bijdrage 12,6% (Du 2020). In verschillende modellen lopen deze schattingen uiteen van 48-62%. Op basis van de huidige literatuur zijn het voornamelijk symptomatische personen die bijdragen aan de verspreiding en lijkt de bijdrage van de asymptomatische personen en presymptomatische transmissie aan de verspreiding beperkt (Ghinai 2020, ECDC 2020c).*

**Welke gevolgen heeft het gehad dat u geen rekening hield met presymptomatische overdracht?**

We hebben wel degelijk rekening gehouden met pre-symptomatische overdracht (elke keer met de kennis van dat moment).

De belangrijkste maatregelen die we hebben genomen

- blijf zoveel mogelijk thuis
- Houdt 1,5 meter afstand
- Was heel vaak je handen

Daarmee hielden we rekening met presymptomatische overdracht. Anders was het voldoende geweest om te zeggen: blijf thuis als je ziek bent, houd afstand als je ziek bent en was je handen als je ziek bent.

**Maar waarom moesten zorgmedewerkers dan eerst 24 uur wachten alvorens ze getest konden worden?**


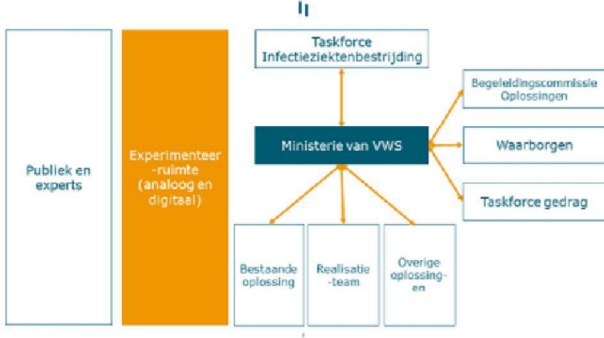
Zorgmedewerkers met klachten werden geacht thuis te blijven of, als hun klachten dit toelieten, door te werken met PBM. Hierdoor is het risico overdracht van het virus beperkt gebleven.

**Waarom meldt u nu pas dat presymptomatisch bestaat?**

In de technische briefing van 25 maart is dit al genoemd.

### Factsheet digitale ondersteuning

Onderwerp: digitale ondersteuning	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doel is door het bron- en contactonderzoek van de GGD digitaal te ondersteunen mogelijk meer mensen sneller bereikt kunnen worden.</li> <li>- Dit laat onverlet dat het reguliere bron- en contactonderzoek zo veel als mogelijk wordt uitgevoerd.</li> <li>- De inhoud is leidend. Daarom heb ik de GGD verzocht een Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19 in te richten. Zij formuleert epidemiologische behoeften en eisen aan digitale ondersteuning. De Taskforce heeft inmiddels een eerste programma van eisen opgesteld, namelijk voor ondersteuning van contactonderzoek.</li> <li>- Ik richt een programma Realisatie digitale ondersteuning op. Dit wordt ondersteund door de Dienst ICT Uitvoering (DICTU) van EZK, de Belastingdienst en de Sociale Verzekeringsbank.</li> <li>- Ik laat mij adviseren door een begeleidingscommissie en een gedragswetenschappelijke tasforce die samengesteld door het RIVM. Zo beoog ik het veilige en effectieve gebruik van eventuele digitale ondersteuningsmiddelen te waarborgen.</li> </ul> <p><b>Contactonderzoek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er wordt gewerkt aan een proof of concept voor digitale ondersteuning van contactonderzoek op basis van de eisen van de GGD.</li> <li>- een open source toepassing op basis van het recente framework van Google en Apple</li> <li>- eind mei informeert u de Kamer over het resultaat</li> <li>- Dit zijn de eerste twee maar niet de enige ondersteuningsmiddelen.</li> </ul> <p><b>"Thuis rapporten"</b></p> <p>Uit de marktconsultatie en appathon kwamen drie categorieën voorstellen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ondersteuning RIVM en GGD in het kader van vroegtijdige detectie. De Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19 heeft u gevraagd een programma van eisen op te stellen. U besluit daarop over eventuele realisatie;</li> <li>2. Diagnostisch instrument en voor opvolging van klachten in de eerste en tweede lijn. Er bleken al veel verschillende oplossingen in de zorg in gebruik. U adviseert instellingen voor medisch specialistische zorg en huisartsen die nog geen begeleiding aanbieden, dit wel te realiseren.</li> <li>3. En tot slot meer algemene toepassingen voor mensen zelf zoals Thuisarts.nl. Hierbij adviseert u het gebruik van toepassingen die gebaseerd zijn op de RIVM-richtlijnen.</li> </ol>

<p>Argumentatie</p>	<p>Alle benodigde en gevraagde expertise is betrokken in de taskforces en de begeleidingscommissie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Digitale oplossingen kunnen bijdragen aan traceren als onderdeel van contactonderzoek</li> <li>Digitale oplossingen kunnen bijdragen aan thuisrapporteren en begeleiding van een mogelijk besmette patient</li> </ul> <p>Randvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Voortbouwen op <b>bestaande</b>, volwassen "code base" is verstandig</li> <li>Lessen moeten getrokken worden uit "code base" die andere landen gebruiken</li> <li>Originele/huidige ontwikkelaars van deze "code bases" moeten in direct contact staan met bouwteam</li> <li>Inbouwen van de Google en Apple COVID-19 notificatieservice is verstandig</li> <li>Belangrijkste rol van de applicatie is het ondersteunen van de GGD, waardoor wijze van gebruik anders kan uitvallen dan aanvankelijk was voorgesteld</li> <li>Brede adoptie die voortkomt uit een maatschappelijk bewustzijn en individueel verantwoordelijkheidsgevoel is noodzakelijk</li> </ul>  
<p>Politieke afspraken (regeerakkoord,</p>	<p>De conclusie van de marktconsultatie en appathon was dat de beproefde voorstellen op het gebied van traceren niet aan alle gestelde eisen voldeden. U heeft vier stappen aangekondigd, die gelijktijdig worden gezet:</p>

convenant, coalitieafspraken e.d.)	<p>(1) precisering van de epidemiologische eisen van digitale ondersteuning;</p> <p>(2) de juiste mensen samenbrengen om te komen tot goede, open source software;</p> <p>(3) zorgdragen voor waarborgen ten aanzien van informatieveiligheid, privacy, grondrechten en nationale veiligheid en</p> <p>(4) nader uitwerken wat er gedragskundig nodig is.</p>
Feiten&cijfers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Veel Nederlanders zouden een app installeren"</li> <li>• <a href="https://www.eur.nl/nieuws/nederlanders-niet-bang-voor-corona-app-vooral-jongeren-zien-geen-probleem">https://www.eur.nl/nieuws/nederlanders-niet-bang-voor-corona-app-vooral-jongeren-zien-geen-probleem</a></li> <li>• Flitspeiling: <a href="https://marketresponse.nl/nieuws/bijna-helft-nederlanders-voor-corona-app-overheid/">https://marketresponse.nl/nieuws/bijna-helft-nederlanders-voor-corona-app-overheid/</a></li> </ul> <p>Beiden uitvragen geven aan dat rond 60% een app een goed idee vinden</p> <p>25% is voorstander van verplichting</p> <p>Circa 60 % zou het zelf gebruiken</p> <p><a href="https://eenvandaag.avrotros.nl/panels/opiniepanel/alle-uitslagen/item/privacy-opgeven-voor-corona-app-is-prima-maar-liever-niet-verplicht/">https://eenvandaag.avrotros.nl/panels/opiniepanel/alle-uitslagen/item/privacy-opgeven-voor-corona-app-is-prima-maar-liever-niet-verplicht/</a> (22.000 respondenten)</p> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>(10)(2e)</span> <span>/</span> <span>(10)(2e)</span> </div>
Overig (zoals heikele punten en pers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zowel het nadenken over de beste vormen van digitale ondersteuning als de daaropvolgende realisatie vindt in alle openheid plaats (transparantie en samenwerking)</li> <li>- Uiteraard wordt de Kamer zo goed mogelijk bij dit proces betrokken.</li> <li>- Snelheid en zorgvuldigheid zullen hand in hand moeten gaan. De middelen moeten voldoen aan alle gestelde waarborgen op het gebied van informatieveiligheid, privacy, grondrechten, nationale veiligheid en toegankelijkheid.</li> <li>- Het gebruik door burgers van eventuele digitale middelen ter ondersteuning van de bestrijding van het coronavirus moeten te allen tijde vrijwillig zijn (motie Ouwehand)</li> <li>- De anonimiteit van gebruikers is geborgd in de wijze waarop een voorgestelde app technisch werkt.</li> <li>- Er zijn geen gegevens van de gebruiker nodig om zijn/haar contacten te informeren over een positief testresultaat.</li> </ul>

**Welke doelgroepen worden nu de komende tijd toegevoegd aan het testbeleid?**

- Ten eerste zijn jeugdtrainers sinds 30 april toegevoegd als doelgroep
- Vanaf 6 mei kunnen medewerkers in de kinderopvang en het onderwijs getest worden.
- Vanaf 11 mei mensen werkzaam in contactberoepen, zoals kappers, schoonheidsspecialisten, rij-instructeurs, enz.
- Vanaf 18 mei kunnen mantelzorgers, PGB-gefinancierde (in)formele zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg getest worden. Ook medewerkers in de WMO-gefinancierde zorg en in de jeugdzorg kunnen getest worden.
- Ook vanaf 18 mei kunnen medewerkers in het OV getest worden.
- Let wel; uiteraard geldt bij deze groepen dat ze getest kunnen worden bij klachten. De GGD neemt de testen af.
- In juni kan iedereen met klachten getest worden. De GGD bereidt zich hier nu op voor.

PM discussie politie en justitie.

**Waarop hangt het nu of het gaat lukken om iedereen te testen?**

- De afgelopen weken is met man en macht voorgesorteerd op verruiming van het testbeleid door de testcapaciteit op te schalen.
- Er zijn inmiddels meer dan 50 laboratoria gevalideerd voor Covid-19 diagnostiek.
- Het testlandschap is heringericht: de testcapaciteit wordt optimaal benut door het onderling verdelen van testmaterialen en monsterstromen binnen zeven regionale clusters van medische microbiologische laboratoria (MMLs).
- Een nieuw ICT-systeem waarop komende weken steeds meer laboratoria en GGD'en zullen zijn aangesloten faciliteert en vereenvoudigt dit proces. Dit maakt het voor de GGD een stuk makkelijker om op te schalen.
- De GGD'en zijn flink aan het opschalen en geven aan dat ze het aantal van rond de 30.000 testen per dag aan kunnen.
- Aanschaf van nieuwe machines en testmaterialen: door gecombineerde inspanningen van de Taskforce Diagnostiek, de Speciaal Gezant en VWS zijn inmiddels een aantal grote orders geplaatst of in voorbereiding.

**Vraag: Hoe verhoudt het Nederlandse testbeleid zich tot het testbeleid in andere landen?**

- We hebben in Nederland flinke stappen genomen met het testbeleid.
- Met de uitbreidingen naar de nieuwe doelgroepen wordt ons testbeleid logischerwijs steeds ruimhartiger, ook ten opzichte van andere landen.
- Als we vanaf juni iedereen gaan testen is dat uiteraard nog meer het geval.

### **3. Bescherming en zorg kwetsbare mensen**

#### **a) Verpleeghuiszorg**

De bezoeksregeling verpleeghuizen was ingegeven door de noodzaak om bewoners en zorgverleners te beschermen tegen COVID-19 en om verdere verspreiding van het virus te voorkomen. Het gegeven dat er nagenoeg geen nieuwe locaties met een besmetting bijkomen, laat zien dat de bezoeksregeling in combinatie met andere maatregelen effectief is. Tegelijkertijd is de persoonlijke en sociale impact groot. Voor mensen in de laatste fase van hun leven en voor hun naasten is onderling contact van essentieel belang. Er zijn al veel initiatieven opgezet om contact mogelijk maken en het belangrijk dat deze initiatieven doorgaan.

Nu het ernaar uitziet dat de COVID-crisis langere tijd gaat duren en de situatie beter onder controle lijkt door de afname van het aantal nieuwe meldingen en verdenkingen, wil het kabinet bewoners en hun naasten perspectief bieden op een **gefaseerde en gecontroleerde versoepeling van de bezoeksregeling**. Het kabinet heeft mede op basis van de expertise van de veldpartijen een voorstel voor de bezoeksregeling ingediend bij het OMT. Dat is tot stand gekomen in overleg met de sector en met actieve inbreng van een brede klankbordgroep bestaande uit bestuurders, zorgprofessionals, wetenschappers, ethici en vertegenwoordigers van bewoners en naasten. Het is ook besproken met de ANBO, KBO-PCOB en Mantelzorg Nederland. Het kabinet heeft het OMT om advies over de randvoorwaarden gevraagd. Het OMT heeft vastgesteld dat, hoewel versoepeling van de bezoeksregeling onvermijdelijk risico's met zich meebrengt, het voorstel voorziet in een weloverwogen aanpak, waarbij deze risico's door middel van een gefaseerde en gecontroleerde aanpak worden geminimaliseerd.

Het kabinet heeft daarop besloten **in iedere GGD-regio een locatie te laten "vooruit leren" met een versoepelde bezoeksregeling**. De beoogde startdatum is 11 mei. De verantwoordelijke directeur Publieke Gezondheid van een regio zal deze week een zorgorganisatie benaderen met een verzoek tot deelname. De betreffende locatie maakt een inhoudelijk plan voor de invulling van de landelijk geldende randvoorwaarden.

De eerste randvoorwaarde waaraan de betreffende zorgorganisatie moet voldoen is dat de organisatie vrij is van besmettingen. Daarnaast zien de randvoorwaarden voor de organisatie onder andere op:

- Monitoring met betrekking tot besmetting met COVID-19;
- Naleving van de gestelde regels en goed zicht op welbevinden;
- Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen;
- Strikte naleving (hygiëne-) richtlijnen van het RIVM;
- Voldoende testcapaciteit;
- Voldoende personeelsbezetting.

De randvoorwaarden voor bezoekers betreffen:

- Afspraken over frequentie en duur van het bezoek;
- Het bezoek bestaat uit één vaste bezoeker per bewoner;
- Persoonlijke hygiënemaatregelen;
- De spreiding van bezoek over de dag en over de week;

- Bezoek vindt plaats op 1,5 meter afstand, ook van zorgverleners en andere bewoners en er wordt enig toezicht op het bezoek gehouden;
- Uiteraard dient de bezoeker vrij te zijn van klachten die kunnen duiden op COVID-19 of andere klachten.

ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, Verenso, V&VN en NIP zullen een handreiking opstellen over de praktische invulling van de bezoeken op lokaal niveau. Verenso heeft een notitie opgesteld voor het medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen.

In de week voorafgaand aan 25 mei wordt besloten over de tweede fase, waarin wordt opgeschaald naar meer locaties. Vervolgens gaat deze in per 25 mei. Ook deze organisaties moeten voldoen aan de gestelde randvoorwaarden voor organisatie van de bezoeken.

Het uiteindelijke perspectief is dat de huidige bezoeken voor geheel Nederland versoepeld wordt.

Voor deelname aan het "vooruit leren" is het daarnaast van belang dat de cliëntenraad, ondernemingsraad, verpleegkundig adviesraad/professionele adviesraad, het management en de specialist ouderengeneeskunde van de betreffende locatie hebben ingestemd. De directeur Publieke Gezondheid van de desbetreffende GGD-regio selecteert welke zorginstelling mag beginnen met het opdoen van ervaring met de aangepaste bezoeken.

Gelet op het afvlakkend aantal COVID-19 besmettingen en een afvlakkend aantal locaties dat voor het eerst een COVID-19-besmetting meldt, acht ik een voorzichtige stap verantwoord en vanuit het perspectief van bewoners en hun naasten wenselijk. Om tot een gecontroleerde versoepeling van de bezoeken te komen is draagvlak nodig en ik ben de partijen erkentelijk dat het is gelukt om met een invulling te komen die perspectief biedt aan bewoners en hun naasten. In mijn brief aan de veiligheidsregio's van 24 april jl.<sup>4</sup> betreffende de verlenging van de maatregelen COVID-19 zijn bepalingen voor verpleeghuizen en andere kleinschalige woonvormen in de ouderzorg opgenomen. Daarbij is aangegeven dat er een uitzondering mogelijk is voor pilotlocaties.

Met bovenstaande acht ik ook Kamervragen van het lid Kerstens (PvdA) van 29 april jl.<sup>5</sup> beantwoord. Ook mijn toezegging aan het lid Van der Staaij (SGP) over de mogelijkheden voor een bezoeken in verpleeghuizen en hier pilots voor op te zetten doe ik hiermee gestand.

#### *i. Zicht op en inzicht in ontwikkelingen verpleeghuizen*

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

- Het RIVM (peildatum 4 mei) schat dat tot nu toe bij ongeveer bijna 7.100 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ongeveer 2.150 mensen als overleden zijn gemeld.<sup>6</sup> Het totaal aantal verdenkingen van een COVID-19-besmetting

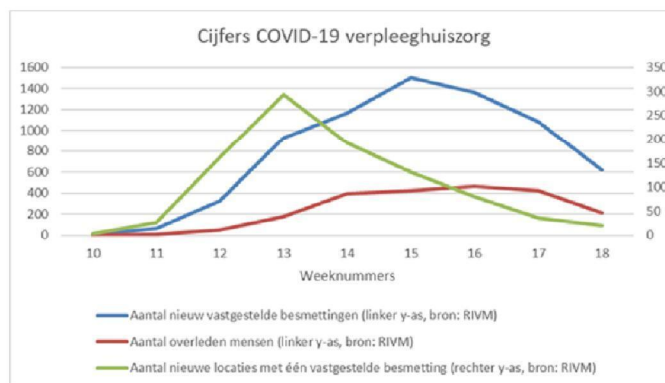
<sup>4</sup> Kenmerk 1679465-204590-PG

<sup>5</sup> Kenmerk 2020207651

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

- bedraagt ruim 4.200.<sup>7</sup>
- Op 1 januari jl. woonden circa 120.000 zeer kwetsbare mensen in een verpleeghuis. Dit betekent dat bij ongeveer 6% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en ongeveer 2% van de bewoners is overleden. Ongeveer de helft van de mensen die besmet zijn geraakt, zijn ondertussen hersteld.
- Het aantal locaties waar sprake is (geweest) van een bevestigde besmetting van 1 of meer personen is 948.<sup>8</sup> Dit is ongeveer 40% van het totaal aantal verpleeghuislocaties in Nederland.

Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen of verdenkingen hiervan neemt per week af. Dit geldt ook voor het aantal mensen dat is overleden en het aantal meldingen van 'nieuwe verpleeghuislocaties' met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting. In onderstaand figuur is deze ontwikkeling weergegeven.



*Figuur 3 Cijfers COVID-19 verpleeghuiszorg*

#### ii. Vervolgaanpak verpleeghuizen

In de uitbraakfase was de doelstelling om zo snel mogelijk het aantal nieuwe besmettingen omlaag te brengen en om te zorgen dat we kwetsbare mensen zo goed mogelijk beschermen.

Nu algemene maatregelen langzaam versoepeld worden, gaat het erom dat we de verpleeghuisbewoners zo goed mogelijk blijven beschermen. Daarvoor gaan we het volgende doen:

1. **Bijeenbrengen van de kennis die de zorgaanbieders nodig hebben** om het virus buiten de deur te houden. Deze kennis wordt opgebouwd uit onderzoek op crisisdagboeken van verpleeghuizen, algemene kennis over hygiëne en infectiepreventie, internationale voorbeelden, voorbeelden uit 'Waardigheid en Trots op locatie', de richtlijnen van o.a. het RIVM en Verenso. Deze kennis bij elkaar vormt een leidraad/checklist voor de verpleeghuizen.

bevestigde COVID-19.

<sup>7</sup> Dit cijfer komt uit registraties uit de EPD's. Omdat dit een vrijwillige registratie is, is deze registratie niet compleet. Ook hier geldt dat er sprake is van onder registratie.

<sup>8</sup> In de melding van bevestigde COVID-19 besmetting ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

2. We verspreiden de kennis en bieden ondersteuning. Als een zorgaanbieder hulp nodig heeft, bieden we 'hands on' ondersteuning via de GGD-en en 'Waardigheid en Trots op locatie'.
3. We monitoren de ontwikkeling van het virus via (1) de RIVM-gegevens, (2) de GGD-en en (3) gebruik van de kennis en ondersteuningsaanbod. Dit wordt o.a. zichtbaar via informatievoorziening op de site van de RIVM, de monitor van de GGD-en en rapportages over het gebruik van de kennis en de ondersteuning en de resultaten daarvan.

