



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Minister VWS

Directoraat Generaal  
Volksgezondheid  
Programmadirectie COVID19  
Team B

Ontworpen door

5.1.2e

5.1.2e

T 06 5.1.2e  
5.1.2e@minvws.nl

Datum

12 november 2020

Kenmerk

Zaaknummer

## nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Betreft Overleg met VNO-NCW en EZK over testsamenleving  
Vergaderdatum en -tijd 12 november 2020  
Vergaderplaats

Paraaf directeur

Paraaf DGV

### 1 Aanleiding en doel overleg

- Dit overleg vindt plaats mede naar aanleiding van de oproep van VNO-NCW om te komen tot een 'test-samenleving'. Doel van dit overleg is tweeledig:
- o Bespreken ideeën VNO i.r.t. de doorontwikkeling van de teststrategie;
  - o VNO aangeven welke rol zij kunnen spelen bij de uitvoering van de teststrategie.

### 2 Deelnemers overleg

VNO NCW – 5.1.2e, 5.1.2e  
EZK – MEZK,  
VWS – MVWS, pDGV

### 3 Te bespreken punten

- o U kunt de toelichting van VNO m.b.t. hun oproep voor een testsamenleving en de verdere ideeën daarbij aanhoren.
- o U kunt uw dank uitspreken voor de inzet van VNO tot dusver bij het meehelpen bij de uitvoering van het testbeleid, waaronder de inrichting van de XL-teststraten en bij het meedenken in de taskforce van spoor 2.
- o Met het oog op de doorontwikkeling van de teststrategie kunt u een aantal onderwerpen/mijlpalen benoemen (zie toelichting) en waar nodig vragen wat de inzet van VNO en/of specifieke sectoren kan zijn.
- o Wat kunnen VNO en werkgevers verder doen om bij te dragen? Hoe zien ze hun eigen rol in de testsamenleving?

#### 4 Advies en toelichting

Directoraat Generaal  
Volksgezondheid  
Programmadirectie COVID19  
Team B

##### Toelichting

##### Kenmerk

- o U kunt desgewenst de volgende onderwerpen vanuit de doorontwikkeling van de teststrategie bespreken:
- o Start asymptomatisch testen – per 1 december start asymptomatisch testen eerst met mensen uit BCO en Coronamelder. Half december komen daar – mits sneltesten daarvoor gevalideerd – reizigers bij. Werkgevers kunnen centraal ingekochte testen afnemen voor eigen snelteststraten: ziet VNO al veel vraag vanuit werkgevers naar deze mogelijkheid?
- o Pilotfase – in januari wordt er gestart met een aantal pilots. Hierbij kan gedacht worden aan het 'massaal' testen in een bepaalde regio, zoals VNO ook in hun fase 1 schetst.
- o Uitdrukkelijk ook de oproep aan anderen: kom met goed ideeën. Wat voor beelden heeft VNO hierbij? Hoe denkt VNO te kunnen bijdragen?
- o Grootschalig testen – op basis van ervaringen in de pilots vanaf maart verder kijken naar inzet van grootschalige testen in bepaalde regio's of andere gebieden.
- o Verder is er vanuit de evenementensector en EZK veel druk om te starten met testevenementen. Hierover vindt vrijdag een BWO plaats waar o.a. over toegevoegd evenementenplan wordt gesproken. U kunt VNO vragen hoe zij dit zien i.r.t. hun visie bij een testsamenleving.

##### Bijlagen

- Concept kamerbrief
- Oproep VNO testsamenleving
- Evenementenplan

### Oproep VNO testsamenleving

Nederland heeft behoefte aan een nieuw perspectief nu de zorg is overbelast en de huidige corona-aanpak met gedragsmaatregelen en lockdowns steeds meer pijn doet in de samenleving. VNO-NCW heeft daarom een concept ontwikkeld voor de 'testsamenleving'. Uitvoering van dit plan kan Nederland uit de negatieve spiraal halen met per saldo minder maatschappelijke en economische kosten. 'Door komende tijd in regio's met veel besmettingen iedereen te testen kan het virus zonder complete regionale lockdowns met een grote klap snel in kaart worden gebracht en worden uitgedoofd', zegt VNO-NCW-voorzitter 5.1.2e.

### Haalbaar plan

'Door in de fase daarna massaal te gaan testen houden we het virus buiten de deur. Zo raakt de zorg niet opnieuw overbelast en krijgen mensen hun bewegingsvrijheid terug. Nederland kan op die manier van het slot. Door deze aanpak kunnen we tegen relatief geringe kosten veel maatschappelijk en economisch leed voorkomen. Op basis van gesprekken met experts, onze ervaringen met de XL-snelteststraten, ervaringen uit het buitenland en berekeningen denken wij dat dit een haalbaar plan is, dat ons land de lucht kan geven waar iedereen zo naar snakt.'

#### Fase 1: Grote klap: grootschalig testen in regio's met veel besmettingen

In de testsamenleving vindt in regio's met hoge besmettingscijfers een 'grote klap' plaats waarbij in een korte periode de hele lokale bevolking in enkele rondes wordt getest. Ben je positief dan blijf je tien dagen thuis. Zo kan het virus in korte tijd met naar schatting 85% worden teruggebracht. De tests worden uitgevoerd door mobiele testteams. Komende maanden kan zo in enkele brandhaarden het virus dus sterk worden teruggedrongen zonder dat vergaande regionale lockdowns nodig zijn.

#### Fase 2: Leven zoals in de zomer van 2020 dankzij meer testen

In de volgende fase kunnen we leven zoals in de zomer van 2020: de horeca is open, we kunnen naar kantoor, bijeenkomsten zijn toegestaan – zij het nog met het anderhalve meter voorschrift en een maximum aantal bezoekers. Bij klachten laat je je testen, als je positief bent blijf je tien dagen thuis. Blijkt uit bron- en contactonderzoek of uit de corona-app dat je in contact bent geweest met een besmet persoon, dan ga je in quarantaine. Kun je niet thuiswerken? Dan laat je je dagelijks testen. Met een groene (negatieve) test in de hand mag je die dag aan het werk. Je kunt ook weer reizen want met een recente negatieve test in de hand mag je het vliegtuig in. Inkomende reizigers moeten dat ook hebben.

#### Fase 3: Terug naar een 'vrijwel normaal' leven dankzij massaal testen

Nederland gaat weer open. De anderhalve meter regel geldt niet meer. De regels rond testen bij klachten, quarantaine en reizen zijn natuurlijk nog net zoals in fase 2.

Horeca, bioscopen, evenementen, theaters, etc. zijn nu weer gewoon open voor iedereen met een 'groene' testuitslag van die dag. We houden het virus wel in de gaten. Dat gebeurt via de rioolwatermetingen en steekproeven. Komt een besmettingshaard in beeld dan worden de mensen die daar wonen, werken of leren allemaal getest.

**Nederland van het slot halen**

5.1.2e : 'Onze berekeningen laten zien dat 2 miljoen testen per week vanaf januari 2021 al mogelijk is. De Denen halen dit soort aantallen nu al en ook de VWS-ambities gaan in die richting. De huidige plannen van het kabinet, met ook de nieuw opgebouwde testinfrastructuur, zijn daarmee de perfecte springplank om dit voor elkaar te krijgen. De kosten van een testsamenleving vallen bovendien in het niet bij de maatschappelijke en economische schade voor Nederland als we het niet doen. Het allerbelangrijkste is dat mensen hierdoor weer licht aan het eind van de tunnel kunnen zien.'