*b) Gehandicaptenzorg/bezoekregeling*

De gehandicaptenzorg kent sinds 23 maart een bezoekregeling die uitgaat van 'nee, tenzij'. Het 'tenzij' werd door zorgaanbieders tot nu toe restrictief ingevuld en beperkt gebruikt. Dit is verdedigbaar vanuit het risico op besmetting en verspreiding. Tegelijkertijd is het ingrijpend voor naasten en bewoners, voor wie naast een algemeen gevoel van gemis en eenzaamheid ook gevolgen kunnen optreden voor hun fysieke of emotionele gezondheid. Gelet op de nieuwe fase die we als samenleving ingaan, adviseert de VGN haar leden om voorzichtig toe te werken naar stapsgewijze versoepeling van de bezoekregeling. Als eerste stap heeft de VGN vanaf 29 april een nieuw, landelijk afwegingskader gepubliceerd dat meer ruimte laat om het 'tenzij' in te vullen.

Zo kan meer rekening worden gehouden met bijvoorbeeld de leeftijd, zodat verruiming van het bezoek voor kinderen onder 12 mogelijk wordt. Ook de duiding van een locatie of woning met een laag risico hoort daarbij. Daarnaast ontstaat er ook meer energie en ruimte om te werken aan alternatieve invullingen van bezoek, zoals beeldbellen, maar ook een aparte ruimte voor bezoek (bezoekershuisjes) of het ontvangen van bezoek buitenshuis. Als volgende stap wordt binnen de gehandicaptenzorg gekeken naar meer maatwerk per locatie, om zo van een 'nee, tenzij' naar een 'ja, mits' te komen. In een volgende brief informeren we u hierover nader.

*i. Zicht op en inzicht in ontwikkelingen gehandicaptenzorg*

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

- Het RIVM (peildatum 4 mei) schat in dat tot nu toe bij ruim 1.000 bewoners van gehandicaptenzorginstellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, waarvan zo'n 200 mensen zijn overleden.<sup>9</sup> Het totaal aantal verdenkingen van een COVID-19-besmetting is ruim 1.000.<sup>10</sup>
- Het aantal gehandicaptenzorglocaties waar sprake is van ten minste één bevestigde COVID-19 besmetting is zo'n 300.<sup>11</sup> Dit is ongeveer 12% van het totaal aantal locaties.

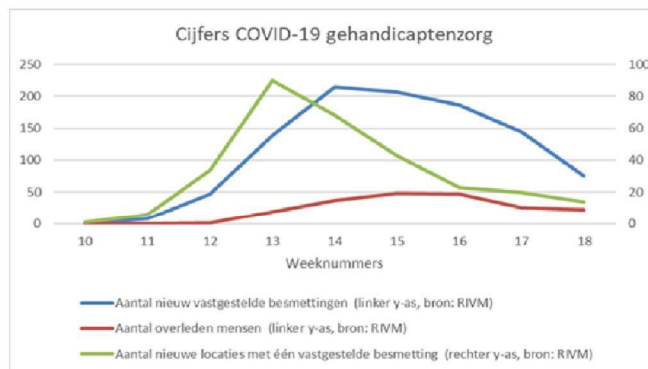
Net als bij de verpleeghuizen geldt bij de gehandicaptenzorginstellingen dat het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen of verdenkingen hiervan, per week afneemt. Dit geldt ook voor het aantal mensen dat is overleden en het aantal meldingen van 'nieuwe locaties' met minimaal één vastgestelde COVID-19 besmetting.

<sup>9</sup> Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met bevestigde COVID-19

<sup>10</sup> Dit cijfer komt uit registraties van een onlinedatabase. Omdat dit een vrijwillige registratie is, is deze registratie niet compleet. Ook hier geldt dat er sprake is van onderregistratie.

<sup>11</sup> In de melding van bevestigde COVID-19 besmettingen ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om een bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

In onderstaand figuur is deze ontwikkeling weergegeven.



*Figuur 4 Cijfers COVID-19 gehandicaptenzorg*

*c) Geestelijke gezondheidszorg (ggz)*

De impact van de huidige crisis op onze mentale gezondheid is een blijvend aandachtspunt. Mede namens de staatssecretaris van VWS wil ik de zorgprofessionals in de ggz complimenteren met het werk dat zij momenteel verzetten. Ook zij blijven zoeken naar de beste manier om mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, zo goed mogelijk te helpen.

In dat kader is het van belang dat **de richtlijn 'ggz en corona'**, die door de veldpartijen is opgesteld en is onderschreven door het RIVM, onlangs opnieuw is geactualiseerd. Op <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/ggz-en-corona-richtlijn/richtlijn> is **sinds 1 mei een nieuwe versie van de richtlijn beschikbaar**. In deze versie worden nieuwe stappen gezet voor het verder opschalen en opstarten van de geestelijke gezondheidszorg. Dat betekent onder meer dat voorwaarden worden geschetst voor het opstarten van algemene groepsbehandelingen. Dit is aanvulling op de voorwaarden voor groepsbehandelingen voor kwetsbare groepen binnen de ggz. Verder adviseert de richtlijn ambulante werkende teams om laagdrempelig weer te starten met huisbezoeken en face-to-face contact. De richtlijn beschrijft de voorwaarden waaronder dit veilig kan plaatsvinden. Het is namelijk niet altijd mogelijk of wenselijk om de zorg voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen digitaal of op afstand te leveren. Een volgende actualisatie van de richtlijn staat gepland voor 19 mei.

De structurele afstemming met de relevante veldpartijen in de ggz, zoals met uw Kamer gedeeld bij brief van 20 maart jl.<sup>12</sup> zetten wij op gepaste wijze voort. De ervaring leert dat we in de huidige

<sup>12</sup> Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25 424, nr. 526.

opzet snel kunnen acteren op signalen van veldpartijen. Ook de NZa en de IGJ zijn hierop aangesloten. De IGJ houdt, specifiek in verband met corona, structureel de vinger aan de pols bij zowel grote als kleine aanbieders in de ggz.

Een van de initiatieven die de staatssecretaris van VWS hier wil benoemen is de **inzet van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)**. De NVvP wil zo snel mogelijk kennis en inzicht verwerven om de zorg voor COVID-19 patiënten met psychiatrische problematiek te optimaliseren. Daartoe is zij bezig met de oprichting van een casusregister voor patiënten met psychiatrische problemen en een besmetting met COVID-19. Het optimaliseren van de geestelijke gezondheidszorg voor mensen met COVID-19 juicht de staatssecretaris van harte toe.

*d) Mensen met een beperking of chronische ziekte (thuis)*

De uitbraak van COVID-19 en de maatregelen die naar aanleiding daarvan zijn genomen, zijn ingrijpend voor de thuis verblijvende mensen met een beperking of chronische ziekte, alsook voor hun naasten, mantelzorgers, zorgverleners en ondersteuners. Ook zij zullen de gevolgen hiervan ervaren en daarmee moeten kunnen omgaan. Dat kunnen wij niet voor hen wegnemen. Wat wij wel kunnen doen, is hen waar nodig en mogelijk ondersteunen in deze fase. Om, in lijn met het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, onevenredige schade, uitsluiting en achterstand van mensen met een beperking of chronische ziekte vanwege COVID-19 te kunnen voorkomen en op te heffen.

Met het oog hierop vindt sinds de uitbraak **periodiek overleg met de vertegenwoordigende organisaties (Ieder(in), Per Saldo, LSR, LFB en KansPlus en MIND)** plaats waarin de ervaren problematiek wordt besproken, verhelderd en van oplossingsrichtingen wordt voorzien. Parallel aan het afspreken en uitvoeren van acties wordt samen met deze organisaties gewerkt aan een (meer integrale) **actieagenda voor deze doelgroep voor de korte en langere termijn**. Deze agenda houdt rekening met de diversiteit van deze doelgroep en beweegt mee met de inzichten en ontwikkelingen in deze en volgende fasen van de coronacrisis. In de volgende brief aan de Kamer voor het debat over corona zal ik deze actieagenda nader toelichten.

*e) Jeugd en gezin*

Het vraagt veerkracht van gezinnen om met de coronamaatregelen om te gaan. Op de website van het Nederlands Jeugdinstituut zijn voor gezinnen veel praktische tips te vinden.<sup>13</sup> Als spanningen in gezinnen hoog oplopen – ook tussen de ouders onderling – dan is het advies om tijdig contact op te nemen met de reguliere instanties voor opvoed- en relatieondersteuning, zoals de lokale gemeentelijke teams. Dit in antwoord op de vraag van het lid van der Staaij (SGP) over de inzet van relatie- en gezinstherapeuten.

Het besluit om het basisonderwijs en het buiten sporten op te starten voor kinderen en jongeren, geeft 'lucht' aan gezinnen. Vanaf 11 mei mogen kinderen en jongeren tot en met 18 jaar ook weer naar de reguliere bijeenkomsten van scouting-, cultuur-, kunst- en andere jeugdverenigingen. Daarnaast gaan ook de openbare bibliotheken weer open voor jong en oud. Het heropenen van de bibliotheken is belangrijk voor de leesbevordering en leesplezier. Dit alles natuurlijk met in achtname van de RIVM-richtlijnen.

Voor jongeren zijn de maatregelen soms wel ingewikkeld. Het is logisch dat zij veel vragen hebben: waarom mogen kinderen tot en met 12 wel zonder 1,5 meter afstand sporten en jongeren (13-18 jaar) niet? Waarom mag je niet zomaar met een groep vrienden chillen op het strand? Het

<sup>13</sup> <https://www.nji.nl/nl/coronavirus/Ouders/Dagelijks-leven/Wat-als-spanningen-thuis-oplopen-door-coronavirus-ouders>.

Nederlands Jeugdinstituut (NJI) zoekt samen met deskundigen naar antwoorden op deze en andere vragen.<sup>14</sup> Sociale en fysieke contacten zijn essentieel voor de ontwikkeling en mentale gezondheid van kinderen en jongeren. Het NJI zal op haar website en via haar sociale media kanalen extra aandacht besteden aan jongeren in aansluiting op de campagne *somber of gespannen door het coronavirus?* van de Rijksoverheid.

Er is ook een groep kinderen en jongeren voor wie een vorm van dagbesteding nodig is om te kunnen leren en ontwikkelen. Het brengt structuur, regelmaat en afleiding in hun dagelijks bestaan en ontlast de ouders en andere verzorgers of gezinsleden. Om **dagbesteding**, -opvang en dagbehandeling verantwoord te laten verlopen hebben **VWS en Nji met de meest betrokken organisaties een handreiking opgesteld**. Uitgangspunt is dat voor kinderen en jongeren die geen verkoudheidsklachten hebben zoals neusverkoudheid, loopneus, hoesten, keelpijn, koorts en/of benauwdheid de dagopvang, dagbesteding en dagbehandeling kan doorgaan.<sup>15</sup>

Oplopende spanningen in gezinnen als gevolg van de coronamaatregelen kunnen het risico op fysiek, psychisch of seksueel geweld vergroten. Om mensen hiervan bewust te laten zijn, hierover met elkaar te praten en advies te vragen is op 25 april jl. een nieuwe campagne tegen huiselijk geweld en kindermishandeling gestart. Onder het bekende motto *'Het houdt niet op, totdat je iets doet'* helpt deze campagne slachtoffers en omstanders in actie te komen bij huiselijk geweld. Op de website [Ikdoeietstegenhuiselijkgeweld.nl](http://Ikdoeietstegenhuiselijkgeweld.nl) kunnen mensen concrete tips en adviezen vinden over wat zij kunnen doen bij kindermishandeling, partnermishandeling en ouderenmishandeling. Mensen kunnen, net als anders, 24/7 (anoniem) bellen met Veilig Thuis via 0800-2000. De campagne is gericht op zowel slachtoffers als omstanders. Met het **codewoord 'masker 19'** kunnen slachtoffers van huiselijk geweld daarnaast sinds 1 mei jl. bij de apotheek een melding doen van huiselijk geweld. Als een slachtoffer de woorden 'masker 19' uitspreekt, weet de apotheker dat de klant een melding wil doen van huiselijk geweld. Daarop wordt Veilig Thuis gewaarschuwd. Het codewoord biedt zo uitkomst voor slachtoffers die in deze tijd niet naar een veilige plek kunnen om huiselijk geweld telefonisch te melden. Veilig Thuis organisaties maken zich ook zorgen over slachtoffers van huiselijk of seksueel geweld die niet zelf in staat zijn om te bellen. Er is daarom op verschillende locaties in het land gestart met het verbeteren van de online bereikbaarheid door een **chatfunctie** in te voeren. Er wordt alles aan gedaan om ook landelijk de chatfunctie komende weken gereed te hebben.

<sup>14</sup> [www.nji.nl/coronavirus](http://www.nji.nl/coronavirus)

<sup>15</sup> <https://www.nji.nl/nl/coronavirus/Professionals/Handreiking-dagopvang-dagbesteding-en-dagbehandeling>

### **Spreeklijn bezoekenregeling verpleeghuizen**

- De bezoekenregeling verpleeghuizen was nodig om kwetsbare bewoners en zorgverleners te beschermen tegen COVID-19. En om verdere verspreiding te voorkomen.
- Op dit moment komen er bijna geen nieuwe locaties met een besmetting bij. De bezoekenregeling lijkt, in combinatie met andere maatregelen, effectief.
- Maar de bezoekenregeling heeft een grote impact op het leven van bewoners en hun naasten. Het gemis van contact met naasten is groot.
- Perspectief bieden aan bewoners en naasten is daarom van belang.
- Na overleg met zorgaanbieders, verpleeghuisartsen, organisaties van cliënten en naasten, wetenschappers en ethici pas ik daarom de bezoekenregeling aan. Ik acht deze stap verantwoord gezien de afvlakking van het aantal locaties dat voor de eerste keer een besmetting met COVID-19 meldt. En ook het OMT heeft aangegeven dit een weloverwogen aanpak te vinden.
- De aanpassing doe ik voorzichtig, in drie fasen.
- **De eerste fase start op 11 mei.** Dan kunnen de eerste 25 locaties starten met het "vooruit leren" met een aangepaste bezoekenregeling.
- In iedere GGD-regio mag één locatie beginnen.
- De betreffende locatie dient vrij te zijn van besmettingen.
- Het bezoek bestaat uit één vaste bezoeker per bewoner. De bezoeker mag uiteraard zelf geen klachten hebben die duiden op COVID-19.
- Vanzelfsprekend geldt er een aantal belangrijke randvoorwaarden om het bezoek met zo min mogelijk risico te laten plaatsvinden.

- **Het kabinet besluit in de week voor 25 mei over de start van de tweede fase.**
- Mocht de bezoekenregeling in de praktijk goed werken dan is het de bedoeling dat per 25 mei bij meer verpleeghuislocaties beperkt bezoek kan plaatsvinden.
- Om ten slotte bezoek in heel Nederland weer mogelijk te maken.

**Over het huidige beeld kunt u het volgende zeggen:**

- Het RIVM schat dat op **4 mei** bij ongeveer **7.100 bewoners** van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd,
- Hiervan zijn helaas **ongeveer 2.150 mensen** als overleden gemeld.
- Op 1 januari woonden er zo'n 120.000 mensen in een verpleeghuis wat betekent dat op basis van de RIVM-cijfers bij **ongeveer 6% van de bewoners COVID-19 is bevestigd** en iets meer dan **2% van de bewoners is overleden**.
- Het **aantal locaties** waar sprake is van een **bevestigde besmetting** van 1 of meer personen **is bijna 950**. Dit is ongeveer **40% van het totaal** aantal verpleeghuislocaties in Nederland.
- Het **aantal nieuwe meldingen** van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen of verdenkingen hiervan **neemt per week af**. Dit **geldt ook** voor het aantal mensen dat is overleden en het **aantal meldingen van 'nieuwe verpleeghuislocaties'** met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting.
- Dat is positief nieuws. Door **de afname van het aantal nieuwe besmettingen per week** ontstaat namelijk ook ruimte voor een gefaseerde en gecontroleerde versoepeling van de bezoeksregeling.

## Factsheet bezoekregeling verpleeghuizen

Alle verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg zijn gesloten voor bezoek en voor alle anderen die niet nodig zijn in de basiszorg. In de stervensfase of vergelijkbare omstandigheden kan een instelling incidenteel afwijken van deze maatregel. Dit duurt tot en met 19 mei. De bezoekregeling verpleeghuizen was ingegeven door de noodzaak om bewoners en zorgverleners te beschermen tegen COVID-19 en om verdere verspreiding van het virus te voorkomen. De persoonlijke en sociale impact is groot. Voor mensen in de laatste fase van hun leven en voor hun naasten is onderling contact van essentieel belang.

### Perspectief bieden

De COVID-crisis zal nog langere tijd aanhouden. De bezoekregeling is zijn huidige vorm wordt op de langere termijn ondraaglijk voor bewoners en hun naasten. Daarom is het bieden van perspectief noodzakelijk. De bezoekregeling wordt gefaseerd en gecontroleerd versoepeld.

### **Fase 1 "vooruit leren"**

- De beoogde startdatum is 11 mei 2020.
- De verantwoordelijke directeur Publieke Gezondheid van een regio benadert een zorgorganisatie met een verzoek tot deelname.
- Per GGD-regio mag één locatie meedoen.
- De betreffende locatie maakt een inhoudelijk plan voor de invulling van de landelijk geldende randvoorwaarden.

### Randvoorwaarden organisatie:

- De organisatie is vrij van besmettingen
- Monitoring van besmettingen met COVID-19
- Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen
- Strikte naleving (hygiëne-) richtlijnen van het RIVM
- Voldoende testcapaciteit
- Voldoende personeelsbezetting
- Instemming van de cliëntenraad, verpleegkundig adviesraad/professionele adviesraad, ondernemingsraad, specialist ouderengeneeskunde en management van de betreffende locatie
- Deelname aan landelijke COVID-registratie in verpleeghuizen

### Randvoorwaarden bezoek:

- Afspraken over frequentie en duur van het bezoek.
- Het bezoek bestaat uit één vaste bezoeker per bewoner
- De bezoeker is vrij van klachten die kunnen duiden op COVID-19 of andere klachten
- Het bezoek vindt plaats op 1,5 meter afstand
- Er wordt enige toezicht op het bezoek gehouden

### **Fase 2 "opschalen naar meer locaties"**

- In de week van 20 mei besluit over start tweede fase
- Indien de ervaringen uit fase 1 positief zijn dan mogen per 25 mei bij meer verpleeghuislocaties bezoek plaatsvinden
- Zorgorganisaties kunnen zich tegen die tijd melden bij de directeur Publieke Gezondheid van hun GGD-regio.
- Ook deze organisaties moeten voldoen aan de gestelde randvoorwaarden voor organisatie van de bezoekregeling.

Het uiteindelijke perspectief is dat de huidige bezoekregeling voor geheel Nederland versoepeld wordt.

### **Cijfers**

- Schatting is dat bij ongeveer 7.100 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd (stand 4 mei)
- 2.150 mensen hiervan zijn overleden
- Op 1 januari woonden er zo'n 120.000 mensen in een verpleeghuis wat betekent dat bij ongeveer 6% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en iets meer dan 2% van de bewoners is overleden.
- Het aantal locaties waar sprake is van een bevestigde besmetting van 1 of meer personen is bijna 950. Dit is ongeveer 40% van het totaal aantal verpleeghuislocaties in Nederland.
- Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen of verdenkingen hiervan neemt per week af. Dit geldt ook voor het aantal mensen dat is overleden en het aantal meldingen van 'nieuwe verpleeghuislocaties' met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting.

## 2. Testen

In een eerder advies heeft het OMT gesteld dat versoepeling van maatregelen pas mogelijk is als er voldoende capaciteit is voor het testen van mensen met klachten en de daaropvolgende bron- en contactopsporing. Daarnaast moeten de effecten van de versoepelingen nauwgezet gemonitord worden om mogelijk opflakkeren van het virus snel te detecteren en de kop in te drukken. Doel van het kabinet in deze (controle)fase is om de circulatie van het virus op een bestendig laag peil te houden. Gelet op de moeilijk detecteerbare aard van het virus is een uitgebreid test- en surveillancesysteem daarom noodzakelijk.

### g) *Uitbreiding testbeleid*

Vanaf begin april is het testen bij klachten op medewerkers in de zorg en patiënten uit risicogroepen gericht. Het Nederlandse testbeleid is inmiddels laagdrempelig: een kleine 10% van de uitgevoerde tests is positief, dat lag 4 weken geleden nog op 29%. De huidige daling van het aantal mensen met klachten dat getest wordt is conform de schattingen van het RIVM. Eerdere signalen over problemen bij het testen van zorgmedewerkers werkzaam buiten het ziekenhuis lijken niet meer aan de orde: zo blijkt uit een poll onder de leden van Actiz dat 95% geen problemen ervaart bij het testen van zorgmedewerkers.

Nu de maatregelen voor bepaalde sectoren in de samenleving worden versoepeld wordt ook het testbeleid uitgebreid. Per 30 april jl. is testen door de GGD bij jeugdtrainers mogelijk. Per 6 mei kan personeel in het primair onderwijs en de kinderopvang door de GGD getest worden. Voor kinderen geldt dat ze thuis moeten blijven bij klachten die passen bij coronavirus. In het geval van meerdere gevallen van verdenking op coronavirus meldt de school en/of kinderopvangorganisatie het bij de GGD als er 3 of meer kinderen in een groep zijn met klachten van neusverkoudheid en/of hoesten en/of koorts. De GGD stelt vervolgens onderzoek in en test indien nodig. Ook voor de contactberoepen die per 11 mei weer van start gaan wordt testen mogelijk.

Voor de continuïteit van de zorg is het belangrijk dat ook zorgverleners die thuis zorg en ondersteuning leveren getest kunnen worden, zoals mantelzorgers en vrijwilligers in de palliatieve zorg thuis en PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners. Deze groepen kunnen zich, op basis van een nieuwe richtlijn, laten testen per 18 mei. Ook Wmo- gefinancierde hulp (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, mensen werkzaam in de dagbesteding, begeleiding, of vrouwen- of maatschappelijk opvang) en de jeugdhulp kunnen worden getest. De RIVM LCI-richtlijn is hiertoe uitgebreid. Hiermee acht ik de Kamervragen 2020Z07555 van de leden Hijink en Marijnissen (SP) van 28 april jl. beantwoord. Hiermee geef ik ook invulling aan de toezegging van het lid Krol (50PLUS) om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om ook mantelzorgers te testen op het coronavirus. Ik ben ten slotte van plan om OV-medewerkers en medewerkers van politie, BOA's, en marechaussee per 18 mei te laten testen bij klachten. Het testbeleid voor deze sector wordt nog verder uitgewerkt.

Met al deze doelgroepen zal het aantal testen per dag ruim binnen de beschikbare capaciteit uitkomen. De ontwikkeling van het aantal testen per dag in april kwam goed overeen met de schattingen gebaseerd op modellering van het RIVM over de incidentie van luchtweginfecties. Dat geeft het vertrouwen dat we ons testbeleid kunnen baseren op deze schattingen, al blijven er onzekerheden. In het belang van snel bron- en contactonderzoek (zie onder) is voor alle doelgroepen het criterium losgelaten dat sprake moet zijn van 24 uur klachten. De LCI-richtlijnen worden hierop aangepast.

### h) *Iedereen met klachten testen*

Bovenstaande is een opmaat naar uitbreiding van het testbeleid in juni tot alle volwassen die klachten hebben. Volgens de schattingen van het RIVM leidt het testen van alle volwassenen met klachten tot een testvraag van ca 28.000 testen per dag in de maand juni, oplopend tot 31.000 in september.

De afgelopen weken is met man en macht voorgesorteerd op verruiming van het testbeleid door de testcapaciteit op te schalen. Ik kan u de volgende resultaten melden; Er zijn inmiddels meer dan 50 laboratoria gevalideerd voor Covid-19 diagnostiek. Deze testcapaciteit kan alleen optimaal worden benut wanneer testmaterialen en monsterstromen flexibel worden verdeeld. Hiertoe zijn zeven regionale clusters van medische microbiologische laboratoria (MMLs) ingericht en 8 pandemie-labs aangesloten die met name de monsterstroom vanuit de GGD zullen opvangen. Een nieuw ICT-systeem voor laboratoria en GGD'en faciliteert en vereenvoudigt dit proces. Deze extra capaciteit kan naar verwachting in de loop van juni operationeel zijn, mits alle stappen goed verlopen. Ik verwacht hiermee te kunnen voldoen aan het testen van iedereen met klachten in juni. Het streven is 1 juni, al zijn er nog veel afhankelijkheden. Dit is een flinke ambitie en ik hou de komende weken dan ook goed de vinger aan de pols om te kijken of de voorbereidingen goed lopen. Hiermee acht ik mijn toezegging uit het debat van 22 april jl. aan het lid Jetten (D66) over de inschatting van de benodigde testcapaciteit bij uitbreiding van het testbeleid afgedaan.

Het is een reëel scenario dat het aantal COVID-achtige klachten in het najaar toeneemt, omdat mensen in het najaar over het algemeen meer luchtwegklachten hebben. Om voorbereid te zijn op de stijging van de vraag naar testen in het najaar verken ik verdere terugvalopties om de capaciteit verder te verruimen. Daaronder vallen ook innovatieve methoden zoals gepoold testen, het gebruik van nieuwere moleculaire testprotocollen en andere innovaties zoals de mogelijkheid om het virus te meten in adem. Met een forse uitbreiding van het testbeleid gaat ook een substantieel financieel beslag gepaard.

#### *i) Bron- en contactonderzoek*

Opsporing van de verspreiding van het virus is van groot belang om de circulatie ervan zo laag mogelijk te houden. In de nieuwe fase zal het testen daarom gecombineerd moeten worden met intensief bron- en contactonderzoek. Daarmee spoor je besmette personen en de herkomst van de besmetting zo snel mogelijk op zodat voorkomen wordt dat anderen worden besmet. Bron en contactonderzoek is een belangrijke taak van de GGD. Vanaf 12 maart is de richtlijn voor bron- en contactonderzoek gewijzigd omdat het virus inmiddels zo breed verspreid was. Het brononderzoek werd vanaf dat moment losgelaten, maar het contactonderzoek liep door. Het onderzoek is in die periode vooral gericht geweest op kwetsbare mensen. Inmiddels voeren alle GGD'en contactonderzoek uit in flink opgeschaalde vorm en bereiden ze zich voor op verdere opschaling. Het OMT heeft in zijn laatste advies **het nieuwe protocol bron- en contactopsporing gepubliceerd en geaccordeerd**. Met dit protocol wordt **een actiever bron- en contactonderzoek voorgeschreven**. Bovendien wordt geadviseerd dat **huisgenoten van bevestigde patiënten 14 dagen in strikte thuisquarantaine gaan**. Vandaag is het nieuwe protocol gepubliceerd. De GGD'en hebben zich hierop voorbereid en zijn klaar voor verdere opschaling.

Bij bovenstaande kunnen digitale toepassingen behulpzaam zijn. Daarbij gaat het om digitale ondersteuning van bron- en contactonderzoek en ook van bijvoorbeeld vroegtijdige detectie of medische begeleiding op afstand. Met bovenstaande geef ik invulling aan de motie van het lid Heerma c.s. waarin de regering wordt verzocht om een uitgebreid en effectief bron- en contactonderzoek beleid voor te bereiden, en de kamer hierover zo snel als mogelijk te informeren.<sup>16</sup> Met bovenstaande acht ik ook de Kamervragen van het lid Asscher (PvdA) over een alternatief voor een corona-app beantwoord.<sup>17</sup>

#### *d) Digitale ondersteuning*

Om de epidemiologische behoeften en eisen aan digitale ondersteuning in kaart te brengen heb ik de GGD verzocht een **Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19**<sup>18</sup> in te richten. De Taskforce heeft inmiddels een programma van eisen opgesteld voor ondersteuning van contactonderzoek door de GGD. Een tweede programma van eisen is in ontwikkeling, namelijk voor thuisrapportage in het kader van "early warning". Ik houd er rekening mee dat er nog meer verzoeken om digitale ondersteuning zullen komen van de Taskforce. Hiertoe richt ik **binnen mijn**

<sup>16</sup> Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 282.

<sup>17</sup> Kenmerk 2020Z07145.

<sup>18</sup> In de Taskforce hebben het RIVM, de GGD, virologen en epidemiologen zitting

ministerie een programma Realisatie digitale ondersteuning in. Dit programma zal worden ondersteund door diverse overheidsonderdelen met veel ervaring met het ontwikkelen, beproeven en beheren van digitale toepassingen - bijvoorbeeld de DigiD-app - en door deskundigen van buiten de overheid. Ik zal mij ook laten adviseren door een begeleidingscommissie en een gedragswetenschappelijke taskforce die is samengesteld door het RIVM. Ook betrek ik vele experts, vanuit bijvoorbeeld de AP en het NCSC, bij het traject. Als eerste zal in het programma gewerkt worden aan een "proof of concept" voor digitale ondersteuning van contactonderzoek op basis van het opgestelde programma van eisen. Dit zal leiden tot een open source app op basis van het afgelopen week door Apple en Google gepubliceerde "framework". Ik verwacht u in de tweede helft van mei te kunnen informeren over de eerste resultaten.

Voor de digitale ondersteuning van "thuis rapporteren" zijn in de marktconsultatie drie categorieën naar voren gekomen. Deze geef ik elk een andere opvolging:

- **Ondersteuning van de GGD en het RIVM in het kader van vroegtijdige detectie**  
De Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19 bereidt hiertoe, zoals hierboven gemeld, een programma van eisen voor. Op basis daarvan zal ik besluiten over de realisatie en opvolging. Ik verwacht u hierover in de tweede helft van mei te kunnen informeren.
- **Vroegtijdige diagnostiek en opvolging van klachten in de eerste en tweede lijn**  
Uit de marktconsultatie blijkt dat er al veel verschillende oplossingen in de zorg in gebruik zijn. Ik adviseer instellingen voor medisch specialistische zorg en huisartsen die nog geen begeleiding aanbieden, dit wel te realiseren. Zij kunnen bijvoorbeeld te rade gaan bij hun koepelorganisatie of bij collega's die al wel begeleiding op afstand bieden.
- **Algemene toepassingen voor mensen zelf zoals Thuisarts.nl**  
Hierbij adviseer ik het gebruik van toepassingen die gebaseerd zijn op de RIVM-richtlijnen. U kunt daarbij bijvoorbeeld denken aan thuisarts.nl en aan apps die beschikbaar zijn gesteld in de GGD Appstore ([www.ggdappstore.nl](http://www.ggdappstore.nl)).

#### *Intensiveren surveillance*

Doel van surveillance is inzicht te verkrijgen in de ontwikkeling en verspreiding van het virus en daarmee ook input voor de vraag of we onze maatregelen moeten bijstellen. Daarvoor zet ik verschillende instrumenten in die dit inzicht geven en waarmee we vragen kunnen beantwoorden als: hoe verspreidt het virus zich, loopt het aantal besmettingen op, hoe ontwikkelt de RO zich, zijn er verschillen tussen regio's?

De basis van de surveillance is de meldplicht bij een A-ziekte. Ik vul dit aan met andere vormen van monitoring, zoals de NIVEL peilstations, die op basis van het advies van het OMT uitgebreid zal worden, syndroomsurveillance, de sterfte monitoring, de monitoring van bezetting IC capaciteit, de virologische dagstaten en de infectieradar.

Ook werk ik aan beter inzicht in het aantal en type besmettingen bij instellingen, het incorporeren van de gegevens die door huisartsen verzameld worden, het onderzoek naar aanwezigheid van COVID-19 in rioolwater, het uitbreiden van peilstations en het toevoegen van serologische surveillance. Ook deze gegevens zijn belangrijk voor aanscherping van het beeld. Al deze gegevens komen beschikbaar voor het RIVM en daarmee voor het totaalbeeld. Het verloop van de verspreiding van het virus is namelijk een belangrijk meetlat waarop we beoordelen of we maatregelen kunnen versoepelen of moeten overgaan tot strengere maatregelen.

Omdat de beschikbare indicatoren met vertraging informatie geven adviseert het OMT anonieme data van telecomproviders beschikbaar te maken. Ik heb daarvoor, na overleg met de autoriteit persoonsgegevens, de telecomproviders gevraagd hun data ten behoeve van de wetenschappelijke behoefte van het RIVM aan het RIVM ter beschikking te stellen.

#### *k) Serologische testen*

Het OMT adviseert sterk in te zetten op serologische surveillance. De taskforce serologie heeft advies gegeven over de strategie rond serologisch testen met de kennis van nu. Dit advies behelst inzet op drie componenten: 1) populatie-brede representatieve studies; 2) specifieke populatiestudies (bijvoorbeeld bij zorgwerkers); en 3) inzet voor individuele patientendiagnostiek.

Momenteel is het nog onbekend hoe het zit met het verband tussen het hebben van antistoffen na besmetting en de mate en duur van (volledige) bescherming tegen her-infectie. De taskforce serologie adviseert daarom vooralsnog om serologische testen niet toe te passen voor het veilig verklaren van individuen. De taskforce serologie adviseert om in te zetten op vervolgonderzoeken naar de relatie tussen antistoffen en immuniteit. Dit zijn langdurige studies met meerdere meetmomenten. Er wordt internationaal samengewerkt om zo snel mogelijk een goed beeld te krijgen van de rol van de antistoffen.

Vrijdag 1 mei jl. zijn testmaterialen Nederland binnengekomen voor ongeveer een miljoen serologische testen. Op advies van het RIVM heb ik mij gericht op een bepaalde serologische test, een zogenaamde ELISA test. Deze hoeveelheid testen is toereikend om per direct in te zetten voor aanvullende diagnostiek bij zieke patiënten als dat nodig is; voor de bevolkingsonderzoeken die nu al lopen; en om gericht onderzoek uit te voeren op het dichten van lacunes in kennis zoals hierboven beschreven. Ik neem het advies van de taskforce over inzet op de verschillende componenten over. De taskforce geeft hier verdere invulling aan.

Ondanks dat zowel het RIVM als de IGJ adviseren en waarschuwen voor het gebruik van de serologische sneltesten, zijn er signalen dat deze testen worden verkocht en toegepast. Ik wil benadrukken dat de verkoop van dergelijke corona-sneltesten aan consumenten voor thuisgebruik niet is toegestaan. Vooral omdat de uitslag bij individuele personen kan zorgen voor schijnveiligheid wat gevaarlijk kan zijn zowel voor de persoon in kwestie als de samenleving. De inspectie houdt actief toezicht naar aanbieders van testen en handhaaft indien daar aanleiding toe is. De inspectie werkt daarbij samen met de FIOD en het Openbaar Ministerie. De inspectie vult haar rol als markttoezichthouder deels in door in de gaten te houden welke testen (verplicht) worden aangemeld bij het CIBG/Farmatec en deels onderzoekt de inspectie systematisch of aanbieders van testen op de Europese markt zich houden aan de geldende wetgeving. De inspectie identificeert daarnaast door meldingen van derden en door proactieve web-searches potentieel malafide testen en aanbieders. Deze informatie wordt onderling gedeeld tussen de inspectie en collega toezichthouders van andere lidstaten van de Europese Unie. Op deze manier heeft de inspectie een actueel en integraal beeld van de testen op de Europese markt. Met bovenstaande acht ik Kamervragen (2020Z07032) van de leden Marijnissen en Hijink (SP) van 20 april 2020 beantwoord.

*1) Geen eigen risico voor coronatest*

Tijdens het Kamerdebat van 8 april jl. over de ontwikkelingen rondom het coronavirus, heb ik naar aanleiding van een vraag van het lid Van Kooten-Arissen (vKA) toegezegd dat ik met verzekeraars in gesprek zou gaan over de informatievoorziening op hun websites over het betalen van eigen risico voor een coronatest. Naar aanleiding van gesprekken met huisartsen, GGD en verzekeraars kan ik u melden dat de kosten van de diagnostiek bij deze patiëntgroepen vergoed worden uit het Openbare Gezondheidszorgbudget, ook als de huisarts de test afneemt. De kosten komen niet ten laste van de zorgverzekering van de patiënt en hij betaalt dus ook geen eigen risico. Ik heb met verzekeraars gesproken over deze financieringsroute en hen verzocht om de informatie op hun websites daarop aan te passen.

**Spreeklijn testen – BCO – digitale ondersteuning**

- Nu we voorzichtig de maatregelen gaan versoepelen, is het belangrijk om te testen en traceren.
- Zo kunnen we in afwachting van de beschikbaarheid van een vaccin het virus onder controle houden en kleine opflakkingen van besmettingen snel weer de kop indrukken. Zo beperken we het aantal besmettingen zo veel mogelijk.
- Daarom starten we in deze maand met het toevoegen van steeds meer doelgroepen aan het testbeleid; vandaag personeel in het onderwijs, de kinderopvang, de contactberoepen als die weer opstarten, 18 mei mantelzorgers, politie, justitie en marechaussee en OV personeel.
- Vanaf juni willen we alle volwassenen met klachten testen. Dit is mogelijk door uitbreiding van het aantal betrokken laboratoria, aanschaf van nieuwe machines en materialen, mede met dank aan de Speciaal Gezant, en herinrichting van het testlandschap. Hiermee verwachten we de vraag die volgens het RIVM kan oplopen tot rond de 30.000 aan te kunnen.
- Er spelen hier wel afhankelijkheden, zoals de tijdige levering van machines en materialen en het inregelen van een nieuw IT-systeem waarmee we monsterstromen kunnen leiden naar labs die capaciteit hebben.

- De GGD'en staan vanaf juni klaar om alle volwassenen met klachten te testen en uitgebreid en intensief bron- en contactonderzoek te doen als iemand besmet is.
- Zoals u weet onderzoek ik de mogelijkheden van de introductie van digitale middelen die een bijdrage kunnen leveren aan het bestrijden van deze pandemie.
- Met digitale ondersteuning van het bron- en contactonderzoek van de GGD kunnen mogelijk meer mensen sneller bereikt worden.
- Ik stel harde eisen op het gebied van informatieveiligheid, privacy, grondrechten, nationale veiligheid en toegankelijkheid;
- En ik wil dat het gebruik vrijwillig (motie Ouwehand) en voor wat betreft de traceerapp anoniem is.
- Ik zet ten eerste in op het doordenken van de mogelijke digitale ondersteuning en daarnaast op het slim realiseren ervan.
- Met het programma Realisatie digitale ondersteuning zet ik in op digitale ondersteuning van
  - 1) preventie en detectie,
  - 2) van bron- en contactonderzoek na besmetting, en
  - 3) van diagnostiek en begeleiding op afstand van patiënten.
- De nieuwe Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19 van de GGD stuurt dit programma aan. Zij

formuleert epidemiologische behoeften en eisen aan digitale ondersteuning.

- Voor de gedragswetenschappelijke aspecten heeft het RIVM op mijn verzoek een Gedragwetenschappelijke Taskforce samengesteld.
- In het traject laat ik mij gevraagd en ongevraagd adviseren door een begeleidingscommissie en betrek ik vele experts bij het traject (AP, NCSC etc.)
- Het programma wordt ondersteund door de Dienst ICT Uitvoering (DICTU) van het ministerie van EZK. DICTU heeft veel ervaring met het ontwikkelen en beheren van digitale toepassingen zoals de DigiD-app.
- Ik verwacht u in de tweede helft van mei te kunnen informeren over de eerste resultaten.

**Spreekschets testen – BCO – digitale middelen**

- Nu we voorzichtig de maatregelen gaan versoepelen, is het belangrijk om te testen en traceren.
- Zo kunnen we in afwachting van de beschikbaarheid van een vaccin het virus onder controle houden en kleine opflakkingen van besmettingen snel weer de kop indrukken. Zo beperken we het aantal besmettingen zo veel mogelijk.
- Daarom starten we in deze maand met het toevoegen van steeds meer doelgroepen aan het testbeleid; vandaag personeel in het onderwijs, de kinderopvang, de contactberoepen als die weer opstarten, 18 mei mantelzorgers, politie, justitie en marechaussee en OV personeel.
- Vanaf juni willen we alle volwassenen met klachten testen. Dit is mogelijk door uitbreiding van het aantal betrokken laboratoria, aanschaf van nieuwe machines en materialen, mede met dank aan de Speciaal Gezant, en herinrichting van het testlandschap. Hiermee verwachten we de vraag die volgens het RIVM kan oplopen tot rond de 30.000 aan te kunnen.
- Er spelen hier wel afhankelijkheden, zoals de tijdige levering van machines en materialen en het inregelen van een nieuw IT-systeem waarmee we monsterstromen kunnen leiden naar labs die capaciteit hebben.