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

## Actualisatie van de gedragswetenschappelijke literatuur rond mondkapjes

5 augustus 2020; RIVM Corona Gedragsunit

RIVM

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

T 030 5 1 2e  
E 5 1 2e @rivm.nl

Datum  
5 augustus 2020

In de Corona Gedragsunit van het RIVM wordt de gedragswetenschappelijke literatuur rondom corona & gedrag continu gescand en samengevat. Op verzoek van het ministerie van VWS (d.d. 24 juli 2020) heeft het RIVM het overzicht van de gedragswetenschappelijke literatuur over mondkapjes van 8 mei jl. geactualiseerd. Hierbij gaan we bij de term 'mondkapjes' uit van mond- en neusbescherming. Omdat in het alledaags gebruik met name de term mondkapjes wordt gebruikt, hanteren we ook in deze actualisatie deze algemeen geaccepteerde term. Op algehele volledigheid wordt geen aanspraak gedaan.

### *Wat wordt er in dit document beschouwd?*

Deze actualisatie focust op de literatuur over schijnveiligheid en risicocompenserend gedrag bij gebruik van mondkapjes. Voor de andere onderwerpen (zie 'wat wordt er niet besproken?') verwijzen we naar het [overzicht](#) van 8 mei jl.

Om de resultaten te duiden, is per artikel aangegeven uit welk type bron de inzichten afkomstig zijn. Er is namelijk een beperkt aantal empirische studies gevonden, waarvan sommigen direct bewijs leveren voor de onderzoeksvraag en anderen indirect. Veel van de literatuur bestaat uit expertopinie-artikelen, die niet zijn meegewogen bij de beantwoording van de onderzoeksvragen. Er zijn wel een aantal quasi-experimentele veldstudies, een online experiment en GPS-data studies (allen preprints, zonder peer review) geïdentificeerd.

### *Wat wordt er niet besproken?*

1. Dit document bespreekt geen wetenschappelijk onderzoek over de vraag of mondkapjes een effectieve maatregel zijn om transmissie van het nieuwe coronavirus SARS-CoV-2 tegen te gaan. Het OMT heeft hier 28 juli jl. een [adviesbrief](#) over uitgebracht. Als Gedragsunit behandelen wij alleen gedragsaspecten van mondkapjes.
2. Voor de volgende vragen verwijzen wij naar de eerste versie van het memo:
  - 1) in welke mate houden mensen zich aan een mondkapjesverplichting, waarom wel of niet (compliance)?
  - 2) Gebruiken burgers de mondkapjes correct, en waarom wel/niet?
  - 3) Wat zijn gedragsgevolgen van de keuze om een deel of alle mensen mondkapjes te laten dragen (segmentatie)?
3. Het gericht gebruik van mondkapjes als instrument om de toestroom van mensen naar een bepaald gebied te reguleren (vorm van crowd management).

Actualisatie van de gedragswetenschappelijke literatuur rond mondkapjes. Update 5 augustus '20

**Opstellers/Uitvoering:**

Drs. [redacted] 5.1.2e  
 Prof. Dr. [redacted] 5.1.2e  
 Dr. [redacted] 5.1.2e

**Meelezers:**

Prof. Dr. [redacted] 5.1.2e  
 Prof. Dr. [redacted] 5.1.2e  
 Prof. Dr. [redacted] 5.1.2e  
 Dr. [redacted] 5.1.2e  
 Dr. [redacted] 5.1.2e  
 Dr. [redacted] 5.1.2e

Inhoudsopgave

	<b>1. Samenvatting.....</b>	<b>3</b>
	<b>2. Methodologie.....</b>	<b>5</b>
	<b>3. Literatuurbevindingen en conclusie per onderzoeksvraag.....</b>	<b>6</b>
3.1	Onderzoeksvraag 1 Risicocompenserend gedrag.....	6
3.2	Onderzoeksvraag 2 Afstand houden van mondkapjesdragers.....	7
	<b>4. Achtergrondliteratuur.....</b>	<b>9</b>
4.1	Onderzoeksvraag 1 Risicocompenserend gedrag.....	9
4.2	Onderzoeksvraag 2 Afstand houden van mondkapjesdragers.....	15
	<b>5. Referenties.....</b>	<b>17</b>
5.1	Referenties tot 8 mei '20.....	17
5.2	Referenties update juli '20.....	17

## 1. Samenvatting

### **Achtergrond**

Mondkapjes worden in veel landen vrijwillig of verplicht gedragen. De verplichting verschilt tussen landen (in sommige landen is het verplicht in OV, winkels, en/of buiten) en soms tussen regio's binnen landen. De effecten van mondkapjes op SARS-CoV-2 transmissie hangen af van zowel de effectiviteit van de methode (hoe goed werken verschillende typen mondkapjes tegen transmissie?) als van het gedrag van de gebruiker en de mensen in zijn/haar fysieke omgeving (bijv. of men afstand houdt van anderen en mondkapjes correct gebruikt). Dit literatuuroverzicht bevat een samenvatting en beoordeling van de literatuur over één onderdeel van de gedragsaspecten bij mondkapjes, namelijk risicocompenserend gedrag als gevolg van 'schijnveiligheid'.

De onderzoeksvragen zijn:

1. Leidt het gebruik van mondkapjes tot risicocompensatiegedrag, waarbij mondkapjesdragers zich minder aan de 1.5 meter of andere maatregelen (zoals handen wassen) houden?
2. Wat is het effect van het dragen van mondkapjes op het afstand houden door andere mensen, ten opzichte van de mondkapjesdrager?

### **Methode**

Literatuuronderzoek naar artikelen over gedragseffecten van mondkapjes bij COVID-19 in de peer-reviewed literatuur en via pre-print databases. Wegens een beperkt aantal empirische artikelen over COVID-19 specifiek, is er breder gekeken naar het gebruik van mondkapjes door burgers bij andere infectieziekten. Daarnaast is gekeken naar de bredere literatuur (niet alleen mondkapjes), om te beoordelen wat de wetenschappelijke basis is voor het bestaan van risicocompensatie.

**Antwoorden:***1. Leidt het gebruik van mondkapjes tot risicocompenserend gedrag?*

*Conclusie: Er is geen robuust bewijs gevonden dat risicocompenserend gedrag (minder afstand houden, geen drukte vermijden, of minder vaak de handen wassen) wel of niet optreedt bij het gebruik van mondkapjes.*

*Belangrijkste onderzoeksbevindingen*

- In 1 quasi-experimentele veldstudie in Duitsland tijdens de SARS-CoV-2 pandemie meet men een wat groter gehouden afstand door mensen met mondkapjes.
- In 6 gerandomiseerde studies (niet SARS-CoV-2) treedt geen risicocompensatie op (minder handen wassen) in de groep met mondkapjes.
- 3 GPS-studies hebben mobiliteit gemeten (o.a. toename in tijd die men buitenshuis door heeft gebracht, bijv. winkel bezoek) voor en na mondkapjesverplichting tijdens de SARS-CoV-2 pandemie in de VS en Duitsland. Eén studie rapporteert een kleine toename, een ander een afname, en één geen verschil.