- De GGD'en staan vanaf juni klaar om alle volwassenen met klachten te testen en uitgebreid en intensief bron- en contactonderzoek te doen als iemand besmet is.
- Zoals u weet onderzoek ik de mogelijkheden van de introductie van digitale middelen die een bijdrage kunnen leveren aan het bestrijden van deze pandemie.
- Met digitale ondersteuning van het bron- en contactonderzoek van de GGD kunnen mogelijk meer mensen sneller bereikt worden.
- Ik stel harde eisen op het gebied van informatieveiligheid, privacy, grondrechten, nationale veiligheid en toegankelijkheid;
- En ik wil dat het gebruik vrijwillig (motie Ouwehand) en voor wat betreft de traceerapp anoniem is.
- Ik volg twee sporen: 1) doordenken van de mogelijke digitale ondersteuning; en 2) het slim realiseren ervan.
- Ik richt een programma Realisatie digitale ondersteuning in. Dat heeft drie doelen: digitale ondersteuning van 1) preventie en detectie, 2) van bron- en contactonderzoek na besmetting, en 3) van diagnostiek en begeleiding op afstand van patiënten.
- De nieuwe Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19 van de GGD stuurt dit programma aan. Zij formuleert epidemiologische behoeften en eisen aan digitale ondersteuning.

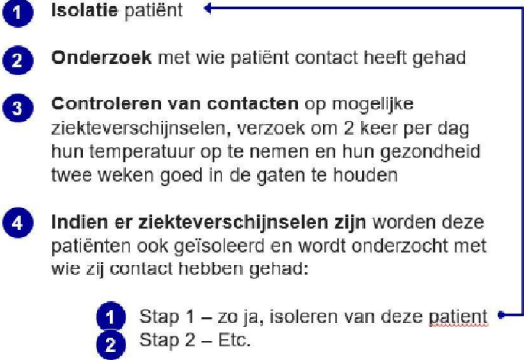
- Voor de gedragswetenschappelijke aspecten heeft het RIVM op mijn verzoek een Gedragwetenschappelijke Taskforce samengesteld.
- In het traject laat ik mij gevraagd en ongevraagd adviseren door een begeleidingscommissie en betrek ik vele experts bij het traject (AP, NCSC etc.)
- Het programma wordt ondersteund door de Dienst ICT Uitvoering (DICTU) van het ministerie van EZK. DICTU heeft veel ervaring met het ontwikkelen en beheren van digitale toepassingen zoals de DigiD-app.
- Ik verwacht u in de tweede helft van mei te kunnen informeren over de eerste resultaten.

## Factsheet

<b>Onderwerp: Stand van zaken Testcapaciteit en testbeleid</b>	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omdat het onderwijs en de kinderopvang binnenkort starten, kan personeel in deze sectoren bij klachten getest worden door de GGD. Hier is voldoende ruimte voor.</li> <li>• Vanaf half juni kan iedereen met klachten getest worden.</li> <li>• Momenteel bereiden we ons daarop voor.</li> <li>• Grootschalig testen in combinatie met bron- en contactonderzoek is belangrijk om effectief het virus te controleren in afwachting van de beschikbaarheid van een vaccin. Zo signaleren we opflakkingen en kunnen we die snel de kop indrukken.</li> <li>• Hoewel er nog enkele afhankelijkheden zijn, lijkt het erop dat er voldoende testmateriaal beschikbaar is om alle mensen met klachten te testen.</li> </ul> <p>Testcapaciteit en materialen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het aantal testen per dag lijkt de afgelopen week iets af te nemen, dit lag vorige week tussen een minimum van rond de 2000 tot een maximum van 5329 op 29-4.</li> <li>• Een stijging in het aantal testen per dag door de steeds verdere uitbreiding van het testbeleid kan worden opgevangen door de meer dan 50 laboratoria, als er voldoende voorraad afname- en testmaterialen is.</li> <li>• Er zijn inmiddels meerdere orders in proces en alles bij elkaar lijkt het erop dat we de komende periode goed zitten op de beschikbaarheid van testmateriaal en afnamemateriaal. Dit vraagt wel volop actie vanuit de taskforce.</li> <li>• De LCT houdt via de Taskforce Diagnostiek overzicht van de voorraden en signaleert dreigende tekorten. Er wordt gewerkt in 7 regionale clusters om de regionale samenwerking te verbeteren. Bij tekorten volgt actie door: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Herverdeling van schaarse middelen tussen laboratoria</li> <li>○ Verleggen van monsterstromen tussen labs</li> <li>○ Inkoop via het Landelijk Coördinatiecentrum Hulpmiddelen</li> <li>○ productie in eigen land: hierbij speelt de Speciaal Gezant een belangrijke rol.</li> </ul> </li> </ul> <p>Rol GGD'en</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De GGD'en zijn sinds 6 april gestart met testen van zorgwerkers met klachten. Na opstartproblemen lijkt dit nu goed te verlopen. Het aantal testen dat door de GGD'en wordt afgenomen loopt terug en ook het totaal aantal testen loopt terug.</li> <li>• Er is dus ruimte voor meer testen. DPG'en hebben in hun overleg aangegeven dat ze de mogelijkheid hebben om iedereen te testen tot 30.000 testen per dag per juni. Aandachtspunt daarbij is de administratieve afhandeling.</li> <li>• De GGD werkt samen met betrokken partijen (bedrijfsartsen en arbodiensten) aan de ontwikkeling van een IT-systeem, waardoor doorverwijzing geautomatiseerd wordt en informatiestromen tussen labs en betrokken zorgverleners makkelijker lopen. De verwachting is dat dit voor een verbetering gaat zorgen.</li> </ul> <p>Toekomstig testbeleid</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Richting de transitiefase is het testbeleid een van de essentiële pijlers die nodig is om de maatregelen af te schalen.</li> <li>• In de brief aan de TK wordt aangegeven dat ook jeugdtrainers, personeel in het primair onderwijs en de kinderopvang en mantelzorgers, PGB gefinancierde zorgwerkers, vrijwilligers in de palliatieve zorg, WMO-gefinancierde medewerkers en jeugdhulp kunnen getest worden bij klachten. Ook het testen van personeel in het OV wordt ingeregeld met een voorgenomen start per 18 mei.</li> <li>• Per half juni is de inzet om iedereen met klachten te testen. Deze grootschalige inzet op testen in combinatie met bron- en contactonderzoek is een belangrijke</li> </ul>

	<p>voorwaarde om de controlefase in te gaan. In deze fase willen we de verspreiding tot een minimum beperken in afwachting van een vaccin.</p> <p><b>Serologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De taskforce serologie adviseert over inzet van serologische testen; <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Specifieke groepen (zoals zorgmedewerkers, mantelzorgers, personen met verhoogd risico op ernstig beloop, leraren, vitale infrastructuur)</li> <li>○ Onderzoek op populatieniveau (RIVM, Sanquin, Erasmus MC, LUMC en evt aanvullend)</li> <li>○ Specifieke gevallen van diagnosestelling of therapien.</li> </ul> </li> <li>• Dit advies wordt overgenomen en aan de TK is gemeld dat er 1 miljoen serologische testen beschikbaar is om hierop in te zetten.</li> </ul>
Argumentatie	<p><b>Governance</b></p> <p>De opdracht van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit is om de huidige testcapaciteit zo goed mogelijk in te zetten, om alternatieve mogelijkheden binnen bestaande labs te onderzoeken, om de testcapaciteit uit te breiden en om een loket in te richten om alle aanbiedingen of leads te beoordelen.</p> <p>Deelnemers aan de structuur zijn de Taskforce Diagnostiek met de NVMM (10)(2e), de koepel van leveranciers Diagned en het RIVM. Deze Taskforce coördineert en levert adviezen en informatie aan de Stuurgroep (RIVM, NVMM en VWS). De Stuurgroep heeft dagelijks onderling contact en de Taskforce wekelijks. Speciaal gezant (10)(2e) sluit waar mogelijk of nodig aan bij het dagelijks overleg in de stuurgroep. De stuurgroep rapporteert dagelijks via sitraps over de stand van zaken.</p>
Politieke afspraken (regerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)	
Feiten&cijfers	<p>Het aantal testen afgenomen door de GGD'en neemt iedere week iets af (week 6-4 9400; week 13-4 8700 en week 20-4 5130 totaal). De verwachting is dat deze aantallen weer toenemen met de openstelling van het testbeleid voor de nieuwe doelgroepen.</p> <p>Er zijn leveringen gegarandeerd voor 6 maanden voor in totaal 17.250 testen/dag. Daarnaast lopen onderhandelingen over het vastleggen van toegezegde garanties van nog eens 17.350 testen per dag. In totaal verwachten we dat voldoende testkits beschikbaar zullen zijn om in totaal 34.600 testen per dag te kunnen uitvoeren. Er zijn nu meer dan 50 gevalideerde labs. Met alle inspanningen tezamen lijkt het mogelijk om in de maand juni 30.000K testen/dag af te kunnen nemen. Hierbij zijn wel enkele afhankelijkheden.</p> <p>Inschattingen van het RIVM geven aan dat het testen van iedereen met klachten tot maximaal 30.000 testen per dag in juni zal leiden en dat dit in het najaar door het voorkomen van meer luchtwegklachten op kan lopen tot 70.000 per dag. Een poll onder Actiz leden laat zien dat 95% tevreden is over de rol van de GGD en de interne organisatie bij het testen van zorgwerkers werkzaam buiten het ziekenhuis.</p>
Overig (zoals heikele punten en pers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is enige discussie over de inzet van de HPV labs voor COVID-19 diagnostiek. Deze diagnostiek moet tzt ook weer opgestart en het is de vraag of de labs nodig zijn voor de COVID-19 diagnostiek.</li> <li>• Er blijft discussie over het achterblijven van het aantal testen en hierover verschijnen regelmatig nieuwsberichten. Het gegeven dat er door</li> </ul>

	seizoenseffecten veel minder luchtwegklachten zijn, lijkt nog niet goed geland te zijn.
--	---

Factsheet Modellen	
Kernboodschap	<p><b>Algemeen</b></p> <p>De afgelopen periode van de intelligente lockdown hebben we gebruikt om te zorgen dat er bij het versoepelen van de maatregelen weer overal klassieke bron- en contactopsporing kan worden uitgevoerd, door het</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- omlaag brengen van de aantallen besmette mensen</li> <li>- opbouwen van de capaciteit voor bron- en contactopsporing bij GGD-en</li> </ul> <p>Op termijn kan dit ook ondersteund worden met digitale middelen zoals een app die, zoals de Raad voor Volksgezondheid ook adviseert, ook verantwoordelijkheid bij burgers zelf legt. Bron- en contactonderzoek wordt in samenhang met grootschalig testen belangrijk in de overgangsfase om de situatie goed te monitoren en opflakeringen van het virus snel de kop in te drukken.</p>
Achtergrond	<p>De GGD voert contactonderzoek rond een bevestigde patiënt uit met als doel het inlichten van contacten en hen extra te wijzen op het belang van een goede hygiëne, thuis blijven en laten testen bij klachten.</p>  <ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>Isolatie patiënt</b></li> <li>2 <b>Onderzoek met wie patiënt contact heeft gehad</b></li> <li>3 <b>Controleren van contacten op mogelijke ziekteverschijnselen, verzoek om 2 keer per dag hun temperatuur op te nemen en hun gezondheid twee weken goed in de gaten te houden</b></li> <li>4 <b>Indien er ziekteverschijnselen zijn worden deze patiënten ook geïsoleerd en wordt onderzocht met wie zij contact hebben gehad:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Stap 1 – zo ja, isoleren van deze patient</li> <li>2 Stap 2 – Etc.</li> </ol> </li> </ol>
Overig (zoals heikele punten en pers)	<p>De indruk is ontstaan dat door de energie die naar de app is gegaan te weinig tijd en aandacht is besteed aan het opschalen van de klassieke bron en contactopsporing. Dat is niet aan de orde. De apps zijn hulpmiddelen en dienen ter ondersteuning van het werk van de GGD Bron en contactonderzoek is een belangrijke hoofdtak van de GGD en dit doen ze bij alle gevallen van besmettelijke infectieziekten.</p> <p>Daarnaast is de indruk ontstaan dat de GGD het nut van bron- en contactopsporing niet helemaal ziet. Dat zij wachten op een opdracht van het kabinet. Dat is niet juist, het gaat om afspraken met het kabinet b.v. over financiering van de enorme extra inzet maar de GGD is eigenstandig verantwoordelijk voor bron- en contactopsporing op basis van de LCI richtlijn.</p> <p>De uitspraken van enkele vertegenwoordigers van de GGD over <i>'ik weet niet hoe nuttig de inzet van heel veel mensen is'</i> zijn eerder te verklaren uit een 'bemoei je er eens niet allemaal mee' statement, tegenover de voorbeelden uit Duitsland van kamerleden waaruit zou blijken dat het daar allemaal beter geregeld zou zijn en dat we hulp in zouden moeten roepen van de WHO. Van enige echte twijfel over</p>

het nut van bond- en contactopsporing is bij de GGD dan ook geen sprake.
--

### **Bron en contactopsporing**

#### Voor 12 maart

bron en contactopsporing vooral gericht op het voorkomen van insleep (testen van mensen die in 'besmet gebied' zijn geweest en opsporen van infectieketens.

#### Vanaf 12 maart

12 maart OMT advies:

#### *8. Contactonderzoek en testbeleid*

*In verband met de nieuw ontstane epidemiologische situatie, de hoge werkdruk en dreigende schaarste van testmateriaal en persoonlijke beschermingsmiddelen, heeft het OMT besloten om de indicaties voor testen aan te passen. Het brononderzoek wordt losgelaten. Het contactonderzoek bij bevestigde gevallen richt zich op het alert maken van personen uit de risicogroepen, zodat zij bij klachten snel getest worden en snel medische zorg krijgen bij het ontwikkelen van complicaties.*

*Indicaties voor testen:*

- *personen uit de risicogroepen: ≥70 jaar en personen met onderliggende medische condities (indicatie voor de jaarlijkse griepvaccinatie);*
- *bij een ernstig ziektebeeld, gepaard gaande met koorts én respiratoire symptomen (hoesten, benauwdheid);*
- *zorgmedewerkers: zie <https://www.rivm.nl/coronavirus/covid-19/informatie-voor-professionals>.*

*Voor ziekenhuizen geldt het NVZ-beleid voor zorgmedewerkers (<https://www.rivm.nl/coronavirus/covid-19/informatie-voor-professionals>) en voor patiënten het laagdrempelige testbeleid van het eigen ziekenhuis.*

*Personen terugkerend uit gebieden met wijdverspreide transmissie komen bij ontwikkeling van symptomen alleen in aanmerking voor testen als zij aan*

*bovenstaande indicatie voldoen. Hen wordt wel gevraagd uit voorzorg sociale contacten te beperken gedurende 14 dagen na het verlaten van het risicogebied. Dit betekent ook niet op bezoek te gaan bij anderen/ouderen, thuis te werken en kinderen niet naar school en/of kindercentra te laten gaan.*

Daar is ook het BCO beleid op aangepast.

Vanaf 12 maart 2020 richt het contactonderzoek van de GGD zich vooral op de groepen kwetsbare patiënten. Bronopsporing heeft geen prioriteit meer. De GGD voert contactonderzoek rond een bevestigde patiënt uit met als doel het inlichten van contacten, met name uit groepen met een verhoogde kans op ernstig beloop, en hen extra te wijzen op het belang van een goede hygiëne en thuis blijven bij klachten. NB dit beleid moet in samenhang gezien worden met de lock down situatie, waarin mensen al geacht werden thuis te blijven.

#### Vanaf vandaag

We gaan geleidelijk en gecontroleerd sectoren in de samenleving openstellen. Daarom gaan we landelijk weer volop klassieke contactopsporing doen, dat is ook mogelijk vanwege het lage aantal nieuwe besmettingen. Er is wel sprake van een relatief hoog uitgangsniveau van besmettingen, reden dat de GGD flink opgeschaald is. De adviezen voor contacten zijn ook aangescherpt: contacten blijven 14 dagen thuis, huisgenoten blijven 14 dagen in thuisquarantaine. Dat is nodig omdat we maatregelen stapsgewijs, heel voorzichtig, gaan versoepelen.

#### Wat hebben de GGD's in de afgelopen periode gedaan

Veel GGD-en deden natuurlijk al veel bron- en contactopsporing, in een enigszins aangepaste vorm, sommige meer passief door de besmette patiënt brieven voor zijn contacten mee te geven anderen meer actief, door alle contacten zelf na te bellen.

#### **Regionale verschillen**

**Wat betekent het dat het OMT nu zegt dat mensen twee dagen voordat ze symptomen krijgen ook besmettelijk zijn?**

Antwoord

Het OMT definieert de besmettelijke periode als 2 dagen voor het ontstaan van klachten tot 24 uur nadat men klachtenvrij is.

Dit betekent voor het testbeleid: we roepen de doelgroepen met klachten op zich meteen te laten testen, en niet 24 uur te wachten. Voor het aantal mensen dat getest moet worden maakt dit geen verschil.

Uit meer onderzoek blijkt nu dat rond de eerste ziektedag de hoeveelheid virus het best te meten blijkt te zijn.

Voortschrijdend inzicht.

En we moeten er nu –zeker nu we andere maatregelen loslaten- r zo snel mogelijk bij zijn met het BCO

#### Technische briefing 25 maart

*Er is altijd een kans dat het virus in de neus of keel aanwezig is, wanneer er geen klachten zijn. Deze periode is kort. In deze fase is doorgeven van het virus niet uit te sluiten. Maar we weten niet hoeveel dit bijdraagt aan de totale verspreiding. Onderzoek hierop doen is moeilijk, want je hebt de mensen in deze presymptomatische fase niet in beeld. De essentie is wel, bij neusverkoudheid ook thuis moet blijven. Goed handen wassen is hierbij heel belangrijk.*

#### OMT

##### 20 april

*Het OMT is van mening dat het risico voor de volksgezondheid beheersbaar is in het geval van beroepsgroepen die normaliter gebruik maken van beschermingsmiddelen, zoals tandartsen en mondhygiënisten. Er is binnen het OMT nog geen consensus over de vraag of het verantwoord is om het verbod op het uitoefenen van de overige contactberoepen op te heffen. Het knelpunt hierbij is de onduidelijkheid over de rol van presymptomatische besmetting in deze setting, en – in verband hiermee – de noodzaak van het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen buiten de zorg. Dit vraagstuk wordt verkend in een afwegingskader dat wordt opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Het komt volgende week beschikbaar en wordt in het eerstvolgende OMT besproken.*

#### In de vigerende LCI richtlijn staat

##### *Besmettelijke periode*

*In hoeverre presymptomatische transmissie bijdraagt aan de verspreiding van het virus in de praktijk is onduidelijk. In één studie was de bijdrage 12,6% (Du 2020). In verschillende modellen lopen deze schattingen uiteen van 48-62%. Op basis van de huidige literatuur zijn het voornamelijk symptomatische personen die bijdragen aan de verspreiding en lijkt de bijdrage van de asymptomatische personen en presymptomatische transmissie aan de verspreiding beperkt (Ghinai 2020, ECDC 2020c).*

**Welke gevolgen heeft het gehad dat u geen rekening hield met presymptomatische overdracht?**

We hebben wel degelijk rekening gehouden met pre-symptomatische overdracht (elke keer met de kennis van dat moment).

De belangrijkste maatregelen die we hebben genomen

- blijf zoveel mogelijk thuis
- Houdt 1,5 meter afstand
- Was heel vaak je handen

Daarmee hielden we rekening met presymptomatische overdracht. Anders was het voldoende geweest om te zeggen: blijf thuis als je ziek bent, houd afstand als je ziek bent en was je handen als je ziek bent.

**Maar waarom moesten zorgmedewerkers dan eerst 24 uur wachten alvorens ze getest konden worden?**


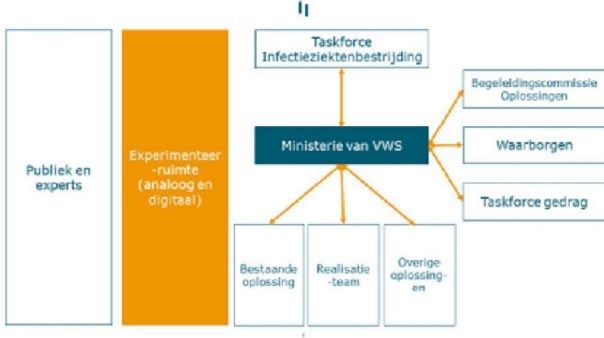
Zorgmedewerkers met klachten werden geacht thuis te blijven of, als hun klachten dit toelieten, door te werken met PBM. Hierdoor is het risico over overdracht van het virus beperkt gebleven.