Limitaties: Weinig onderzoeken, bewijslast is observationeel of indirect

*2. Wat is het effect van het dragen van mondkapjes op het afstand houden door andere mensen, ten opzichte van de mondkapjesdrager?*

*Conclusie: Bij vrijwillig gebruik van mondkapjes, op locaties waar afstand houden mogelijk is, lijkt het gebruik van een mondkapje mogelijk beperkt bij te dragen aan afstand houden door anderen van de mondkapjesdrager.*

*Belangrijkste onderzoeksbevindingen:*

- In 3 quasi-experimentele veldstudies waar onderzoekers in alledaagse situaties tijdens de SARS-CoV-2 pandemie wel/geen mondkapjes droegen, houden anderen wat meer afstand van de onderzoeker als deze een mondkapje draagt.

Limitaties: Mondkapjesgebruik was vrijwillig, er is een beperkt aantal onderzoeken en robuuste RCT's ontbreken.

*Algemene conclusie: Er is in de wetenschappelijke literatuur geen eenduidige indicatie gevonden dat risicocompensatie optreedt bij mondkapjesgebruik. Meerdere studies suggereren dat er mogelijk een toename is van gewenst gedrag (afstand houden, met name door anderen). De resultaten kunnen echter niet gegeneraliseerd worden naar verplicht mondkapjesgebruik of locaties waar afstand houden lastig is.*

## 2. Methodologie

Deze literatuur is verkregen via referenties in de wekelijks verzamelde literatuur waarbij wordt gezocht in databases van Google Scholar, Pubmed, Embase, PsycInfo. Deze literatuur wordt samengebracht in de RIVM literatuurdatabase corona & gedrag, waar wekelijks met vaste searchstrings nieuwe studies wordt gescand en toegevoegd indien relevant. Daarnaast worden pre-print databases als Psy Arxiv en Med Rxiv wekelijks doorzocht. De literatuur is aangevuld met de sneeuwbalmethode, waarbij in de geïdentificeerde literatuur wordt gekeken naar referenties voor mogelijk nieuwe relevante studies. Daarnaast is er via het RIVM gedragsexpertiseteam en de Corona Gedragsunit relevante literatuur aangedragen.

### *Inclusiecriteria:*

- Engels of Nederlandstalige literatuur
- Gerelateerd aan mondkapjesgebruik én gedrag
- Gerelateerd aan COVID of soortgelijke pandemieën of infectieziekte uitbraken.
- Gepubliceerd tussen 2010 en 2020, maar uitzonderingen mogelijk als geen betere recentere literatuur beschikbaar is, of in het geval van gevestigde theorieën of modellen.
- Zowel reviews, losstaande studies als opiniestukken en editorials, als grijze literatuur en preprints.
- Kwaliteit is beoordeeld aan de hand van het type studie (bijv. review, wetenschappelijk commentaar, experiment, opiniestuk), wat staat beschreven bij elke studie.

Drie leden van de Wetenschappelijke Adviesraad hebben deze literatuurscan gereviewd en hebben geadviseerd over de duiding van de geïncludeerde onderzoeken.

### 3. Literatuurbevindingen en conclusie per onderzoeksvraag

#### 3.1 Onderzoeksvraag 1 Risicocompenserend gedrag

*Leidt het gebruik van mondkapjes tot risicocompensatiegedrag, waarbij mondkapjesdragers zich minder aan de 1.5 meter of andere maatregelen (zoals handen wassen) houden?*

In één onderzoek heeft men direct gekeken naar afstand houden door mensen met mondkapjes voor en na invoering van een mondkapjesverplichting in Duitsland. Met behulp van objectieve afstandmeters vonden onderzoekers dat mensen voor en na de invoer van een mondkapjesverplichting tegen SARS-CoV-2 wat meer afstand hielden (gemiddeld 9 cm) van anderen. Het mondkapjesgebruik werd gemeten in de wachtrij buiten een winkel waar de verplichting binnen gold: er kan dus sprake zijn van een selectie effect (mensen die de mondkapjes al in de rij dragen houden zich mogelijk ook strenger aan de regel om afstand te houden).

Een recent literatuuroverzicht naar risicocompensatie identificeerde zes gerandomiseerde interventiestudies naar (vrijwillig) mondkapjesgebruik en handenwassen bij luchtweginfecties (niet SARS-CoV-2). Vier studies lieten geen verschil zien in handenwassen onder mondkapjesdragers en twee studies vonden een toename in handenwassen onder mondkapjesdragers t.o.v. niet-mondkapjesdragers (één grote studie met een heel klein effect, één kleine studie met een groot effect).

Drie onderzoeken keken naar veranderingen in activiteit buitenshuis na de invoer van een mondkapjesplicht tijdens de SARS-CoV-2 pandemie. Eén observationeel onderzoek met GPS data in de VS vond dat burgers in de twee weken na invoer van een mondkapjesplicht méér naar buiten gingen (20-30 minuten per dag) en commerciële locaties bezochten (al was dat niet tegen de regels). Als men controleerde voor de tijd die was verstreken sinds de lockdown, verdween die associatie geheel of gedeeltelijk (afhankelijk van de analyse: na één of twee weken gemeten na invoer van een mondkapjesplicht). Een ander observationeel GPS-onderzoek in de VS met behulp van Google locatievoorzieningen, vond geen toename in mobiliteitsgedrag over een aantal maanden tijd (onder Amerikanen die Google locatievoorzieningen aan hadden staan) na het instellen van een mondkapjesplicht voor ambtenaren. Er werd wel een afname gezien in mobiliteit naar supermarkten, detailhandel en openbaar vervoer. Een derde GPS-onderzoek uit Duitsland vond in de eerste dagen na verplichtstelling ook een afname in het naar buiten gaan, waarna dat verschil verdween en er tot het einde van de follow up (drie weken na verplichtstelling) geen verschil in mobiliteit meer werd geobserveerd vergeleken met vóór de invoer van de mondkapjesplicht.

De bredere literatuur over risicocompensatiegedrag (bijvoorbeeld of men onveilig gedrag gaat vertonen bij het dragen van gordels of fietshelmen in het verkeer), geeft een inconsistent beeld over risicocompensatiegedrag en blijkt vaak lastig te vergelijken met mondkapjesgebruik onder vrijwillige of verplichte condities. Eén recent literatuuroverzicht over risicocompensatie vindt in de meest recente

systematische reviews over verkeersveiligheid, HPV vaccinatie en HIV preventie geen bewijs dat risicocompenserend gedrag optreedt.

### Conclusie

Er is geen robuust bewijs gevonden die de hypothese van risicocompensatie bij mondkapjesgebruik ondersteunt. De beschikbare studies bij mondkapjes suggereren mogelijk een klein positief verband tussen vrijwillig mondkapjesgebruik, afstand houden en/of handen wassen. Hierbij dient echter gezegd te worden dat er een zeer beperkt aantal onderzoeken zijn, veelal pre-prints zonder peer review, en dat er wegens de opzet van de onderzoeken geen causale conclusies (oorzaak-gevolg) getrokken kunnen worden. Bij de beschreven studies zijn er alternatieve verklaringen denkbaar voor de gevonden relaties.

## 3.2 Onderzoeksvraag 2 Afstand houden van mondkapjesdragers

*Wat is het effect van het dragen van mondkapjes op het afstand houden door andere mensen, ten opzichte van de mondkapjesdrager?*

In drie quasi-experimentele veldstudies tijdens de SARS-CoV-2 pandemie is onderzocht of mensen meer of minder afstand hielden van iemand die een mondkapje droeg. Alle studies maakten gebruik van onzichtbare technologie waarmee de onderzoekers zich in alledaagse situaties begaven (met en zonder mondkapje) om te meten welke afstand mensen van hen hielden.