**Waarom meldt u nu pas dat presymptotisch bestaat?**

In de technische briefing van 25 maart is dit al genoemd.

### Factsheet digitale ondersteuning

<b>Onderwerp: digitale ondersteuning</b>	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doel is door het bron- en contactonderzoek van de GGD digitaal te ondersteunen mogelijk meer mensen sneller bereikt kunnen worden.</li> <li>- Dit laat onverlet dat het reguliere bron- en contactonderzoek zo veel als mogelijk wordt uitgevoerd.</li> <li>- De inhoud is leidend. Daarom heb ik de GGD verzocht een Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19 in te richten. Zij formuleert epidemiologische behoeften en eisen aan digitale ondersteuning. De Taskforce heeft inmiddels een eerste programma van eisen opgesteld, namelijk voor ondersteuning van contactonderzoek.</li> <li>- Ik richt een programma Realisatie digitale ondersteuning op. Dit wordt ondersteund door de Dienst ICT Uitvoering (DICTU) van EZK, de Belastingdienst en de Sociale Verzekeringsbank.</li> <li>- Ik laat mij adviseren door een begeleidingscommissie en een gedragswetenschappelijke tasforce die samengesteld door het RIVM. Zo beoog ik het veilige en effectieve gebruik van eventuele digitale ondersteuningsmiddelen te waarborgen.</li> </ul> <p><b>Contactonderzoek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er wordt gewerkt aan een proof of concept voor digitale ondersteuning van contactonderzoek op basis van de eisen van de GGD.</li> <li>- een open source toepassing op basis van het recente framework van Google en Apple</li> <li>- eind mei informeert u de Kamer over het resultaat</li> <li>- Dit zijn de eerste twee maar niet de enige ondersteuningsmiddelen.</li> </ul> <p><b>"Thuis rapporten"</b></p> <p>Uit de marktconsultatie en appathon kwamen drie categorieën voorstellen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ondersteuning RIVM en GGD in het kader van vroegtijdige detectie. De Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19 heeft u gevraagd een programma van eisen op te stellen. U besluit daarop over eventuele realisatie;</li> <li>5. Diagnostisch instrument en voor opvolging van klachten in de eerste en tweede lijn. Er bleken al veel verschillende oplossingen in de zorg in gebruik. U adviseert instellingen voor medisch specialistische zorg en huisartsen die nog geen begeleiding aanbieden, dit wel te realiseren.</li> <li>6. En tot slot meer algemene toepassingen voor mensen zelf zoals Thuisarts.nl. Hierbij adviseert u het gebruik van toepassingen die gebaseerd zijn op de RIVM-richtlijnen.</li> </ol>

<p>Argumentatie</p>	<p>Alle benodigde en gevraagde expertise is betrokken in de taskforces en de begeleidingscommissie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Digitale oplossingen kunnen bijdragen aan traceren als onderdeel van contactonderzoek</li> <li>Digitale oplossingen kunnen bijdragen aan thuisrapporteren en begeleiding van een mogelijk besmette patient</li> </ul> <p>Randvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Voortbouwen op bestaande, volwassen "code base" is verstandig</li> <li>Lessen moeten getrokken worden uit "code base" die andere landen gebruiken</li> <li>Originele/huidige ontwikkelaars van deze "code bases" moeten in direct contact staan met bouwteam</li> <li>Inbouwen van de Google en Apple COVID-19 notificatieservice is verstandig</li> <li>Belangrijkste rol van de applicatie is het ondersteunen van de GGD, waardoor wijze van gebruik anders kan uitvallen dan aanvankelijk was voorgesteld</li> <li>Brede adoptie die voortkomt uit een maatschappelijk bewustzijn en individueel verantwoordelijkheidsgevoel is noodzakelijk</li> </ul>  
<p>Politieke afspraken (regeerakkoord,</p>	<p>De conclusie van de marktconsultatie en appathon was dat de beproefde voorstellen op het gebied van traceren niet aan alle gestelde eisen voldeden. U heeft vier stappen aangekondigd, die gelijktijdig worden gezet:</p>

convenant, coalitieafspraken e.d.)	<p>(5) precisering van de epidemiologische eisen van digitale ondersteuning;</p> <p>(6) de juiste mensen samenbrengen om te komen tot goede, open source software;</p> <p>(7) zorgdragen voor waarborgen ten aanzien van informatieveiligheid, privacy, grondrechten en nationale veiligheid en</p> <p>(8) nader uitwerken wat er gedragskundig nodig is.</p>
Feiten&cijfers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Veel Nederlanders zouden een app installeren"</li> <li>• <a href="https://www.eur.nl/nieuws/nederlanders-niet-bang-voor-corona-app-vooral-jongeren-zien-geen-probleem">https://www.eur.nl/nieuws/nederlanders-niet-bang-voor-corona-app-vooral-jongeren-zien-geen-probleem</a></li> <li>• Flitspeiling: <a href="https://marketresponse.nl/nieuws/bijna-helft-nederlanders-voor-corona-app-overheid/">https://marketresponse.nl/nieuws/bijna-helft-nederlanders-voor-corona-app-overheid/</a></li> </ul> <p>Beiden uitvragen geven aan dat rond 60% een app een goed idee vinden</p> <p>25% is voorstander van verplichting</p> <p>Circa 60 % zou het zelf gebruiken</p> <p><a href="https://eenvandaag.avrotros.nl/panels/opiniepanel/alle-uitslagen/item/privacy-opgeven-voor-corona-app-is-prima-maar-liever-niet-verplicht/">https://eenvandaag.avrotros.nl/panels/opiniepanel/alle-uitslagen/item/privacy-opgeven-voor-corona-app-is-prima-maar-liever-niet-verplicht/</a> (22.000 respondenten)</p> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>(10)(2e)</span> <span>(10)(2e)</span> </div>
Overig (zoals heikele punten en pers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zowel het nadenken over de beste vormen van digitale ondersteuning als de daaropvolgende realisatie vindt in alle openheid plaats (transparantie en samenwerking)</li> <li>- Uiteraard wordt de Kamer zo goed mogelijk bij dit proces betrokken.</li> <li>- Snelheid en zorgvuldigheid zullen hand in hand moeten gaan. De middelen moeten voldoen aan alle gestelde waarborgen op het gebied van informatieveiligheid, privacy, grondrechten, nationale veiligheid en toegankelijkheid.</li> <li>- Het gebruik door burgers van eventuele digitale middelen ter ondersteuning van de bestrijding van het coronavirus moeten te allen tijde vrijwillig zijn (motie Ouwehand)</li> <li>- De anonimiteit van gebruikers is geborgd in de wijze waarop een voorgestelde app technisch werkt.</li> <li>- Er zijn geen gegevens van de gebruiker nodig om zijn/haar contacten te informeren over een positief testresultaat.</li> </ul>

**Welke doelgroepen worden nu de komende tijd toegevoegd aan het testbeleid?**

- Ten eerste zijn jeugdtrainers sinds 30 april toegevoegd als doelgroep
- Vanaf 6 mei kunnen medewerkers in de kinderopvang en het onderwijs getest worden.
- Vanaf 11 mei mensen werkzaam in contactberoepen, zoals kappers, schoonheidsspecialisten, rij-instructeurs, enz.
- Vanaf 18 mei kunnen mantelzorgers, PGB-gefinancierde (in)formele zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg getest worden. Ook medewerkers in de WMO-gefinancierde zorg en in de jeugdzorg kunnen getest worden.
- Ook vanaf 18 mei kunnen medewerkers in het OV getest worden.
- Let wel; uiteraard geldt bij deze groepen dat ze getest kunnen worden bij klachten. De GGD neemt de testen af.
- In juni kan iedereen met klachten getest worden. De GGD bereidt zich hier nu op voor.

PM discussie politie en justitie.

**Waarop hangt het nu of het gaat lukken om iedereen te testen?**

- De afgelopen weken is met man en macht voorgesorteerd op verruiming van het testbeleid door de testcapaciteit op te schalen.
- Er zijn inmiddels meer dan 50 laboratoria gevalideerd voor Covid-19 diagnostiek.
- Het testlandschap is heringericht: de testcapaciteit wordt optimaal benut door het onderling verdelen van testmaterialen en monsterstromen binnen zeven regionale clusters van medische microbiologische laboratoria (MMLs).
- Een nieuw ICT-systeem waarop komende weken steeds meer laboratoria en GGD'en zullen zijn aangesloten faciliteert en vereenvoudigt dit proces. Dit maakt het voor de GGD een stuk makkelijker om op te schalen.
- De GGD'en zijn flink aan het opschalen en geven aan dat ze het aantal van rond de 30.000 testen per dag aan kunnen.
- Aanschaf van nieuwe machines en testmaterialen: door gecombineerde inspanningen van de Taskforce Diagnostiek, de Speciaal Gezant en VWS zijn inmiddels een aantal grote orders geplaatst of in voorbereiding.

**Vraag: Hoe verhoudt het Nederlandse testbeleid zich tot het testbeleid in andere landen?**

- We hebben in Nederland flinke stappen genomen met het testbeleid.
- Met de uitbreidingen naar de nieuwe doelgroepen wordt ons testbeleid logischerwijs steeds ruimhartiger, ook ten opzichte van andere landen.
- Als we vanaf juni iedereen gaan testen is dat uiteraard nog meer het geval.

### **Spreeklijn bezoekregeling verpleeghuizen**

- De bezoekregeling verpleeghuizen was nodig om kwetsbare bewoners en zorgverleners te beschermen tegen COVID-19. En om verdere verspreiding te voorkomen.
- Op dit moment komen er bijna geen nieuwe locaties met een besmetting bij. De bezoekregeling lijkt, in combinatie met andere maatregelen, effectief.
- Maar de bezoekregeling heeft een grote impact op het leven van bewoners en hun naasten. Het gemis van contact met naasten is groot.
- Perspectief bieden aan bewoners en naasten is daarom van belang.
- Na overleg met zorgaanbieders, verpleeghuisartsen, organisaties van cliënten en naasten, wetenschappers en ethici pas ik daarom de bezoekregeling aan. Ik acht deze stap verantwoord gezien de afvlakking van het aantal locaties dat voor de eerste keer een besmetting met COVID-19 meldt. En ook het OMT heeft aangegeven dit een weloverwogen aanpak te vinden.
- De aanpassing doe ik voorzichtig, in drie fasen.
- **De eerste fase start op 11 mei.** Dan kunnen de eerste 25 locaties starten met het "vooruit leren" met een aangepaste bezoekregeling.
- In iedere GGD-regio mag één locatie beginnen.
- De betreffende locatie dient vrij te zijn van besmettingen.
- Het bezoek bestaat uit één vaste bezoeker per bewoner. De bezoeker mag uiteraard zelf geen klachten hebben die duiden op COVID-19.
- Vanzelfsprekend geldt er een aantal belangrijke randvoorwaarden om het bezoek met zo min mogelijk risico te laten plaatsvinden.

- **Het kabinet besluit in de week voor 25 mei over de start van de tweede fase.**
- Mocht de bezoekenregeling in de praktijk goed werken dan is het de bedoeling dat per 25 mei bij meer verpleeghuislocaties beperkt bezoek kan plaatsvinden.
- Om ten slotte bezoek in heel Nederland weer mogelijk te maken.

**Over het huidige beeld kunt u het volgende zeggen:**

- Het RIVM schat dat op **4 mei** bij ongeveer **7.100 bewoners** van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd,
- Hiervan zijn helaas **ongeveer 2.150 mensen** als overleden gemeld.
- Op 1 januari woonden er zo'n 120.000 mensen in een verpleeghuis wat betekent dat op basis van de RIVM-cijfers bij **ongeveer 6% van de bewoners COVID-19 is bevestigd** en iets meer dan **2% van de bewoners is overleden**.
- Het **aantal locaties** waar sprake is van een **bevestigde besmetting** van 1 of meer personen **is bijna 950**. Dit is ongeveer **40% van het totaal** aantal verpleeghuislocaties in Nederland.
- Het **aantal nieuwe meldingen** van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen of verdenkingen hiervan **neemt per week af**. Dit **geldt ook** voor het aantal mensen dat is overleden en het **aantal meldingen van**

**'nieuwe verpleeghuislocaties'** met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting.

- Dat is positief nieuws. Door **de afname van het aantal nieuwe besmettingen per week** ontstaat namelijk ook ruimte voor een gefaseerde en gecontroleerde versoepeling van de bezoekenregeling.

**Q. Door de versoepeling wordt het drukker. Moeten 70-plussers en kwetsbare mensen daardoor nog meer binnenblijven?**

A.

- Voor 70-plussers en kwetsbare mensen geldt, nu het buiten drukker gaat worden, nog steeds 'blijf zoveel mogelijk thuis'.
- Deze groep mensen moet dus alert blijven of naar buiten gaan verantwoord is en is het verstandig drukke plekken te vermijden.
- Ook geldt nog steeds: houd 1,5 meter afstand en was regelmatig de handen. Bij klachten geldt natuurlijk nog steeds, niet naar buiten gaan.

### **Q&A kleinschalige pgb-woonvormen**

**Wat doet u om kleinschalige pgb-woonvormen tegemoet te komen die financiële problemen ondervinden vanwege corona?**

**A.**

- VWS heeft, samen met de ketenpartijen, een pakket met maatregelen getroffen om zorgcontinuïteit nu en na de crisis te garanderen. Hier vallen kleinschalige pgb-woonvormen ook onder;
- Vanwege de afspraken m.b.t. doorbetalen van 'niet-geleverde maar wel geplande zorg' hoeft een woonvorm geen zorgomzetting te lijden wanneer een budgethouder zelf kiest om tijdelijk buiten de woonvorm te wonen;
- Ik realiseer me dat deze maatregelen geen oplossing bieden voor de pgb-woonvormen wanneer een budgethouder overlijdt en de woonvorm de lege plekken niet gevuld krijgen
- Daarom ben ik met ZN en BVKZ in gesprek om te verkennen hoe we de zorgcontinuïteit kunnen bevorderen en waarborgen voor deze pgb-woonvormen

**Hoe kan het dat er al maatregelen zijn getroffen voor kleinschalige zin-woonvormen maar nog niet voor pgb-woonvormen?**

**A.**

- Bij zorg in natura (zin) woonvormen is zorg en wonen gecombineerd en hebben verstrekkers en zorgaanbieders directe juridische relaties waardoor compensatie voor zin eenvoudiger te organiseren is;
- Bij pgb is wonen en zorg gescheiden, wat betekent dat budgethouders de huur uit eigen zak betalen. Daarnaast hebben zorgaanbieders geen directe juridische relatie met verstrekkers;
- Deze extra lagen complexiteit resulteert erin dat de zin-maatregelen niet 1 op 1 overgenomen kunnen worden bij de pgb-woonvormen

## Achtergrond informatie

VWS is bezig geweest met het verkennen van opties om de kleinschalige pgb-woonvormen tegemoet te komen. Hiervoor zijn momenteel een viertal opties verkend:

### *Algemene notitie:*

Er bestaat geen directe (en dus ook geen juridische relatie) tussen de verstrekker en het wooninitiatief. Er bestaat alleen een relatie tussen de verstrekker en de budgethouder enerzijds, en de tussen de budgethouder en het wooninitiatief anderzijds. Daarnaast stopt het budget van een budgethouder wanneer deze budgethouder overlijdt, waardoor doorbetalingen vanuit het budget niet mogelijk zijn en ook juridisch daarmee geen oplossing is. Ook is compensatie enkel voor zorgomzetting en niet voor huromzetting. Dit zijn de belangrijkste verschillen met zin.

Dit in het achterhoofd is de vraag is hoe het wooninitiatief financieel kan worden ondersteund wanneer er leegstand ontstaat door overlijden van een budgethouder vanwege corona en deze leegstand niet gevuld kan worden.

De oplossing die we proberen te vinden is een maatwerkoplossing voor deze situaties. Op dit moment wordt gesproken over een aantal woon initiatieven die gebruik zouden moeten maken van een maatwerkvoorziening willen zij niet omvallen en daarmee ook niet meer de zorg kunnen bieden aan de overige budgethouders/bewoners van het wooninitiatief.

### *Opties:*

1. Verkennen of de kleinschalige pgb-woonvormen gebruik kunnen maken van de NOW-regeling.
  - Hier zijn strenge voorwaarde aan verbonden die we graag eerst goed uitgezocht willen hebben voordat we aangeven dat de woonvormen gebruik kunnen maken van de NOW-regeling. Vanwege de hoge diversiteit in soorten woonvormen is het lastig om te bepalen of dit een oplossing is voor de wooninitiatieven. Dit wordt ook verder met BVKZ opgepakt, waar de signalen ook van binnen komen.
2. Woonvormen compenseren door middel van 'extra kosten corona' (EKC) en bijkomende zorgkosten
  - Bij deze oplossing proberen we zoveel mogelijk aan te sluiten bij de al getroffen pgb-maatregelen. Wanneer een budgethouder overlijdt en de woonvorm in financiële problemen komt, kunnen de budgethouders die nog in de woonvorm wonen de kosten dekken voor de overleden budgethouder. Het proces zou er ongeveer zo uitzien:
    - i. Eerst worden de uurtarieven van de budgethouders maximaal verhoogd om de misgelopen zorgomzetting te compenseren. Dit kunnen ze doen door een verhoging van het budget aan te vragen via het EKC.
    - ii. Vervolgens declareren de budgethouder de kosten.
    - iii. Wanneer enkel verhoging van tarieven niet voldoet moet er extra gecompenseerd worden. Omdat dit niet directe zorgkosten zijn kan er gedeclareerd worden via de 'bijkomende kostenformulier' waar ook bijvoorbeeld de wooninitiatieven-toeslag op staat.
 Dit vereist nog wel een juridische uitwerking en brengt uitvoeringsvraagstukken met zich mee.
3. Pgb-woonvormen omzetten naar zin of vpt
  - Met zorgkantoren is de optie besproken om de pgb-woonvormen om te zetten naar vpt of zin woonvormen. Hierdoor ontstaat er een directe relatie tussen woonvorm en verstrekker. Dit betekent ook dat de woonvormen voor omzetting in aanmerking komen zoals die geregeld zijn voor zin. Echter

- i. De formule om de compensatie te bepalen is gebaseerd op prestaties in februari welke niet gelden voor de pgb-woonvormen. Dit betekent dat een wijziging van die beleidsregel noodzakelijk is.
  - ii. Daarnaast is het een lang en complex proces om pgb-woonvormen om te zetten naar zin of vpt. Dit proces duurt enkele maanden. Een versneld proces brengt ook haken en ogen met zich mee. De complexiteit komt doordat voor gecontracteerde zorg er andere (en meer) eisen zijn dan pgb-woonvormen.
  - iii. Ook ontnem je de eigen regie van de budgethouders, die bewust voor het pgb hebben gekozen, en 'dwing' je zin of vpt op ze.
4. Subsidieregeling opstellen
- VWS kan ook een subsidieregeling opstellen, maar dit zal niet op tijd een oplossing bieden voor de problemen.

#### 4. Vaccinontwikkeling

In mijn eerdere brieven heb ik u laten weten dat het zo snel mogelijk ontwikkelen en beschikbaar krijgen van een werkend vaccin tegen COVID-19 de hoogste prioriteit heeft. Daarom heb ik eerder een bijdrage van 50 miljoen euro aangekondigd aan de *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)*. Daarnaast heeft de EU op 4 mei jl. het initiatief genomen voor de start van een mondiaal pledging eventproces voor de versnelling van de mondiale financiering voor het internationale onderzoek naar diagnostica, therapeutica en vaccins. Doel is dat met vereende internationale bijdragen wordt vanaf 4 mei de komende weken getracht wordt 7,5 miljard euro bij elkaar te brengen om noodzakelijke onderzoek en ontwikkeling te financieren. De minister-president heeft in zijn statement aangegeven dat Nederland 192 miljoen euro heeft vrijgemaakt voor onder meer Covid-19 gerelateerd onderzoek en ontwikkeling, internationaal vaccinonderzoek en ontwikkelingssamenwerking. U bent eerder geïnformeerd over de onderdelen van de Nederlandse toezegging.<sup>19</sup>

Om te komen tot een impuls op het gebied van vaccinontwikkeling en uiteindelijk productie, zet ik in op drie sporen:

- **Onderzoek en ontwikkeling:** Het kabinet wil onderzoek naar het coronavirus en het ontwikkelen van een COVID-19 vaccin zo veel mogelijk faciliteren. In eerdere Kamerbrieven heb ik uiteengezet op welke manier het kabinet hieraan bijdraagt.
- **Productie:** Het kabinet wil, waar nodig en mogelijk, de randvoorwaarden voor de ontwikkeling en productie van een COVID-19-vaccin faciliteren. Samen met de speciaal gezant (dhr. (10)(2e)) zet ik in op het stimuleren van productie, binnen de eigen landsgrenzen en/of initiatieven met een duidelijke Nederlandse link om als Nederland een bijdrage te leveren. Er wordt in samenwerking met diverse experts een selectie gemaakt van kansrijke initiatieven.
- **Aankoop, distributie en immunisatie:** Er wordt gestart met de voorbereiding van distributie en het opzetten van een nationale vaccinatiecampagne. Ambitie hierbij is dat in het bijzonder risicogroepen en bijvoorbeeld ook gezondheidswerkers als eersten zo goed mogelijk worden beschermd.

<sup>19</sup> Tweede Kamer 2019–2020, Kamerstuk 25 295, nr. 249; Tweede Kamer 2019–2020, Kamerstuk 21 501-04, nr. 228; Tweede Kamer 2019–2020, Kamerstuk 33 625, nr. 293.

### Factsheet Vaccin

(versie 6 mei 2020)

<b>Onderwerp:</b>	
Kernboodschap Vaccinontwikkeling	<p>Wereldwijd werken onderzoekers aan een vaccin tegen het coronavirus. Volgens een overzicht van de WHO zijn er momenteel wereldwijd 105 vaccins in ontwikkeling. CEPI turft 115 initiatieven, waaronder 73 serieuze kandidaten. Het is voor Nederland van groot belang om een bijdrage te leveren aan zowel het onderzoek als de productie van een eventueel vaccin.</p> <p>Het kabinet spant zich maximaal in om de ontwikkeling en daaropvolgende productie van een COVID-19 vaccin internationaal te bespoedigen. Daarbij beziet het kabinet ook in samenwerking met de speciaal gezant dhr. (10)(2e) welke inzet binnen de Nederlandse landsgrenzen verder kan worden versterkt.</p>
Strategische inzet op hoofdlijnen	<p>Het zo snel mogelijk ontwikkelen en beschikbaar krijgen van veilige en effectieve vaccins tegen COVID-19 heeft de hoogste prioriteit. We werken internationaal samen (o.a. WHO en EU) en zetten bij vaccinontwikkeling in op drie sporen: onderzoek en ontwikkeling, productie, en aankoop, distributie en immunisatie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Onderzoek en ontwikkeling:</b> Het maximaal faciliteren van onderzoek naar het coronavirus en ontwikkelen van een COVID-19 vaccin. Al in een vroeg stadium van de uitbraak is geld vrijgemaakt voor onderzoek naar het coronavirus in den brede en de ontwikkeling van een vaccin, o.a. via ZonMw en in internationaal verband via het Europese onderzoeksprogramma Horizon 2020. In aanvulling hierop is in de Kamerbrief van 15 april jl. een bijdrage van 50 miljoen euro aangekondigd aan de Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI).</li> <li>• <b>Productie:</b> Het kabinet wil, waar nodig en mogelijk, de randvoorwaarden voor de ontwikkeling en productie van een COVID-19-vaccin faciliteren. Bijvoorbeeld door het verkorten van procedures, zowel nationaal als in EU verband, en door voorbereidingen te treffen (analyse, afspraken maken, behoefte inschatten) over het realiseren van productiefaciliteiten, op zowel nationaal als EU niveau.</li> <li>• <b>Aankoop, distributie en immunisatie:</b> het – anticiperend op een succesvolle ontwikkeling en de beschikbaarheid van een vaccin – voorbereiden van distributie en het opzetten van een nationale vaccinatiecampagne. Ambitie hierbij is dat in het bijzonder risicogroepen en bijvoorbeeld ook gezondheidswerkers, zo goed mogelijk worden beschermd.</li> </ul>
Kernactiviteiten samengevat:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nederlandse bijdrage (50 miljoen) aan CEPI</li> <li>• Steun van internationale initiatieven op het gebied van onderzoek en ontwikkeling, via CEPI en via het pledging initiative op 4 mei 2020</li> <li>• Ondersteunen van publiek-private samenwerking en wegnemen van drempels</li> <li>• Samen met de speciaal gezant (dhr. (10)(2e)) zetten we in op het stimuleren van productie, binnen de eigen landsgrenzen. Er wordt een selectie gemaakt van kansrijke initiatieven, in samenwerking diverse experts (waaronder RIVM en IGJ).</li> <li>• Voorbereiding van de te maken keuze ten aanzien eventuele (gezamenlijke) financiële bijdrage aan productiecapaciteit. Tevens overleg met buurlanden hierover.</li> <li>• We voeren gesprekken met initiatieven uit de markt en bezien de ondersteuningsbehoefte.</li> <li>• Adviesaanvraag Gezondheidsraad over vaccinatiestrategie (t.a.v.</li> </ul>

	<p>risicogroepen).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorbereiding latere vaccinatiecampagne (VWS, RIVM)</li> </ul>
Achtergrond:	<p>Nederland heeft bij het pledging event van 4 mei 192 mln euro beschikbaar gesteld.</p>
Internationale inzet uitgesplitst	<p><u>Toezegging pledging event, dit bestaat uit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor de ontwikkeling van een vaccin stelt VWS € 50 miljoen ter beschikking via het CEPI. Vanuit diverse andere EU-lidstaten wordt ook bijgedragen aan CEPI.</li> <li>• 42 miljoen voor COVID-19 medisch Onderzoek (ZonMW)</li> <li>• 50 miljoen voor preventie en Humanitarian Aid (BZ)</li> <li>• 40 miljoen via IMF en de VN, and (BZ)</li> <li>• 10 miljoen voor de Global Financing Facility voor versterking national gezondheidssystemen in low income landen.</li> </ul> <p><u>Indirecte financiële bijdrage:</u></p> <p>Ook via de Europese Commissie (EC) draagt Nederland indirect bij aan vaccin ontwikkeling. De EC heeft de volgende bedragen beschikbaar gesteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• € 93,5 miljoen investering in vaccinonderzoek vanuit het Horizon 2020 programma, dit gaat buiten het CEPI om. Het gaat om een call van € 48,5 mln, voor 18 projecten waarbij voor 9 projecten NL partijen mee doen. Daarnaast heeft de Commissie € 45 miljoen bijgedragen aan het Innovative Medicines Initiative, waarbij ook € 45 miljoen wordt verwacht van de industrie.</li> <li>• € 80 miljoen voor een lening aan CureVac, een biofarmaceutisch bedrijf;</li> <li>• € 50 miljoen reguliere bijdragen aan CEPI in 2020 via reguliere mechanismen.</li> </ul> <p><u>Inhoudelijk EU:</u></p> <p>Nederland is vertegenwoordigd in de nieuwe EU ad hoc Working group COVID-19 (op initiatief van Europese Commissie DG RTD i.s.m. DG SANTE onder voorzitterschap van (10)(2e) (10)(2e)). Tijdens het eerste overleg (d.d. 17 april) is afgesproken dat er vier werkgroepen komen die met afzonderlijke thema's aan de slag gaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Clinical trials (therapeutics/vaccines)</li> <li>o Financing</li> <li>o Vaccine development/manufacturing</li> <li>o Testing</li> </ul> <p>NB: voorsnog is nog weinig bekend over de scope en mandaat van deze werkgroep(en).</p>

**Q: Wat is de stand van zaken rond ontwikkeling vaccin?**

**A:**

- Er is een zeer groot aantal initiatieven om vaccins te ontwikkelen. WHO telde er zo'n 80.
- Ongeveer 7 bedrijven zijn begonnen met het toedienen van een vaccin op proefpersonen.
- Eén ontwikkelaar heeft al aangegeven dat een kandidaat vaccin in september mogelijk in productie kan worden genomen (Oxford University, i.s.m. verschillende bedrijven). Dan moet er overigens nog geproduceerd worden.
- De onzekerheid over de werkzaamheid van een vaccin is groot. Veel initiatieven sneuvelen (vanwege veiligheid of werkzaamheid) in de ontwikkelfase.
- De verwachting is dat het nog 12 – 18 maanden kan duren voordat we een goed vaccin hebben.

**Q:**

Wat doet NL?

**A:**

- Internationale samenwerking is noodzaak;
- Bij de grote online conferentie op initiatief van de Voorzitter van de Europese Commissie (*'pledging event'*) heeft NL maandag 192 mln euro toegezegd, waarvan 50 mln euro aan CEPI;
- Ik ben met bedrijven in Nederland in gesprek om ontwikkeling en productie van vaccins te faciliteren;
- Het gaat dan vooral om versnellen procedures en andere randvoorwaarden.
- Intravacc werkt aan de ontwikkeling van 3 kandidaat vaccins.
- Samen met de speciaal gezant zetten wij ons er voor in dat de Nederlandse kennis, ervaring en faciliteiten zo doelmatig mogelijk worden ingezet om de ontwikkeling en latere productie te bespoedigen.

NB: Bij doorvragen m.b.t. versnellen procedures kan bijvoorbeeld verwezen worden naar verkorten procedure vergunning toepassen genetisch gemodificeerde organismen (gerealiseerd op 31 maart jl. door I&W)

**Q:**

Heeft u al afspraken gemaakt over productie en aankoop vaccins?

**A:**

- Nee, er is nog geen vaccin beschikbaar en dan is het moeilijk afspraken te maken over productie en aankoop;
- We weten niet welke vaccins als eerste op de markt komen;
- Ik volg nauwgezet welke initiatieven mogelijk succesvol kunnen zijn en ik kijk of productiefaciliteiten in Nederland geschikt zijn.

**Q:**

Hoe zorgt u ervoor dat Nederland vaccins krijgt als ze beschikbaar zijn?

**A:**

- Wanneer we weten welke vaccins veilig en effectief zijn en geproduceerd kunnen worden, zullen we ook in internationaal verband de daadwerkelijke distributie bespreken;
- Het zal niet zo zijn dat vaccins onmiddellijk voor iedereen beschikbaar zijn;
- Kwetsbare mensen en bijvoorbeeld werkers in de zorg, zullen voorrang krijgen
- Ik vraag de Gezondheidsraad advies over de te voeren immunisatiecampagne en mogelijk aan te brengen prioriteiten daarbinnen.

**5. Stand van zaken Caribisch Nederland**

De laatste gegevens van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien: Aruba (100), Sint Maarten (76), Curaçao (16), Sint Eustatius (2), Saba (2) en Bonaire (2). Thans liggen er op Sint Maarten 1 patiënt op de IC, op Aruba 2 en op Curaçao 1. Op Sint Maarten zijn inmiddels 13 mensen overleden aan de gevolgen van het virus. Op Aruba zijn 2 mensen overleden. Op Curaçao is 1 persoon overleden aan de gevolgen van COVID-19.

#### *Tweede OMT-advies Cariben*

Op 24 april 2020 heeft het OMT een tweede advies over de Cariben opgeleverd. Het advies is bij deze brief gevoegd. Op basis van de drie eerdergenoemde ankerpunten op het gebied van volksgezondheid zijn er **adviezen geformuleerd voor de korte, middellange en lange termijn.**

Inzet van het ministerie van VWS is om de geadviseerde OMT-maatregelen voor de korte en middellange termijn te realiseren. Zo zijn er 42 extra beademingsapparaten naar het Caribisch deel van het Koninkrijk gegaan. Er is medisch personeel ingehuurd via een internationaal medisch uitzendbureau. De inzet daarvan op Curaçao en Aruba heeft enige vertraging opgelopen vanwege een positieve COVID-19-test bij één van de personeelsleden bij aankomst op Curaçao. De teams zullen vanaf 5 mei weer op deze eilanden zijn. Voorts zullen er inspanningen worden verricht om de diensten publieke gezondheidszorg duurzaam te versterken.

Wat betreft de lange termijn, stelt het OMT Cariben vast dat er op dit moment onvoldoende adequate maatregelen zijn om toerisme weer toe te laten op de eilanden en tegelijkertijd import van nieuwe patiënten te voorkomen. Indien er geen structurele maatregelen worden genomen, bestaat het risico dat toeristen te veel beslag op de beperkte zorgcapaciteit kunnen gaan leggen. Mede gezien het lange behandeltraject - blijft dan onvoldoende capaciteit beschikbaar voor de lokale zorgbehoefte. In de komende weken zal samen met de landen een plan opgesteld moeten worden om de zorgcapaciteit (IC-capaciteit, acute zorg en electieve zorg) zo in te richten dat er in een grotere zorgbehoefte kan worden voorzien om zowel de lokale bevolking als ook toeristen te kunnen bedienen. Pas als ook de toegang tot de zorg voor beide groepen gewaarborgd kan worden, is het toelaten van toeristen realistisch.

## Factsheet Caribisch Nederland en landen van het Koninkrijk

T.b.v. Coronadebat 6 mei

### **Aantal bevestigde besmettingen, opgenomen patiënten en overledenen**

- De laatste gegevens van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien: Aruba (100), Curaçao (16), Sint Maarten (76), Sint Eustatius (2), Saba (2) en Bonaire (2).
- De gevallen van Bonaire en Sint Eustatius zijn inmiddels genezen.
- Thans liggen er op Sint Maarten 1 patiënt op de IC, op Aruba 2 en op Curaçao 1.
- Op Sint Maarten zijn inmiddels 13 mensen overleden aan de gevolgen van het virus, op Aruba 2 en op Curaçao 1.
  
- Strategie lokale overheden: containment
  
- Strategie COVID-19-aanpak van het minVWS:
  - Ondersteuning bieden aan de afdelingen publieke gezondheid van de 6 eilanden
  - Vergroten van de IC-capaciteit in het Caribisch gebied.

### **Beeld huidige situatie**

- De 6 eilanden tellen gezamenlijk ongeveer 350.000 inwoners (excl. ongedocumenteerden).
- Vluchten van, naar en tussen de (ei)landen zijn zeer beperkt tot acute patiënten, medisch personeel en vracht.
- Op de eilanden zelf zijn meerdere maatregelen genomen gericht op social distancing. O.a. sluiting scholen, instellen avondklok, volledige lockdown (Sint Maarten). Deze maatregelen worden nu langzaam versoepeld.
- Er zijn 42 beademingsapparaten naar het Caribisch deel van het Koninkrijk gebracht ten behoeve van extra IC-beademingsplekken op Sint Maarten (12), Aruba (12), op Curaçao (12) en op Bonaire (6).
- Tevens zijn de landen voorzien van extra medisch personeel, via een internationaal medisch uitzendbureau. In de landen 60% minder verpleging en 60% minder specialisten dan in Nederland.
- BES zijn grotendeels afhankelijk van de zorgcapaciteit CAS.

### **OMT Cariben**

- Op 30 maart is er een eerste OMT-Cariben bijeengekomen die op 31 maart advies hebben opgeleverd. Aanvullend op dit advies heeft dhr. Van Dissel in een brief zijn zorgen geuit over de situatie op St. Maarten. Dit is aanleiding geweest om in de eerste plaats de IC-capaciteit op St. Maarten uit te breiden.
- Op 24 april is het tweede OMT-advies Cariben opgeleverd.
- Aan de hand van de volgende drie ankerpunten zijn er adviezen geformuleerd voor de korte, middellange en lange termijn:
  - een acceptabele belastbaarheid van de zorg;
  - het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;

- het zicht houden op en het inzicht hebben in de ontwikkeling van de verspreiding van het virus.
- Inzet van het ministerie van VWS is nu om de geadviseerde OMT maatregelen voor de korte en middellange termijn te realiseren. Hierover vinden gesprekken plaats met de landen.
- Sinds vier weken is er wekelijks overleg tussen de staatssecretaris van de bewindspersonen van de landen. En een wekelijks overleg met alle ziekenhuizen in het Caribisch gebied. In deze overleggen worden de gezamenlijke inspanningen besproken om de zorgcapaciteit op de 6 eilanden te vergroten.

## **Tweesporenbeleid VWS**

1. *Maximaal controleren door introductie BES te voorkomen en containment CAS stevig voort te zetten.*
  - Er is al sprake van een intensieve samenwerking met de 6 (ei)landen in het kader van de *International Health Regulations*, gecoördineerd door RIVM. RIVM staat dagelijks in contact met de diensten publieke gezondheid van de 6 eilanden en adviseert over de epidemiologische situatie en de te nemen maatregelen.
  - Op grond van het eerste OMT-advies (ruimhartig en laagdrempelig testen) is de testcapaciteit op de eilanden vergroot. Aruba, Curaçao en inmiddels ook Sint Maarten beschikken al over testfaciliteiten. De laboratoria kunnen over en weer elkaars tweede test uitvoeren. Ook voeren zij de testen uit voor Caribisch Nederland.
  - Er is een arts-epidemioloog en een verpleegkundige naar St. Maarten gestuurd ter versterking van de afdeling publieke gezondheid. Ook is er een WASH-specialist (water, sanitatie en hygiëne) van het Rode Kruis gestuurd.
  - Op Bonaire is het eilandelijk beleidsteam versterkt met een crisismanager.
  - Er wordt gewerkt aan de duurzame versterking van de diensten publieke gezondheidszorg (tweede OMT-advies).
2. *Uitbreiding IC-capaciteit*
  - In de MCCB van 31 maart en 2 april is besloten dat er 42 beademingsapparaten richting het Caribisch deel van het Koninkrijk worden gestuurd. Deze 42 extra plekken zijn bedoeld voor patiënten van alle eilanden van het Caribische deel van het Koninkrijk.
  - Inmiddels zijn alle 42 beademingsapparaten (met bijbehorende randapparatuur) naar het Caribische deel van het Koninkrijk gestuurd. Een aantal apparaten is al in gebruik, de rest wordt nu operationeel gemaakt.
  - Naast deze beademingsapparaten is ook voorzien in personeel, medicatie en persoonlijke beschermingsmiddelen zodat de apparaten daadwerkelijk in gebruik genomen kunnen worden.
  - Het benodigde personeel voor Sint Maarten, Aruba en Curaçao is via een internationaal medisch uitzendbureau (Aspen Medical International) ingehuurd. Het personeel voor Sint Maarten is 8 april op het eiland gearriveerd.
  - De inzet van het personeel op Curaçao en Aruba heeft enige vertraging opgelopen vanwege een positieve Covid19-test bij één van de personeelsleden bij aankomst op Curaçao. Op Aruba is het team inmiddels opnieuw aangekomen. Op Curaçao gebeurt dat in de loop van komende week.
  - Op St. Eustatius is met behulp van Hospitainer een unit gerealiseerd voor geïsoleerde (non-IC-)zorg voor Covid19-patiënten.

**Waarborgen non-COVID-19- zorg**

- Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de gezondheidszorg in Caribisch Nederland. De inperkende maatregelen om de introductie of verspreiding van het COVID-19-virus te beperken, hebben natuurlijk invloed op de continuïteit van die gezondheidszorg.
- De ziekenhuizen in Caribisch Nederland en de ziekenhuizen in de drie landen zetten zich in om onderling de acute en essentiële zorg te waarborgen. Hiertoe zijn de zorgmogelijkheden in het ziekenhuis in Curaçao vergroot.
- Voor zeer specialistische acute zorg die niet beschikbaar is in het Caribisch deel van het Koninkrijk worden incidenteel artsen vanuit Nederland ingevlogen.
- Colombia is tot 12 mei, met uitzondering van prematuur geboren, niet toegankelijk voor tertiaire en acute zorg voor patiënten vanaf de zes eilanden. Dit in verband met de gesloten grenzen. Daarom wordt een andere optie in de regio, Martinique, nu uitgewerkt. Er is een tijdelijk protocol op grond waarvan acute patiënten nu uitgevlogen kunnen worden.

## Factsheet Onderwijs

6 mei 2020

### Scholen werken aan heropening

- Scholen in het **primair onderwijs** gaan op 11 mei voor 50% open. Tussen leerlingen hoeft geen 1,5 meter afstand bewaard te worden. Tot die tijd zijn scholen alleen open zijn voor opvang van kinderen van ouders in cruciale beroepen en het organiseren van afstandsonderwijs.
- Het **voortgezet (speciaal) onderwijs** werkt aan protocollen voor als de scholen op 2 juni weer open gaan. Definitieve besluitvorming door het kabinet moet nog volgen. Mogelijk wordt de inhoud van de protocollen daar nog op **aangepast**. Op dit moment is het voortgezet onderwijs open voor de afnames van schoolexamens en voor de voorbereiding op schoolpraktijkexamens. En voor de opvang van kwetsbare leerlingen (geldt ook voor PO).
- Samen met I&W wordt er gewerkt aan maatregelen om de druk op het openbaar vervoer door het openen van scholen beheersbaar te houden.