Een quasi-experimentele veldstudie in Duitsland vond dat anderen significant meer afstand (gemiddeld 9 cm) hielden als de onderzoekers een mondkapje droegen in wachtrijen voor winkels. Uit een online vragenlijst bleek dat proefpersonen mensen met een mondkapje niet zagen als "meer infectieus" maar als mensen die meer afstand willen houden. In een vervolgonderzoek vonden de onderzoekers dit verschil wederom, ook na invoer van een mondkapjesverplichting. Het mondkapjesgebruik werd gemeten in de rij buiten een winkel. Tijdens de twee meting gold er een mondkapjesplicht binnen.

In een Italiaanse veldstudie werd een *social distancing belt* gebruikt om de exacte afstand tussen mensen op het trottoir te meten. De gemiddelde afstand die mensen op het trottoir hielden was 29,5 centimeter, maar dit nam gemiddeld met 58 cm toe als de onderzoekers een medisch mondkapje droeg, en met 69 cm als de onderzoeker een zelfgemaakt mondkapje droeg.

In een virtueel experiment met menselijke avatars werd gevonden dat deelnemers de voorkeur hadden voor een kleinere interpersoonlijke afstand van avatars als deze een mondkapje droegen vergeleken met avatars zonder mondkapje. Het is echter de vraag in hoeverre een dergelijk artificieel experiment rond voorkeuren het gedrag in het dagelijks leven representeert.

### Conclusie

Bevindingen van drie quasi-experimentele studies uitgevoerd in alledaagse situaties suggereren dat, mensen geneigd zijn om meer afstand te houden van

Actualisatie van de gedragswetenschappelijke literatuur rond mondkapjes. Update 5 augustus '20

mondkapjesdragers dan van mensen die geen mondkapjes dragen. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat deze studies niet onder verplichte condities uitgevoerd zijn: het mondkapje kon dus het signaal afgeven 'Ik wil afstand houden' dat verloren zou kunnen gaan als iedereen een mondkapje draagt. Ook was afstand houden in deze situaties mogelijk en werd het mondkapje niet ingezet in situaties die eigenlijk te druk waren om voldoende afstand te houden. Hoe dan ook suggereren deze studies dat een mogelijk positief effect op afstand houden kan optreden onder omstandigheden waarin mondkapjes vrijwillig worden gedragen op plekken waar men voldoende ruimte kan houden.

## 4. Achtergrondliteratuur

### 4.1 Onderzoeksvraag 1 Risicocompenserend gedrag

*Leidt het gebruik van mondkapjes tot risicocompensatiegedrag, waarbij mondkapjesdragers zich minder aan de 1.5 meter of andere maatregelen (zoals handen wassen) houden?*

*Direct bewijs:*

[Update juli '20: review](#)

Mantzari en collega's (2020) behandelen in hun recente literatuuroverzicht naar risicocompensatie zes gerandomiseerde interventiestudies naar (vrijwillig) mondkapjesgebruik en handenwassen bij luchtweginfecties (niet SARS-CoV-2). Vier studies lieten geen verschil zien in handenwassen onder mondkapjesdragers en twee studies vonden een toename in handenwassen onder mondkapjesdragers t.o.v. niet-mondkapjesdragers (eén grote studie met een heel klein effect, één kleine studie met een groot effect). Zie hun tabel met resultaten hieronder.

Study	Effect on hand hygiene	
	Hand washing	Sanitiser use
Al-Shehri 2012 <sup>42</sup>	+	0
Asho 2012 <sup>43</sup>	0	0
Cowling 2006 <sup>44</sup>	+	Not reported
Cowling 2009 <sup>45</sup>	0	0
Larson 2010 <sup>46</sup>	Not assessed	0
Simmerman 2011 <sup>47</sup>	0	Not assessed

See supplementary file on bmj.com for details of the studies.  
+ = increased hand hygiene, 0 = no effect. No studies reported a decrease (risk compensation).

[Update juli '20: 2 quasi-experimentele veldstudies](#)

Seres en collega's (2020a) hebben een quasi-experimentele veldstudie uitgevoerd (N = 300) en hierin onderzocht of mensen meer of minder afstand houden van iemand die een mondkapje draagt (terwijl zij buiten in een wachtrij stonden bij een winkel). Hier bleek dat mensen een significant grotere afstand (9 cm) hielden van de onderzoekers als deze een mondkapje droegen vergeleken met de situatie waarin zij geen mondkapje droegen (Seres, Balleyer et al. 2020, preprint). Belangrijke bevinding voor de eerste onderzoeksvraag: Deze associatie bleef bestaan als werd gecontroleerd voor (vrijwillig) mondkapjesgebruik door deelnemers zelf (17% van de 300 deelnemers droeg vrijwillig zelf een mondkapje). Er kan hier wel sprake zijn van een selectie effect (mensen die de mondkapjes al in de rij dragen houden zich ook strenger aan andere maatregelen). De auteurs concluderen dat hun bevindingen geen bewijs leveren voor het bestaan van risicocompensatie bij vrijwillig gebruik van mondkapjes.

Seres en collega's (2020b) hebben nog een quasi-experimentele veldstudie uitgevoerd, voor en na invoer van een mondkapjesplicht in winkels, en vonden dat

er kleine positieve verbanden waren tussen vrijwillig mondkapjesgebruik van mensen in wachtrijen voor winkels en de mate van afstand die zij hielden van de onderzoekers die in deze wachtrijen stonden (waar data van zowel voor- als na invoer van een mondkapjesplicht samen werden bestudeerd). Het mondkapjesgebruik werd gemeten in de wachtrij buiten een winkel terwijl de verplichting binnen gold: er kan hier dus ook sprake zijn van een selectie effect (mensen die de mondkapjes al in de rij dragen houden zich ook strenger aan andere maatregelen).

[Update juli '20: inzichten uit GPS data studies rond mobiliteit, niet fysieke afstand \(beide pre-prints\)](#)

Kovacs en collega's (2020) gebruikten een 'difference in differences' design waarbij zij GPS-data van Google gebruikten om mobiliteit te meten. Zij vergeleken deze data tussen elkaar opvolgende implementatie momenten van verplichting van mondkapjes in Duitse staten. Zij vonden geen bewijs voor een verband tussen het verplicht stellen van mondkapjes op mobiliteit in gemeenschappen in de publieke ruimte (tijd doorgebracht in woonplaatsen, bezoeken aan supermarkten, werk en vervoerplekken) in Duitsland, tot drie weken na verplichtstelling van mondkapjes (Kovacs, Dunaiski et al. 2020, preprint). Zij controleerden hierbij voor andere beleidsveranderingen in de observatie periode (minder strenge lockdown regels, of heropening van winkels en scholen). Wat betreft bezoeken van specifieke locaties, vonden zij dat er een kleine maar significante afname in mobiliteit was wat betreft supermarkten en apotheken na invoer van mondkapjesverplichting. Zij vonden ook een kleine afname in gemiddelde mobiliteit de dag na de beleidsverandering, maar geen associaties op de lange termijn. Zij vonden een korte toename van de tijd thuis doorgebracht gedurende de eerste vier dagen na beleidsverandering.

Zij suggereren dat dit komt door het ontbreken van risicocompenserend gedrag, of omdat een toename in mobiliteit (door risicocompensatie) teniet werd gedaan door een hogere 'salience' of 'opvallendheid' en 'hassle factor' van mondkapjes: het mondkapje moet constant gedragen worden en het is sterk zichtbaar (vaccins bijvoorbeeld niet). Daardoor kunnen mondkapjes volgens de auteurs mogelijk een constante herinnering zijn aan het coronavirus, wat een effect kan hebben op keuzes rond mobiliteit van burgers. Daarnaast zijn mondkapjes lastiger dan bijvoorbeeld autogordels (warm, jeukend) waardoor uitjes minder aantrekkelijk lijken. Er is een negatief, maar kortdurende associatie van bezoeken aan winkels als mondkapjes verplicht worden gesteld. De auteurs suggereren hierdoor dat het eerder aan de 'hassle factor' ligt dan de opvallendheid: mensen wennen aan het gebruik van een mondkapje. Deze hypothese hebben zij echter niet getest. Het is niet meegenomen hoe er over de mondkapjesmandaten is gecommuniceerd naar de burger door de overheid in de Duitse staten.

Yan en collega's (2020) hebben met geanonimiseerde SafeGraph GPS data van verschillende applicaties onderzocht wat het verband was tussen verplichtstelling van mondkapjes op thuisblijven en bezoeken aan winkels in verschillende staten van de VS tot twee weken na de verplichtstelling (Yan, Bayham et al. 2020, preprint). Zij maten dit met de mediane tijd thuis doorgebracht per geografische unit ('census block group'), en apparaat-gewogen gemiddelden van bezoeken aan verschillende locaties. Zij vonden dat Amerikanen in een staat waar een mondkapjesmandaat werd ingesteld 20 tot 30 minuten minder tijd thuis doorbrachten en meer bezoeken brachten aan commerciële locaties. Dit werd gevonden als thuisblijven werd gemeten 2 weken na het mondkapjesmandaat. Het

openen van winkels en bedrijven had geen effect op de associaties, ook niet als een mondkapjesmandaat op dezelfde datum inging als het openen van bedrijven.

Dit onderzoek toont dus in tegenstelling tot de bovenstaande Duitse studie een negatieve associatie aan tussen het instellen van een mondkapjesmandaat en thuisblijven en een positieve associatie tussen het instellen van een mondkapjesmandaat en bezoeken van commerciële locaties. Echter, de tijd sinds het gelden van thuisblijfmaatregelen had een sterkere negatieve associatie had met de thuis doorgebrachte tijd dan de invoer van mondkapjesmandaten. De toename in mobiliteit kan dus mogelijk ook verklaard worden doordat de coronacrisis al langer duurde. Er werd met een robuustheidscheck ook gekeken naar mobiliteit één week na het mondkapjesmandaat, waarbij werd gecontroleerd voor de tijd sinds thuisblijfmaatregelen, en hier werd geen significante associatie gevonden tussen mobiliteit en invoer van mondkapjesverplichtingen. De auteurs suggereerden als mogelijke reden de ontwikkeling *social distance fatigue* over de tijd, al konden zij de associaties van mondkapjes niet los meten van associaties met *social distancing fatigue*. Er was geen significant bewijs voor spill-over effecten in buurstaten zonder mandaat.

Hoeveel COVID-19 gevallen er waren in de staat had ook geen significante associatie met de thuis doorgebrachte tijd, mogelijk door een afname in media aandacht rond die tijd. Het is niet meegenomen hoe er over de mondkapjesmandaten is gecommuniceerd naar de burger door de overheid in de Amerikaanse staten.

Chernozhukov en collega's (2020) vonden dat het verplichtstellen van mondkapjes voor ambtenaren op 1 april kleine negatieve associaties had met een aantal indicatoren van mobiliteit (intensiteit van bezoeken aan detailhandel, supermarkten en vervoersplekken), en hierbij werd gecontroleerd voor een tijdsfactor (Chernozhukov, Kasaha et al. 2020, preprint). Zij maten dit met Google COVID-19 Community Mobility Reports, waarin de intensiteit van bezoeken aan vervoer, supermarkten, retail en werk worden bijgehouden. De periode waarin zij verbanden bekeken was tussen begin maart en begin juni 2020. Daarnaast waren de verschillende wekelijkse metingen van overheidsmaatregelen en mobiliteit allemaal hoog gecorreleerd met elkaar, behalve de mondkapjesplicht voor ambtenaren.

**Kanttekening:** Het is niet duidelijk hoe er over de mondkapjesplicht is gecommuniceerd in de verschillende landen (als aanvullend middel of als middel dat versoepeling van andere maatregelen veroorzaakt), dit kan mogelijk gedrag verschillend beïnvloeden.

#### *Indirect bewijs:*

**Kanttekening:** De vergelijking met ander gezondheidsgedrag en risicocompensatie is soms niet of maar gedeeltelijk te maken. Belangrijk in de vergelijking met eerder onderzoek rond andere onderwerpen zoals HIV-preventie of helmgebruik is bijvoorbeeld dat een eventuele mondkapjesplicht de mogelijkheid van een selectie effect (mogelijk zijn mondkapjesdragers ook voorzichtiger wat betreft andere gedragingen) wegneemt. Iedereen moet in dat geval een mondkapje dragen. Daarnaast is HIV-preventie door middel van condooms of Prep (preventieve medicatie die besmetting met HIV-virus voorkomt) niet verplicht. Het dragen van helmen vaak wel, maar daar gelden ook andere regels (snelheidsbeperkingen

bijvoorbeeld). Daarnaast is het niet goed mogelijk om het effect van het dragen van mondkapjes alleen op gedrag vast te stellen in een 'real life' setting, omdat er tegelijk ook andere maatregelen ingevoerd worden die een effect op gedrag hebben. Daarnaast kunnen verschillende maatregelen elkaar versterken of verzwakken. Tevens speelt de context en situatie rond gedrag een rol: zo kan communicatie over de maatregelen het effect daarvan mogelijk beïnvloeden (eenduidig of tegenstrijdige communicatie bijvoorbeeld), maar spelen mogelijk urgentie, mogelijke alternatieven, draagvlak en sociale normen in de bevolking ook een rol.

#### *Update juli '20: review*

Mantzari en collega's (2020) beargumenteren in hun literatuurstudie dat zorgen om risicocompensatie de publieke gezondheid bedreigen als deze zorgen rond de introductie van beschermingsmaatregelen zoals mondkapjes vertragen (Mantzari, Rubin et al. 2020). Zij halen hierbij eerdere studies aan rond risicocompenserend gedrag en noemen vier vaak aangehaalde interventies waarbij door systematische reviews geen onderbouwing is gevonden voor risicocompensatie: het dragen van een helm bij fietsen of skiën, besnijdenis en HIV, HIV pre-blootstelling profylaxis en HPV vaccinatie. Zij geven ook aan dat risicocompensatie vaker wordt gevonden in observationele dan experimentele studies. Wat betreft autogordels beschrijven zij dat er onder sommige omstandigheden risicocompensatie kan optreden, al is het meeste onderzoek observationeel. Echter, hun eindoordeel luidt dat er geen overtuigend bewijs is dat er risicocompensatie op populatieniveau bestaat. Zoals eerder aangegeven zijn de beschikbare studies rond ander gedrag echter niet goed vergelijkbaar met afstand houden gedrag na invoering van een mondkapjesplicht.