### Aangepast testprotocol

- Er is voldoende testcapaciteit om onderwijspersoneel en personeel in de kinderopvang laagdrempelig te testen. Het RIVM heeft berekend dat met toevoeging van de nieuwe doelgroepen en het meewegen van het seizoenseffect het aantal testen per dag in mei naar verwachting rond de 8000 uitkomt. Dat past ruim binnen de beschikbare capaciteit van 17.500 tests per dag.
- Op woensdag 6 mei is door het RIVM een richtlijn gepubliceerd die omschrijft wanneer een personeelslid zich kan laten testen, wat een school of de kinderopvang moet doen bij ziektegevallen en wanneer melding gedaan moet worden bij de GGD.

### Kinderopvang/ BSO

- Om de afstemming met de BSO te vergemakkelijken, zouden scholen hele dagen open moeten gaan.
- De meerderheid van de basisscholen (80%) kiest er al voor om kinderen hele dagen naar school te laten komen. 10% van de basisscholen kiest voor halve dagen en 10% kiest voor een tussenvariant of gaat helemaal open vanwege speciaal onderwijs.

### Kinderen/studenten in een kwetsbare positie

- Er zijn kinderen/studenten voor wie onderwijs en opvang thuis niet (goed) mogelijk is, doordat deze kinderen speciale zorg nodig hebben of omdat er thuis onvoldoende stabiliteit is. Scholen en gemeenten kijken samen met Veilig Thuis, Jeugdzorg en andere relevante betrokken partijen op lokaal niveau voor welke leerlingen welke ondersteuning en/of opvang nodig is.
- Het is een zeer onwenselijke situatie als kinderen van de radar verdwijnen en hun thuis situatie niet in beeld is. De leerkrachten kunnen er naar toe gaan en aanbellen om situatie te peilen. Een gesprekje op 1,5 meter afstand bij de voordeur kan volgens het RIVM.
- Bij geen contact tijdens onderwijs op afstand kan dit gemeld worden bij de leerplichtambtenaar. Die kan in overleg met andere hulpverleners binnen en buiten de school, zoals schoolpedagogen of psychologen, zo nodig huisbezoeken afleggen, met in achtname van de RIVM richtlijnen.
- Scholen kunnen door toch een verzuim melding te doen alsnog contact leggen met leerplichtambtenaren in dergelijke situaties.
- Gemeenten kunnen initiatief nemen om tot een oplossing op maat te komen. In specifieke gevallen kan in deze periode bijvoorbeeld opvang, onderwijs of begeleiding buitenshuis nodig zijn.

- Het allerbelangrijkste is dat de leerplichtambtenaar met de school afstemt hoe je samen contact houdt met de leerling en de ouders. Probeer met elkaar te voorkomen dat leerlingen achterstanden op gaan lopen en stimuleer het volgen van onderwijs.
- Samen met de sectorraden werken we aan mogelijkheden om de doelgroep nog actiever te benaderen en welke ondersteuningsmogelijkheden we ze de komende weken gezamenlijk kunnen bieden.
- Door betrokken onderwijsparten wordt er gezamenlijk een periodieke monitoring gehouden aangaande noodopvang (ko/po), kinderen in een kwetsbare positie en kinderen die niet in beeld zijn (beiden ko/po/vo/mbo). Doel van de monitoring is waar nodig extra maatregelen te treffen als er knelpunten zijn.
- Uit de monitor blijkt dat het bij de opvang en/of extra ondersteuning van kinderen/studenten in een kwetsbare positie gaat om
  - ongeveer 8.750 kinderen in de leeftijdscategorie 0-3 jaar,
  - 24.500 reguliere basisschoolleerlingen,
  - 4.550 leerlingen van scholen voor speciaal basisonderwijs,
  - 4.550 leerlingen van scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs,
  - 30.450 leerlingen van scholen voor voortgezet onderwijs en
  - 25.500 studenten van instellingen voor middelbaar beroepsonderwijs
- Bij kinderen/studenten die niet in beeld zijn, gaat het om ongeveer 1.750 leerlingen in het primair onderwijs (waarvan 40% in het speciaal basisonderwijs of (voortgezet) speciaal onderwijs), 2.900 leerlingen in het voortgezet onderwijs en 4.400 studenten in het middelbaar beroepsonderwijs.

#### **Onderwijs op afstand**

- Als kinderen niet thuis over een laptop of pc beschikken, zien we vaak dat scholen in overleg met gemeenten hierin kunnen voorzien. Daarnaast heeft SIVON met geld van OCW (eerste tranche € 2,5 mln) ook laptops gekocht en zijn die gedistribueerd naar die plekken waar het echt nodig is. Hiermee kon echter niet aan de volledige vraag voldaan worden. Op 4 mei is in een brief aan de TK gemeld dat er € 3,8 mln extra beschikbaar wordt gesteld voor de financiering van de resterende vraag naar laptops en tablets. Hiermee komt het totaal dus op € 6,3 mln.
- Diverse telecomproviders hebben tijdelijk kosteloos aanbod beschikbaar gesteld voor leerlingen die thuis geen internetverbindingen hebben. De PO-Raad, VO-raad en telecomproviders zijn in overleg over het identificeren en oplossen van knelpunten rond internetverbindingen bij leerlingen thuis.
- Voor scholen is er via Kennisnet informatie beschikbaar voor scholen met vragen. Die kunnen terecht op de website [www.lesopafstand.nl](http://www.lesopafstand.nl).
- Ook de private aanbieders van digitaal lesmateriaal leveren hun bijdrage, bijvoorbeeld door licenties ook voor thuisgebruik open te stellen, en door de capaciteit van hun systemen te verhogen zodat iedereen gebruik kan maken van de online leeromgevingen.

#### **Examens in het voortgezet (speciaal) onderwijs**

- Scholen hebben de komende periode de tijd om leerlingen op afstand voor te bereiden en de schoolexamens af te nemen. Omdat er geen centrale examens volgen, hebben de scholen hier extra tijd voor.
- Scholen wordt gevraagd om in lijn met de geldende maatregelen de schoolexamens waar mogelijk op afstand te doen. Scholen kiezen zelf een passende manier voor de afname van het schoolexamen, waarbij aan de richtlijnen van het RIVM, waaronder de afstand van 1,5 meter tussen de leerlingen en leraren, wordt voldaan.
- Een leerling kan op basis van de schoolexamenresultaten een diploma behalen. De doorstroom naar het vervolgonderwijs gebeurt op basis van dat diploma.
- De aanmelddatum voor het vervolgonderwijs is een maand naar achteren is verplaatst (naar 1 mei voor het mbo, 1 juni voor het hoger onderwijs) waardoor leerlingen en studenten meer ruimte krijgen voor het kiezen van een studie.

## **Middelbaar beroepsonderwijs & hoger onderwijs**

### *Examens mbo*

- Een aantal mbo-scholen heeft tot en met 6 april geen fysieke examens meer afgenomen, zodat zij alle ruimte hadden om het onderwijs op afstand en de examinering goed vorm te geven. De minister van OCW heeft aangegeven hiervoor begrip te hebben.
- OCW heeft samen met de MBO Raad (sectorraad voor het mbo) aan een handreiking gewerkt waarin er meer duidelijk wordt over een verantwoorde diplomering van studenten. De mbo-scholen zetten vanaf 7 april de examinering en diplomering weer op een verantwoorde manier door.
- Het College voor Toetsen en Examens (CvTE) heeft de tijdvakken, waarbinnen de centraal examens in het mbo flexibel kunnen worden afgenomen door scholen, maximaal verruimd. Hierdoor hebben mbo-scholen de mogelijkheid om vanaf nu tot en met 10 juli elke dag examens af te nemen bij de studenten bij wie dat nog moet gebeuren voor het behalen van hun diploma voor 1 januari 2021.

### *Stages/BPV-uren*

- BOL (beroepsopleidende leerweg)- en BBL (beroepsbegeleidende leerweg)-onderwijs dat bij bedrijven plaatsvindt kan doorgaan, op voorwaarde dat de ontvangende organisatie of school dat toestaat, handelt conform de richtlijnen van de overheid en het onderwijs plaatsvindt op een wijze die past bij de richtlijnen van RIVM en GGD.
- Als de beroepspraktijkvorming (BPV) eerder wordt afgebroken als gevolg van de Coronacrisis, is het aan het onderwijsteam te beoordelen of leerdoelen en praktijkopdrachten afgerond kunnen worden, zonder dat de uren geheel gemaakt worden. Daarbij kan ook gekeken worden naar resultaten uit eerdere stages of naar alternatieve (praktijk-)opdrachten.

### *Doorstroom mbo-hbo*

- Mbo-4 studenten mogen onder specifieke voorwaarden al met een AD- of hbo-opleiding beginnen. Het gaat dan om de mbo-student die door deze crisis nog een beperkt deel van de mbo-opleiding moet afronden en vanwege een mogelijk verlaat diplomabesluit formeel niet tijdig voldoet aan de toelatingsvoorwaarden. Deze studenten hebben tot 1 januari 2021 de mogelijkheid om het mbo-4-diploma te verwerven.

### *Afstandsonderwijs mbo/ho*

- Er lijken geen grote knelpunten te zijn die de Rijksoverheid moet helpen wegnemen. De stappen die instellingen hebben gemaakt zijn enorm. Zo heeft de Wageningen Universiteit in een week tijd 200 cursussen gedigitaliseerd.
- De ICT-coöperaties van de onderwijsinstellingen SURF, saMBO-ICT en Kennisnet spelen een essentiële rol in de huidige ontwikkelingen. Onderwijsinstellingen zoeken op dit moment naar mogelijkheden om de examinering op afstand te realiseren.

### *Bindend studieadvies hoger onderwijs*

- Alle studenten die studieovertraging oplopen door het coronavirus, krijgen uitstel van het bindend studieadvies. Dat betekent dat zij in het tweede studiejaar de bsa-norm kunnen halen. Universiteiten en hogescholen geven dit vorm
  - Ofwel door een generiek uitstel van het bsa aan alle eerstejaarsstudenten te verlenen,
  - Ofwel door nadere richtlijnen vast te stellen die voor studenten duidelijk maken wanneer zij voor uitstel van het bsa in aanmerking komen

### *Compensatie en financiën studenten*

- Studenten die door de Coronacrisis niet kunnen afstuderen binnen de diplomatermijn, kunnen met DUO contact opnemen. DUO zal dan coulance betrachten.
- Studenten kunnen hun lening verhogen, dat kan ook met terugwerkende kracht vanaf het begin van het collegejaar. Zo worden studenten geholpen die in financiële nood zitten. [Studieleningen mogen worden terugbetaald in 35 jaar en alleen als je inkomen daarvoor toereikend is.]
- Studenten in het hoger onderwijs krijgen 3 maanden langer recht op het studentenreisproduct. Ze krijgen dit automatisch toegevoegd en hoeven hiervoor niet het reisproduct tijdelijk stop te zetten. De duur van het reisrecht in het hoger onderwijs betreft de nominale studieduur plus een jaar. Studenten die langer studeren hebben profijt van deze maatregel. In het mbo is de verlenging niet nodig omdat het reisrecht voor mbo'ers al drie jaar langer is dan de nominale studieduur. De reisvoorziening kan niet worden gebruikt als iemand al is afgestudeerd; ook met deze verlenging niet.
- Bij een groep studenten blijft ondanks maatregelen van de instellingen, de zorg bestaan dat er studieovertraging ontstaat. OCW voert met de studentenorganisaties en onderwijskoepels de komende periode het gesprek over uit welke studenten die groep precies bestaat en over eventuele ondersteuning van die studenten.

## Factsheet Cultuur & Media

6 mei 2020

### Culturele- en creatieve sector

- Donderdag 12 maart jl. heeft uw Kamer de motie Jetten cs. aangenomen met daarin de oproep tot een steunpakket voor cultuur.
- Minister van Engelshoven heeft een aantal bestuurlijke overleggen gevoerd met de culturele en creatieve sector, de rijkscultuurfondsen, de private fondsen, gemeenten en provincies.
- Er wordt een breed pakket aan maatregelen ingezet waarbij nu eerst gefocust wordt op de korte termijn voor het gehele culturele en creatieve veld: gesubsidieerd, commercieel en hybride.
- De kabinetsbrede maatregelen vanuit de ministeries van EZK en SZW bieden houvast voor bedrijven, instellingen en werkenden in het culturele en creatieve veld. Het meest relevant zijn:
  - de werktijdverkorting voor werknemers en werkgevers.
  - de extra ondersteuning voor zzp'ers.
  - de belastingmaatregelen.
  - verruiming en versoepeling van de borgstelling midden- en kleinbedrijf.
  - financiële ondersteuning via Qredits.
  - het noodloket.
 Daarmee worden banen behouden, worden zzp'ers en kleine ondernemingen ondersteund en worden lasten verlaagd. Een aantal maatregelen wordt snel nader uitgewerkt.
- Over het noodloket is intussen het volgende bekend: Het ministerie van EZK opent een noodloket bij de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland. Hiervan kan een deel van het culturele en creatieve veld onder voorwaarden gebruik maken. Kleine bedrijven uit het culturele en creatieve veld een aanvraag indienen van € 4.000,- voor geleden schade als gevolg van COVID-19.
- Het kabinet heeft op dinsdag 7 april besloten om de TOGS (Tegemoetkoming Ondernemers Getroffen Sectoren Covid-19) aan te vullen. Door de uitbreiding hebben ook meer bedrijven een zzp-ers in de cultuursector toegang tot de regeling. Onder meer fotografie, filmproductiebedrijven en monumentenzorg zijn toegevoegd.

- Naast die brede inzet neemt minister Van Engelshoven specifieke coulancemaatregelen. Instellingen worden opgeroepen om met freelancers en zzp'ers gemaakte afspraken na te komen.
- Voor de instellingen gefinancierd via de Basisinfrastructuur en Erfgoedwet gelden bijvoorbeeld dat we de deadline voor het indienen van de jaarverantwoording verschuiven en er worden geen consequenties verbonden aan te laat ingediende jaarverantwoordingen. De subsidies lopen door en worden niet gekort als prestaties niet worden gehaald vanwege COVID-19. Gemeenten hebben laten weten deze maatregel ook te volgen.
- Om de rijksgesubsidieerde musea die huren via het Rijksvastgoedbedrijf meer financiële ruimte te geven, heeft minister van Engelshoven geregeld dat zij op een later moment hun huur kunnen voldoen. Zij hoopt dat gemeenten en provincies mijn voorbeeld zullen volgen en de huur van hun culturele instellingen tijdelijk zullen opschorten.
- Alle coulance maatregelen zijn nader uitgewerkt in de brief van minister Van Engelshoven die uw Kamer op vrijdag 27 maart ontving.
- Ook de zes rijkscultuurfondsen nemen alle coulancemaatregelen over voor de instellingen die zij ondersteunen.
- Daarnaast heeft de sector samen met OCW, volgens regels van de ACM, een regeling ontwikkeld om gezamenlijk aan bezoekers te vragen hun tickets te behouden en zo de culturele sector te steunen. De verschillende brancheverenigingen roepen hun bezoekers op hun ticket te bewaren tot de deuren weer opengaan en anders eventueel een tegoedvoucher te vragen: 'Bewaar je ticket, geniet later.' Meer informatie is te vinden via [www.bewaarjeticket.nl](http://www.bewaarjeticket.nl)

*Aanvullende maatregelen: 300 miljoen*

- Op 15 april jl. heeft minister Van Engelshoven uw Kamer geïnformeerd over aanvullende maatregelen die het kabinet neemt om de vitale onderdelen in de culturele infrastructuur in stand te houden. Er wordt € 300 miljoen additionele middelen toegevoegd aan het bestaande instrumentarium.
- Zo behouden we niet alleen het unieke Nederlandse artistieke product, maar waarborgen we ook de werkgelegenheid in deze sector. Het doel is om die onderdelen van de keten, die onmisbaar zijn en zorgen voor werkgelegenheid, overeind te houden.
- De regeling is gericht op instellingen/organisaties, die de opdrachtenstroom richting zzp'ers en andere instellingen weer op gang kunnen brengen.
- De additionele middelen worden ingezet voor het:
  - verhogen van de subsidie aan producerende instellingen in de Basisinfrastructuur 2017-2020 en de instellingen en festivals die meerjarige subsidie ontvangen van de zes rijkscultuurfondsen in de periode 2017-2020;
  - verhogen van de leenfaciliteit voor monumenteneigenaren van opengestelde rijksmonumenten via het Nationaal Restauratie Fonds;
  - investeren in de vitale regionale infrastructuur via de rijkscultuurfondsen voor een aantal cruciale regionale musea, podia en filmtheaters;
  - verhogen van leenfaciliteiten bij Cultuur + Ondernemen voor instellingen die privaet worden gefinancierd.
- Uw Kamer heeft de incidentele suppletoire begroting ontvangen waarmee de € 300 miljoen aan de begroting van OCW wordt toegevoegd. Op 28 april is hier over gesproken in het 'Wetgevings-overleg inzake suppletoire begroting cultuur en andere cultuuronderwerpen'.
- Minister Van Engelshoven streeft ernaar zo snel mogelijk te kunnen starten met de uitvoering van deze maatregelen en is daarover in overleg met betrokken partijen zoals de zes rijkscultuurfondsen, het Nationaal Restauratie Fonds, Cultuur + Ondernemen, IPO, VNG en vertegenwoordigers uit het culturele en creatieve veld.
- Zoals toegezegd in het overleg van 28 april 2020, wordt uw Kamer zo snel mogelijk over de verdere uitwerking geïnformeerd.

**Mediasector**

- Dinsdag 7 april jl. heeft minister Slob voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media uw Kamer een brief gestuurd over de impact van de coronacrisis op de mediasector.

- De gevolgen voor de mediasector zijn groot: de inkomsten lopen terug, terwijl de vraag naar informatie toeneemt. Het is van groot belang dat de informatie- en nieuwsvoorziening op alle niveaus in deze onzekere tijden doorgaat.
- Het kabinet neemt maatregelen langs 3 sporen om de mediasector in deze tijd te ondersteunen.
- Dit betreffen ten eerste de kabinetsbrede maatregelen, waar ook mediaorganisaties aanspraak op kunnen maken. Het gaat dan met name om:
  - de Noodmaatregel Overbrugging voor Werkgelegenheid (NOW);
  - de Overbruggingsregeling zelfstandig ondernemers (Tozo);
  - de verschillende belastingmaatregelen;
  - de versoepeling van kredieten, zoals de verruiming van de BMKB;
- Daarbij heeft de Rijksoverheid "media en communicatie" opgenomen op de lijst van 'cruciale beroepen'.
- Ten tweede kondigt minister Slob in zijn brief een tijdelijk steunfonds voor huis-aan-huiskranten en lokale publieke omroepen aan.
- Huis-aan-huiskranten en lokale publieke omroepen zijn partijen voor veel mensen een belangrijke bron van lokale informatie. De informatievoorziening door deze partijen is, als gevolg van het teruglopen van advertentie-inkomsten en de vaak (zeer) beperkte financiële reserves, in direct gevaar.
- Minister Slob stelt via het Tijdelijke Steunfonds voor Lokale Informatievoorziening eenmalig maximaal € 11 mln. beschikbaar. Dit geld is vrijgemaakt door reeds voor 2020 gereserveerde middelen in te zetten.
- Het Steunfonds wordt als maatregel uitgevoerd door het Stimuleringsfonds voor de Journalistiek.
- Huis-aan-huiskranten en lokale publieke omroepen konden vanaf 11 april 2020 tot en met 19 april bij het Stimuleringsfonds een eenmalige bijdrage aanvragen voor een periode van drie maanden: 15 maart 2020 tot en met 15 juni 2020.
- In de week van 27 april is er € 9.3 mln. aan krediet uitgekeerd aan 181 lokale omroepen en 410 HAH-kranten.
- De hoogte van deze eenmalige bijdrage is afhankelijk van het bereik en kan van enkele duizenden euro's oplopen tot enkele tienduizenden euro's per aanvrager in totaal voor drie maanden, met een ondergrens van € 4.000 per aanvrager
- Voor meer informatie kunnen geïnteresseerden terecht op de website van het Stimuleringsfonds voor de Journalistiek.
- Ten derde en als laatste treft minister Slob een aantal coulancemaatregelen voor mediaorganisaties en -professionals die subsidie vanuit het Rijk ontvangen. Bijvoorbeeld dat de deadline voor het indienen van de jaarverantwoording 2019 verschuift en dat men vanuit het ministerie met de organisaties en professionals in gesprek gaat indien activiteiten niet conform plan worden uitgevoerd.
- Alle coulance maatregelen zijn nader uitgewerkt in de brief van minister Slob die uw Kamer op dinsdag 7 april ontving.
- Minister Slob blijft in aanvulling op de aangekondigde maatregelen de situatie in de mediasector nauwlettend volgen en is daarvoor voortdurend in gesprek met de partijen uit de sector.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**Q: De premier zei gisteren bij de persconferentie iets over boetes bij het niet dragen van persoonlijke beschermingsmiddelen. Wat bedoelde hij?**

- Er is gezegd dat er bij het OV een boete uitgedeeld zal worden als personen geen niet-medische mondkapjes worden gedragen.
- Het handhavingsbeleid voor mondkapjes in het OV wordt op korte termijn verder uitgewerkt.
- Er is voornamelijk niets bepaald over boetes voor wel/geen/verkeerde mondkapjes in contactberoepen.
- Mochten blijken dat er teveel medische mondkapjes buiten de zorg worden gedragen, dan overweegt het kabinet om de toepassing daarvan buiten de zorg te verbieden.