#### *Uit memo 8 mei '20: Expert opinie/discussie stukken waarin veelal indirect bewijs wordt aangehaald:*

Volgens Howard en collega's (2020) wordt in zogenoemd 'real-world' onderzoek geen bewijs gevonden voor de negatieve effecten van risicocompenserend gedrag. Uit dit type onderzoek blijkt dat sommige mensen bij nieuwe veiligheidsmaatregelen weliswaar meer risicocompenserend gedrag gaan vertonen, maar er op populatieniveau juist een algehele verbetering van de veiligheid en het welzijn wordt waargenomen. De verhoogde veiligheid overschaduwde volgens de auteurs dus het mogelijke effect van risicocompensatie bij enkele individuen (Howard et al., 2020, *pre-print review*, Greenhalgh en Howard, 2020, *discussie en opinie paper*).

Het risico op risicocompenserend gedrag ten gevolge van een gevoel van (schijn)veiligheid is volgens Martin en collega's wel aangetoond in experimentele onderzoeken naar HIV-preventie, helmgebruik door motorrijders, en het gebruik van bescherming bij sport (Martin et al. 2020, *pre-print discussie paper*)

De Royal Society DELVE initiative (2020, *pre print review summary*) beschrijven anekdotisch bewijs over negatief gedrag in professionele context (door desensitisatie en bekendheid met gevaarlijk materiaal), maar zij concluderen dat er geen direct bewijs is dat er in publieke context meer risicovol gedrag wordt getoond.

De opiniestukken waarin de schijnveiligheid als relevant probleem wordt voorgesteld, worden niet onderbouwd met wetenschappelijke literatuur (Brosseau and Sietsema, 2020; McCloy, 2020).

Cheng en collega's (2020) concluderen in hun commentaarpaper in het medische tijdschrift *the Lancet* dat zij geen empirisch bewijs kennen dat de zorgen rond schijnveiligheid onderbouwt in relatie tot andere methoden als afstand houden en handenwassen. Ze zijn van mening dat mondkapjes de focus van zelfbescherming op altruïsme leggen, en symbool staan voor sociale solidariteit. Ze benadrukken wel dat het duidelijk gemaakt moet worden aan het publiek dat het gebruik van een mondkapje aanvullend is op de andere maatregelen, als mondkapjes worden ingevoerd (Cheng, Lam et al. 2020). Het benadrukken van dragen van mondkapjes ter bescherming van anderen en uit solidariteit in de communicatie naar de burger wordt ook in een technical report van het European Center for Disease Prevention and Control (2020) aangeraden (European Center for Disease Prevention and Control 2020).

#### *Risicocompensatietheorie*

Er zijn meningsverschillen tussen mensen die de traditionele preventiemodellen aanhouden en mensen die deze tegen deze modellen zijn, met als reden dat volgens hen veiligheidsmaatregelen gecompenseerd worden door risicocompensatie; ofwel de risicocompensatietheorie. De risicocompensatietheorie stelt dat we elk een bepaald risiconiveau hebben dat wordt beïnvloed door hoe we de kosten en baten van risicovol of veilig gedrag inschatten, en dat we ons gedrag aanpassen om dat niveau te behouden. Pless (2016) beschrijft in een commentaarpaper dat de risicocompensatie theorie verworpen moet worden. Gesteld wordt dat er slechts enkele studies zijn geweest die de risicocompensatie theorie empirisch hebben getest. Daarnaast is niemand die overtuigd is van de risicocompensatietheorie gekomen met een aannemelijke interventie, afgezien van het overtuigen van mensen om hun risiconiveau naar beneden te stellen; echter, hoe dit zou moeten worden gedaan is nooit uitgelegd. Het lijkt aannemelijker om veiligheidsgedrag te bekijken als synergetisch. Wanneer er besloten wordt één veiligheidsmaatregel te gebruiken, vergroot dit de kans dat andere soortgelijke maatregelen ook gebruikt worden, zoals het nemen van minder risico. Er wordt stellig geëindigd: "*This (risk communication theory) is a dead horse that no longer needs to be beaten.*" (Pless 2016).

#### *Risicocompenserend gedrag, onderzoek veiligheidsgordel*

De risicocompensatie-hypothese suggereert dat voorschriften omtrent verkeersveiligheid, zoals de veiligheidsgordelwet, mogelijk tegengestelde effecten hebben, waardoor deze voorschriften eerder bijdragen aan minder veiligheid dan meer veiligheid. Dit wordt veroorzaakt doordat een dergelijke wet bestuurders ertoe zet de veiligheidsgordel te dragen, wat een extra gevoel van veiligheid creëert. Bestuurders compenseren volgens deze hypothese mogelijk dit gevoel van veiligheid door roekelozter te rijden, gezien voor hen daarmee hetzelfde niveau van gewenste veiligheid gehanteerd wordt. Dergelijk compensatiegedrag kan leiden tot grotere risico's voor voetgangers, motorrijders en andere niet-inzittenden. Deze studie onderzoekt de risicocompensatie-hypothese in het kader van veiligheidsgordel wetten in verschillende staten. Dit wordt gedaan aan de hand van fixed-effects modellen op basis van jaarlijkse gegevens (tussen 1985 en 2002) omtrent de ingang van veiligheidsgordelwetten, het daadwerkelijk dragen van de veiligheidsgordel en het aantal geregistreerde sterftcijfer van inzittenden, voetgangers, motorrijders en alle niet-inzittenden door verkeersongevallen. De modellen laten significante afnames zien in sterftcijfers voor inzittenden en motorrijders na de ingang van veiligheidsgordelwetten. Het aantal verkeersdoden

onder voetgangers lijkt gelijk te blijven. Deze resultaten laten zien dat veiligheidsgordelwetten en het toegenomen gebruik van de veiligheidsgordel leidt tot meer veiligheid voor zowel inzittenden als niet-inzittenden en ondersteunt daarmee niet de risicocompensatie-hypothese (Houston and Richardson 2007). [Belangrijke kanttekening hierbij is niet elk gedrag met autogordel gedrag vergelijkbaar is, zo hebben andere studies gevonden dat Prep gebruikers (preventieve medicatie die besmetting met HIV-virus voorkomt) meer onveilige seks hebben: de reden dat zij Prep nemen is omdat zij denken hierdoor onveilige seks te kunnen hebben.]

Greenhalgh en Smidt (2020) pleiten er in een discussie paper dat gepubliceerd is in de British Medical Journal voor om het gebruik van een mondkapje voor te schrijven, ondanks het veelgebruikte argument dat er een risico is op schijnveiligheid, waardoor andere maatregelen zoals handenwassen en social distancing niet goed (meer) worden nageleefd (Greenhalgh, Schmid et al. 2020). Voor zover er al bewijs is voor dit argument, zo stellen de onderzoekers, is dat alleen in experimenten getest: anders dan vrijwilligers in een onderzoeksexperiment verwachten de auteurs dat mensen in een pandemie zoals deze andere maatregelen juist goed zullen naleven.

In een opiniepaper van Brosseau and Sietsema (2020), beiden experts op het gebied van ademhalingsbescherming en infectieziekten, raden de onderzoekers af om mensen die geen COVID-19-achtige symptomen hebben, te verplichten om routinematig een masker te dragen (Brosseau and Sietsema 2020). Een van de genoemde argumenten is dat het gebruik van maskers kan resulteren in dat degenen die ze dragen andere maatregelen, zoals afstand houden of zoveel mogelijk thuis blijven, gaan verminderen omdat ze zich beschermd voelen. Maskers zouden mensen zodoende een vals gevoel van veiligheid geven. De onderzoekers dragen geen bewijs of literatuur aan voor deze aanname. In een ander opiniepaper beargumenteert Rachel McCloy, een gedragswetenschapper aan de University of Reading (UK), dat het dragen van gezichtsmaskers mensen zelfverzekerder maakt dat zij het oplopen van een infectie kunnen voorkomen, een 'over-optimism bias' (McCloy 2020). Zij beweert dat mensen hierdoor eerder sociale contacten zullen opzoeken, waardoor hun blootstellingskansen verhogen. Zij geeft geen wetenschappelijk bewijs om deze stelling te onderbouwen.

Martin et al. (2020) benadrukken in hun discussiepaper dat er voorzichtigheid nodig is in communicatie richting beleidsmakers en het publiek rond mondkapjes, omdat er nog erg weinig onderzoek gedaan is. Ze bespreken een aantal keerzijden van massaal mondkapjesgebruik. Een daarvan zijn de potentiële onbedoelde gevolgen op microsociaal niveau, waarmee wordt bedoeld dat het aanmoedigen van mondkapjes kan leiden tot lagere compliance met andere gedragsrichtlijnen door schijnveiligheid. De auteurs dragen hiervoor andere studies vanuit risicocompensatieonderzoek aan (zoals helmen, autogordels, soa vaccins). Zij noemen het bewijs uit deze onderzoeken wel inconsistent: sommige studies vinden bewijs voor risicocompensatie, terwijl andere studies geen bewijs vinden. Daarbij noemen zij het niet vanzelfsprekend dat bewijs vanuit andere onderwerpen toegepast kan worden op mondkapjes, waar de nadruk niet alleen op individuele bescherming maar juist op publieke gezondheid ligt (Martin, Hanna et al. 2020). Echter, juist omdat de nadruk op het laatste ligt, is er volgens Victor et al. (2020) een risico dat er een lagere opvolging van andere gedragsrichtlijnen kan ontstaan

(observatieve studie). Zij halen hierbij een rapid systematische review aan van Brainard et al. (2020), waarin werd gesuggereerd om alleen in hoog-risico plekken een mondkapje te dragen: dan wordt hun status als 'toevoeging' aan bestaande maatregelen én het belang van correct gebruik duidelijker (Brainard, Jones et al. 2020).

In een aantal experimentele onderzoeken naar maskergebruik, als ook naar HIV-preventie en het gebruik van een helm door motorrijders, wordt dit risico op compenserend gedrag bevestigd. In zogenoemd 'real-world' onderzoek wordt hier echter geen bewijs voor gevonden. Hoewel sommige mensen wel meer risicogedrag gingen vertonen, bleek er op populatieniveau een algehele verbetering van de veiligheid en het welzijn te zijn (Greenhalgh, Schmid et al. 2020). Met andere woorden: zelfs als risicocompensatie optreedt bij sommige individuen, wordt dat effect overschaduwd door de verhoogde veiligheid op populatieniveau, aldus de onderzoekers in een review (Howard, Huang et al. 2020). Deze resultaten suggereren volgens de auteurs ook dat in plaats van een preventief instrument achterwege te laten, het vergezeld gaan van nauwkeurige berichten die verschillende preventieve maatregelen combineren, vertrouwen zou tonen in het vermogen van het grote publiek om verantwoordelijk te handelen en burgers ook meer macht/steun geven (empower citizens). Het is volgens de auteurs onwaarschijnlijk dat risicocompensatie de positieve voordelen teniet doet op bevolkingsniveau. Daarnaast zou het dragen van maskers volgens Howard en collega's tot gevoelens van empowerment en zelfeffectiviteit kunnen leiden, wat doet suggereren dat maskers de naleving van ander gezondheidsgedrag juist zou kunnen vergroten (Howard, Huang et al. 2020); *pre-print review*).

#### 4.2 Onderzoeksvraag 2 Afstand houden van mondkapjesdragers

*Wat is het effect van het dragen van mondkapjes op het afstand houden door andere mensen, ten opzichte van de mondkapjesdrager?*

Direct bewijs:

[\*Update juli '20: inzichten uit quasi-experimentele veldstudies \(allen preprints\)\*](#)

Seres en collega's (2020a) hebben middels een gerandomiseerd veldexperiment in Duitsland (N = 300) onderzocht of mensen meer of minder afstand houden van iemand die een mondkapje draagt (terwijl zij buiten in een wachtrij stonden bij een winkel), waaruit bleek dat mensen een significant grotere afstand (gemiddeld 9 cm) hielden van de onderzoekers als deze een mondkapje droegen vergeleken met de situatie waarin zij geen mondkapje droegen (Seres, Balleyer et al. 2020, preprint). Zij maten dit door middel van een mobiele applicatie die de afstand tot op 1 cm nauwkeurig kan meten. Zij hebben ook een online vragenlijst (N=456) uitgezet, waaruit bleek dat de Duitse proefpersonen mensen met een mondkapje niet zien als "meer infectieus" maar wel als mensen die meer afstand willen houden. Een mondkapje dragen kan dus mogelijk gezien worden als sociaal signaal naar anderen ("ik wil afstand houden") die ook gerespecteerd wordt door anderen. Omdat deze studie gedaan is terwijl mondkapjes nog niet verplicht waren, hebben zij nogmaals een quasi-experiment gedaan, zie volgende alinea.

Seres en collega's (2020b) hebben nog een quasi-experimenteel veldexperiment in Duitsland uitgevoerd, waarin zij onderzochten of mondkapjes leidden tot een afname van afstand houden, en of deze associatie met mondkapjes een interactie liet zien met de introductie van een mondkapjesverplichting in Berlijn (Seres, Balleyer et al. 2020, preprint). Door middel van wachtrijen voor winkels waarin de onderzoekers zelf gingen staan (met wel of geen mondkapje op) maten zij de afstanden die mensen van hen hielden (480 observaties in totaal), zowel voor als na de introductie van de mondkapjesverplichting. Zij vonden dat anderen significant meer afstand hielden (gemiddeld 9 cm) van de onderzoekers als deze een mondkapje droegen, zowel voor als na de introductie van de mondkapjesverplichting (in winkels) in Duitsland.

In een Italiaans veldexperiment van Marchiori (2020) naar fysiek afstand houden werd een *social distancing belt* gebruikt om de exacte afstand tussen mensen op het trottoir te meten (Marchiori 2020, preprint). Het experiment werd tijdens de COVID-19 crisis gedurende twee maanden op verschillende locaties in Italië uitgevoerd. Naast het meten van de exacte afstand die mensen hielden werd ook naar de invloed van mondkapjes en veiligheidsbrillen op het houden van afstand gekeken. De uitkomsten van het onderzoek waren als volgt: de gemiddelde afstand die mensen op het trottoir hielden was 29,5 centimeter. De meeste mensen hielden zich dus niet aan de verplichte 1,5 meter afstand. Het gebruik van een mondkapje door de social distancing belt drager vergrootte de gemiddelde afstand tot 58 cm met een medisch mondkapje en 69 cm met een zelfgemaakt mondkapje. Het gebruik van een veiligheidsbril in combinatie met een mondkapje vergrootte de afstand nogmaals significant naar gemiddeld 79 cm voor een bril met medisch mondkapje en naar 92 cm voor een bril met zelfgemaakt mondkapje. Gebaseerd op deze uitkomsten suggereert de auteur dat het gebruik van visuele stimulansen zoals mondkapjes en veiligheidsbrillen behulpzaam kan zijn in het bewustmaken van besmettingsgevaar door fysieke nabijheid.