**7. Persoonlijk beschermingsmiddelen in de zorg, voor contactberoepen, en in de openbare ruimte**

Bij het stap voor stap versoepelen van de huidige maatregelen kunnen maatregelen zoals het strikt houden aan de 1,5 meter afstand in het gedrang komen. Dit kan bijvoorbeeld bij het uitoefenen van contactberoepen het geval zijn. Dit heeft een risico in zich voor mogelijke opleving van het aantal besmettingen. Daarom heeft het kabinet het OMT gevraagd om advies over 1) het effect op de mogelijke verspreiding van het virus bij het loslaten van de contactberoepen (niet zijnde (para)medische contactberoepen) en of het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen nog een rol kan spelen in de transitiestrategie, en 2) het eventuele gebruik van niet-medische mondkapjes in de openbare ruimte. De uitgangspunten die het OMT hanteert zijn in onderstaand kader opgenomen.

Met deze paragraaf acht ik ook de motie van de leden Dijkhoff (VVD) en Klaver (GL) afgedaan over in kaart brengen of en op welke wijze de inzet van mondkapjes kan bijdragen aan een verantwoorde exitstrategie.<sup>20</sup>

**Uitgangspunten persoonlijke beschermingsmiddelen**

- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene adviezen zoals het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen

<sup>20</sup> Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 251.

en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten. Het strikt blijven opvolgen van deze adviezen is een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.

- Medische mondkapjes dienen gereserveerd te worden voor gebruik in de zorg en dienen gebruikt te worden conform de vigerende adviezen.
- Voor contactberoepen heeft het OMT een afwegingskader vastgesteld waarbij essentieel is dat naast strikte hygiënemaatregelen triage wordt toegepast.
- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
- Het OMT stelt dat gebruik van niet-medische mondkapjes echter overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen.

Het kabinet onderschrijft deze uitgangspunten en beschrijft in dit hoofdstuk wat dit betekent voor de inzet van beschermingsmiddelen in Nederland.

#### Persoonlijke beschermingsmiddelen in de zorg en ondersteuning

Bij goede zorgverlening moet voorop staan dat zorgverleners goed beschermd zijn. Ook in de zorg geldt daarom altijd dat situaties, waar niet noodzakelijk contact met COVID-19 patiënten of contact met patiënten die bepaalde symptomen hebben die op COVID-19 kunnen wijzen, moeten worden voorkomen. Essentieel is dus dat naast strikte hygiënemaatregelen, triage toegepast wordt. Daar waar zorg moet worden verleend aan COVID-19 (verdachte) patiënten heeft het RIVM richtlijnen vastgesteld voor de inzet van medische beschermingsmiddelen. Er is een **nieuwe richtlijn gemaakt voor gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) door mantelzorgers die intensieve zorg verlenen, PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg**. Vanaf volgende week is dit logistiek ingeregeld.

In de reguliere (non-COVID) zorg gelden bestaande richtlijnen omtrent veilig werken en persoonlijke beschermingsmiddelen bij het diagnosticeren en behandelen van patiënten. Denk bijvoorbeeld aan de beschermingsmiddelen die normaliter op een operatiekamer gebruikt worden of in de mondzorg. Deze richtlijnen dateren van voor de uitbraak van het COVID-virus en zijn onverminderd van kracht.

Het is uiteraard van belang dat er over voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen kan worden beschikt om zorgverleners en patiënten te kunnen beschermen.

Specifiek voor de **paramedische beroepen<sup>21</sup> heeft het OMT een afwegingskader vastgesteld voor veilig werken**. In dit afwegingskader zijn maatregelen gedefinieerd om het risico op overdracht van het virus tussen de beroepsbeoefenaar en de cliënt te minimaliseren. De paramedische beroepsgroepen kunnen op basis van dit afwegingskader hun sectorspecifieke protocollen uitwerken of actualiseren.

#### Gebruik PBM buiten het ziekenhuis

Het RIVM heeft in samenspraak met veldpartijen uitgangspunten opgesteld voor het gebruik van **PBM bij zorg buiten het ziekenhuis**. Dit betreft dus alle vormen van zorg buiten het ziekenhuis<sup>22</sup>.

De uitgangspunten zijn geformuleerd op basis van veiligheid voor medewerkers en cliënten/patiënten (besmettingsrisico's) ingeval van (verdenking op) COVID-19. Voor het gebruik van **medische mondkapjes** is daartoe ook een **samenvattende factsheet** opgesteld, die te vinden is

<sup>21</sup> Dit betreft de (paramedische) zorgprofessionals die vallen onder de reikwijdte van artikel 34 van de wet BIG.

<sup>22</sup> Zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis zijn bijvoorbeeld zorgverleners in de huisartsenzorg, wijkverpleging, kraamzorg en verloskunde, Wmo ondersteuning, jeugdzorg, gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg, woonzorgcentra, kleinschalige woonvormen, ambulancezorg en geestelijke gezondheidszorg.

op de website van de Rijksoverheid<sup>23</sup>. Deze wordt ook gemaakt voor andere beschermingsmaterialen.

De uitgangspunten vragen om een **nadere invulling per sector**, rekening houdend met context en doelgroep. Als de specifieke situatie daarom vraagt, kunnen zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd afwijken van deze uitgangspunten en medische beschermingsmiddelen gebruiken. Voor wat betreft de verschillende situaties waarin verplegend en verzorgend personeel zich kan bevinden, **werkt V&VN dit op korte termijn nader uit in overleg met het RIVM**. In het verlengde wordt ook gezien of er in de verschillende sectoren nog andere situaties zijn die in dit verband relevant zijn. Het gaat erom zorgprofessionals praktische handvatten aan te reiken in de dagelijkse praktijk. Sowieso is het verstandig om bij elk begin van zorgverlening – dus elke keer opnieuw – de cliënt/patiënt naar zijn/haar gezondheidssituatie te vragen en per situatie ook te beoordelen of zorg veilig verleend kan worden (**triage is "gesprek +check"**). In geval van twijfel is het belangrijk dat zorgprofessionals elkaar en hun leidinggevendende raadplegen. De alledaagse praktijk laat zich immers niet volledig vangen in uitgangspunten en de situatiebeschrijvingen. Tegelijkertijd is het van belang dat algemeen preventief gebruik van medische beschermingsmiddelen niet nodig is.

#### **Ondersteuning in kader van de Wmo en Jeugdhulp**

Meer specifiek voor de ondersteuning thuis in het kader van de Wmo, in het bijzonder huishoudelijke hulp, begeleiding en dagbesteding en maaltijdondersteuning, gelden eigen uitgangspunten. Voorop staat ook hier de algemene hygiënerichtlijnen op te volgen. Omdat in de meeste gevallen de gezondheidssituatie individueel beoordeeld kan worden en afspraken gemaakt kunnen worden met betrekking tot het handhaven van de 1,5 meter, is algemeen preventief gebruik van PBM volgens de richtlijnen van het RIVM niet noodzakelijk.

Dat neemt niet weg dat het ook hier van groot belang is dat mensen alleen werken als ze klachtenvrij zijn en om bij aankomst bij mensen thuis – elke keer opnieuw – te informeren naar de gezondheid van de cliënt (triage="gesprek+check") en te beoordelen of de zorg gegeven kan worden. Als COVID-19 reeds is vastgesteld, dan moet huishoudelijke hulp in elk geval worden uitgesteld (en zorg worden geregeld). Heeft de cliënt last van neusverkoudheid, loopneus, niezen, keelpijn en hoesten, verhoging of koorts, dan is het advies om te kijken of een dokter kan worden ingeschakeld en de ondersteuning kan worden uitgesteld. Er zijn echter specifieke situaties waarin uitstel niet mogelijk is en ook situaties waarin een medewerker – bij voorkeur in overleg met collega's en/of leidinggevendende – **beredeneerd moet kunnen afwijken van de algemene uitgangspunten van het RIVM**. Voor die gevallen is het belangrijk dat de medewerker over een "**reservepakketje**" aan **medische beschermingsmiddelen** beschikt in zijn/haar ronde langs de cliënten. Met vertegenwoordigers van de vakbonden zullen praktische handvatten worden opgesteld voor de situaties die zich kunnen voordoen. Ook hier geldt dat algemeen preventief gebruik niet nodig is, soms ook beperkingen met zich mee brengt, en ook niet verstandig is omdat het de schaarste vergroot en dus ten koste kan gaan van zorgmedewerkers.

Bij de inkoop en de verdeling van de persoonlijke beschermingsmiddelen zal het Landelijke Consortium Hulpmiddelen (LCH) – in overleg met GGD-GHOR – rekening houden met de implicaties van bovenstaande. Het ministerie van VWS blijft zich samen met het LCH en de werkgevers maximaal inspannen om te blijven zorgen voor voldoende beschermingsmiddelen. Bij een (ervaren) tekort aan beschermingsmiddelen is het belangrijk dat medewerkers dit met hun werkgever bespreken. Biedt dit gesprek geen uitkomst, dan kunnen professionals dit melden bij de

<sup>23</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/04/11/factsheet-verdeling-pbm>

Inspectie SZW en/of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Wij zullen ook de informatie uit de meldpunten van de vakbonden in overleg met hen benutten om beschikbaarheid van PBM te monitoren.

#### *Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH)*

Het LCH voorziet in de extra behoefte aan persoonlijke beschermingsmiddelen van zorgaanbieders die is ontstaan als gevolg van het coronavirus en vervult een rol daar waar de reguliere toeleveringen onvoldoende zijn. Dit doet zij zonder winstoogmerk en voor de Nederlandse gezondheidszorg. Praktisch betekent dit dat zorgpartijen PBM voor medisch gebruik direct kunnen inkopen bij het LCH voor zorg die noodzakelijk is in gevolge de adviezen van het RIVM, de NZa urgentielijst of voor een "COVID-reservepakket". Instellingen kunnen hiervoor een aanvraag indienen bij het LCH<sup>24</sup>.

De uitlevering vindt na bestelling plaats door het LCH. Daarnaast bestaat er bij de GGD-GHOR coördinator in ROAZ-verband een noodvoorraad voor instellingen die acuut persoonlijke beschermingsmiddelen nodig hebben. Mocht het LCH over onvoldoende beschermingsmiddelen beschikken om in de vraag te kunnen voorzien vindt verdeling plaats door GGD GHOR coördinatoren bij de ROAZ over zorgpartijen conform het verdeelmodel.

Het LCH heeft inmiddels grote hoeveelheden beschermingsmiddelen besteld die wekelijks binnenkomen. Op dit moment kan het LCH voorzien in de vraag die bij hen binnenkomt met betrekking tot beschermingsmiddelen; **alleen de schorten en isolatiejassen zijn beperkt beschikbaar**. Ondanks omvangrijke bestellingen blijft de aanvoer van beschermingsmiddelen echter onzeker. De drukte in Azië met vraag vanuit de hele wereld blijft groot, de vraag naar sommige grondstoffen die nodig zijn om medische beschermingsmiddelen te produceren is hoog en het naar Nederland krijgen van beschermingsmiddelen is en blijft een grote logistieke uitdaging. Het LCH werkt daarom aan diversificatie van aanvoerroutes door ook verscheping van beschermingsmiddelen naar Nederland te verkennen. Het kabinet werkt tenslotte verder met marktpartijen aan Nederlandse productie van beschermingsmiddelen.

#### 1.1. Contactberoepen

Het OMT heeft een afwegingskader vastgesteld voor veilig werken bij contactberoepen. In dit afwegingskader zijn maatregelen gedefinieerd om het risico op overdracht van het virus tussen de beroepsbeoefenaar en de cliënt te minimaliseren. Beroepsgroepen kunnen op basis van dit afwegingskader sectorspecifieke protocollen uitwerken. Essentieel is dat naast strikte hygiënemaatregelen, triage toegepast wordt. Triage houdt in dat voor aanvang van de dienstverlening vastgesteld wordt dat de cliënt geen klachten heeft die passen bij COVID-19 en dat de cliënt geen huisgenoot heeft met luchtwegklachten en koorts en/of benauwdheidsklachten. Ook de beroepsbeoefenaar zelf dient bij klachten thuis te blijven en kan niet werken indien een huisgenoot luchtwegklachten en koorts en/of benauwdheidsklachten heeft. Hiermee is het geconfronteerd worden met een symptomatische COVID-19-infectie uitgesloten. En met deze maatregelen zijn persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals gebruik van mondkapjes en handschoenen, niet noodzakelijk in het kader van de COVID-19-uitbraak.

<sup>24</sup> Via het online bestelformulier op <https://medbis.nl/html/medbis/registration>.

Daarnaast geldt nog de overweging van overdracht door een zogenaamde presymptomatische COVID-19-infectie, iets dat volgens het OMT maar zeer beperkt bijdraagt aan de overdracht van het virus in de uitbraak in Nederland. Hoewel er geen breed gedragen wetenschappelijke consensus is dat het dragen van een niet-medisch mondkapjes bescherming biedt tegen het oplopen of doorgeven van een presymptomatische COVID-19-infectie, laat het OMT ruimte om – gezien enkele onderzoeken die enige werkzaamheid tonen bij juist gebruik – **beroepsbeoefenaars ervoor te laten kiezen om een niet-medisch mondkapje te gebruiken**. Dit kan dan worden gezien als het sluitstuk van (arbeids)hygiënische maatregelen om overdracht van COVID-19 te voorkómen in een situatie waarin de anderhalve meter afstand niet aangehouden kan worden.

Bij de inrichting van de werkprocessen dient met anderhalve meter afstand rekening gehouden te worden tussen de cliënten. Dit betekent ook dat de afspraken zo gepland dienen te worden dat er geen drukte ontstaat door de wachtende cliënten. Het OMT schat in dat het risico op belastbaarheid van de zorg als gevolg van het opheffen van het verbod op het uitoefenen van contactberoepen, beheersbaar is, mits de maatregelen zoals opgenomen in het afwegingskader opgevolgd worden.

Op basis van het OMT-advies heeft het kabinet besloten dat de uitoefening van alle contactberoepen vanaf **11 mei weer van start** kan gaan op basis van het door hen opgestelde protocol, dat zij toetsen aan het afwegingskader van het OMT. Essentieel in het opstarten van de contactberoepen zijn **strikte hygiënemaatregelen en goede triage**. Niet-medische mondkapjes (en/of face shields) zijn niet noodzakelijk maar kunnen desgewenst worden toegepast. Beroepsgroepen met protocollen die nog wel uitgaan van het gebruik van medische mondkapjes die voor de zorg bedoeld is, dienen hun protocollen hierop aan te passen.

#### **Geb**ruik mondkapjes in de openbare ruimte en het openbaar vervoer

Ook is het OMT om advies gevraagd over de rol van mondkapjes in de openbare ruimte, in het bijzonder in situaties waarin anderhalve meter afstand houden en triage moeilijk is. Het OMT geeft onder meer het volgende aan:

- **Niet-medische mondneusmaskers beschermen de drager ervan in zeer beperkte mate tegen besmetting**. Dit is sterk afhankelijk van de kwaliteit van de materialen, de mate waarin het masker aansluit op het gezicht en het draagcomfort.
- **Niet-medische mondneusmaskers dragen mogelijk enigszins bij aan het beperken van verspreiding van COVID-19** door presymptomatische patiënten in openbare ruimten, waar voldoende afstand houden niet altijd mogelijk is en triage niet aan de orde.
- **Plastic kappen (zogenaamde face-shields) zijn mogelijk een praktisch alternatief** voor mondneusmaskers die de drager van de kap beschermen bij direct face-to-face-contact met mogelijke COVID-19-patiënten.
- Door de beperkte bescherming zijn **mondneusmaskers niet geschikt als vervanging van social distancing, hygiënemaatregelen en (thuis)isolatie van patiënten met klachten**.

Het OMT stelt dat het bij gebrek aan eenduidig bewijs van het effect van niet-medische adembescherming in geval er geen anderhalve meter afstand kan worden gehouden en geen triage mogelijk is, geen richtinggevend positief advies kan uitbrengen dat voldoende inhoudelijk onderbouwd is. Het OMT stelt daarom dat het gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en het niet mogelijk is om triage toe te passen.

Bij het stapsgewijs ruimte geven aan het openbare leven en de economie, zal het in de openbare ruimte en specifiek in het openbaar vervoer, weer drukker worden. In het openbaar vervoer kan de afstand van anderhalve meter niet overal worden gehandhaafd en kan er sprake zijn van veel contacten op een zeer korte afstand en mogelijk gedurende langere tijd. Ook is daar niet de mogelijkheid om triage op klachten toe te passen. De instroom van klanten kan hier niet gereguleerd worden.

Mede op basis van de inzichten vanuit het OMT en het RIVM heeft het kabinet besloten dat in het openbaar vervoer het dragen van een mondkapje per 1 juni verplicht wordt. Zowel reizigers als werknemers in het openbaar vervoer gaan mondneusbescherming dragen. Het gaat hier nadrukkelijk niet om medische mondkapjes, die blijven voor de zorg. In het openbaar vervoer dienen dus niet-medische mondkapjes gebruikt te worden. In overleg met de werkgevers in het openbaar vervoer kunnen, naast mondneusbescherming, ook spatschermen worden ingezet.

Het ministerie van Economische Zaken en Klimaat en VNO-NCW/MKB-Nederland zullen samen met de betrokken partijen (groothandels, retailers en inkopers) de productie, inkoop en de distributie van persoonlijke beschermingsmiddelen bespreken. Betrokken partijen kijken daarbij ook naar de mogelijkheden van publiek-private samenwerking, gezamenlijke inkoop en het verder benutten van mogelijkheden voor Nederlandse productie. Met de beschikbaarheid van niet-medische mondkapjes buiten de zorg wordt voorkomen dat medische mondkapjes die nodig zijn voor de zorg elders gebruikt worden. Er komt op korte termijn een instructie beschikbaar op [www.rijksoverheid.nl/mondmaskers](http://www.rijksoverheid.nl/mondmaskers) waarin beschreven wordt hoe de maskers zelf te maken zijn.

Ik heb gedragswetenschappers van het RIVM gevraagd welk effect het gebruik van mondkapjes heeft op de naleving van de voorgestelde maatregelen. Zij stellen in hun verkenning dat het effect op de naleving sterk afhankelijk zal zijn van de uitleg van de maatregel en de mate waarin het besluit over de inzet van mondkapjes in het verlengde ligt van maatregelen in omliggende landen. Ik stel vast dat ook de landen om ons heen, waaronder België, Duitsland en Frankrijk, het gebruik van niet-medische mondkapjes in het openbaar vervoer verplichten. Ook in deze landen geldt dat dit niet gaat om beschermingsmiddelen die voor de zorg bedoeld zijn. Daarmee is de maatregel zoals deze per 1 juni in Nederland zal gelden, in lijn met het beleid in die landen. Ik zal het advies van gedragswetenschappers om nauw gezet te monitoren wat het effect van de maatregel is, opvolgen. Deze monitoring richt zich op de vraag of de protocollen van de sectoren worden uitgevoerd, of het gebruikte mondkapje inderdaad niet eigenlijk bedoeld is voor de zorg en wat het effect is op de algemene maatregelen, in het bijzonder op het houden van anderhalve meter afstand. Indien de vraag naar medische mondkapjes met dit besluit toch onverhoopt ook vergroot, zal worden nagedacht over een terugvaloptie, zoals een verbod op medische mondkapjes buiten de zorg.