[Update juli '20: inzichten uit virtueel experiment \(pre-print\)](#)

Cartaud en collega's (2020) onderzochten met een online experiment onder 323 Franse deelnemers de geprefereerde interpersoonlijke afstand van virtuele vrouwelijke en mannelijke menselijke avatars, en vonden dat deze significant kleiner was als de avatars een mondkapje droegen (66.41 cm) vergeleken met andere condities (een avatar met een neutrale (78.5 cm), blij (78.21 cm) of boze (83.1 cm) gezichtsuitdrukking) (Cartaud, Quesque et al. 2020, preprint). De geprefereerde afstand van de avatars was nog kleiner onder deelnemers die met COVID-19 geïnfecteerd waren (-3.2 cm) of in laag-risico gebieden woonden (-3.79 cm). De afstand werd niet beïnvloed door de voorspelde gezondheid van de avatars. De avatars met mondkapje werden als iets bedreigender (en minder gezond) gezien ten opzichte van blij avatars, maar minder bedreigend (en even gezond) ten opzichte van een boos avatar. De avatars met mondkapje werden als betrouwbaarder gezien dan alle andere avatars. Het is echter de vraag in hoeverre een dergelijk artificieel experiment rond voorkeuren het gedrag in het dagelijks leven representeert.

## 5. Referenties

### 5.1 Referenties tot 8 mei '20

Brainard, J. S., et al. (2020, preprint). "Facemasks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID-19: A rapid systematic review." *medRxiv*.

Brosseau, L. and M. Sietsema (2020). "COMMENTARY: Masks-for-all for COVID-19 not based on sound data."

Cheng, K. K., et al. (2020). "Wearing face masks in the community during the COVID-19 pandemic: altruism and solidarity." *The Lancet*.

European Center for Disease Prevention and Control (2020). Technical Report. Using face masks in the community. Stockholm, ECDC.

Greenhalgh, T. and J. Howard (2020, preprint). "Masks for all? The science says yes." from <https://www.fast.ai/2020/04/13/masks-summary/>.

Greenhalgh, T., et al. (2020). "Face masks for the public during the covid-19 crisis." *BMJ* **369**.

Houston, D. J. and L. E. Richardson (2007). "Risk compensation or risk reduction? Seatbelts, state laws, and traffic fatalities." *Social Science Quarterly* **88**(4): 913-936.

Howard, J., et al. (2020, preprint). "Face Masks Against COVID-19: An Evidence Review."

McCloy, R. (2020). "Comment. How to Worry Better." <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0262407920305467>.

Pless, B. (2016). "Risk compensation: Revisited and rebutted." *Safety* **2**(3): 16.

Victor, C. T., et al. (2020). "A reality check on the use of face masks during the COVID-19 outbreak in Hong Kong." *EClinicalMedicine*: 100356.

### 5.2 Referenties update juli '20

Cartaud, A., et al. (2020, preprint). "Beware of virus! Wearing a face mask against COVID-19 results in a reduction of social distancing."

Chernozhukov, V., et al. (2020, preprint). "Causal impact of masks, policies, behavior on early COVID-19 pandemic in the US." [arXiv preprint arXiv:2005.14168](https://arxiv.org/abs/2005.14168).

Kovacs, R., et al. (2020, preprint). "Compulsory face mask policies do not affect community mobility in Germany."

Actualisatie van de gedragswetenschappelijke literatuur rond mondkapjes. Update 5 augustus '20

Mantzari, E., et al. (2020). "Is risk compensation threatening public health in the covid-19 pandemic?" [British Medical Journal](#).

Marchiori, M. (2020, preprint). "COVID-19 and the Social Distancing Paradox: dangers and solutions." [arXiv preprint arXiv:2005.12446](#).

Seres, G., et al. (2020a, preprint). "Face Masks Increase Compliance with Physical Distancing Recommendations During the COVID-19 Pandemic." 44.

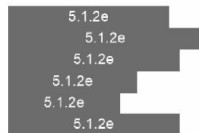
Seres, G., et al. (2020b, preprint). "Face mask use and physical distancing before and after mandatory masking: Evidence from public waiting lines." [Available at SSRN 3641367](#).

Yan, Y., et al. (2020, preprint). "Do Face Masks Create a False Sense of Security? A COVID-19 Dilemma." [medRxiv: 2020.2005.2023.20111302](#).



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

## Gedragwetenschappelijke literatuur rond mondkapjesgebruik. Een rapid review van de literatuur.



RIVM

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

T 030 5.1.2e  
5.1.2e @rivm.nl

Datum  
8 mei 2020

Gedragsexpertiseteam RIVM  
RIVM Corona Gedragsunit

Werkpakket 2 van de CoronaGedragsUnit concentreert zich op het scannen en samenvatten van gedragwetenschappelijke literatuur rondom corona en gedragwetenschappen. Er is op verzoek VWS en LCI-RIVM een overzicht gemaakt van de gedragwetenschappelijke literatuur over mondkapjesgebruik, om een indruk te krijgen van mogelijke gedragseffecten van mondkapjesgebruik. De literatuurscan is in korte tijd gedaan. Op algehele volledigheid wordt daarom geen aanspraak gedaan. Dit document biedt wel eerste wetenschappelijke inzichten in gedrag, schijnveiligheid en mondkapjes.

### *Wat wordt er in dit document beschouwd?*

Het gaat in dit document om gedragsaspecten rond mondkapjes. De volgende onderwerpen worden beschouwd: risicocompenserend gedrag ten gevolge van een gevoel van schijnveiligheid, compliance, het correct gebruiken van de mondkapjes en de gedragsgevolgen van de keuze om een deel of alle mensen mondkapjes te laten dragen (segmentatie).

### *Wat wordt er (nog) niet besproken?*

Dit document bespreekt geen wetenschappelijk bewijs over de vraag of mondkapjes een effectieve maatregel zijn om transmissie van COVID-19 tegen te gaan. Communicatieadviezen over mondkapjes uit literatuur worden ook slechts beperkt besproken. In een latere versie van dit document kunnen meer gedragsaspecten worden toegevoegd.

Om de kwaliteit van de inzichten te illustreren, is per artikel aangegeven uit welk type bron de inzichten afkomstig zijn. Het aantal empirische studies is laag te noemen. Veel van de geïdentificeerde literatuur betreft opinieartikelen of essays van experts. Er zijn ook enkele reviews geïnccludeerd.

RIVM Gedragwetenschappelijke literatuur rond mondkapjesgebruik. Een rapid review van de literatuur.

RIVM Gedragwetenschappelijke literatuur rond mondkapjesgebruik. Een rapid review van de literatuur.

## Inhoudsopgave

<b>1. Samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Methodologie</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Achtergrondliteratuur Mondkapjes</b> .....	<b>7</b>
3.1 Risicocompenserend gedrag (schijnveiligheid).....	7
3.2 Compliance.....	10
3.3 Het correct gebruik van mondkapjes.....	13
3.4 De gedragsgevolgen van segmentatie.....	14
<b>4. Referenties</b> .....	<b>15</b>

## 1. Samenvatting

Op basis van de gevonden literatuur wordt in deze samenvatting een antwoord gegeven op de vraag: draagt het gebruik van mondkapjes bij aan een gevoel van schijnveiligheid bij de gebruikers en verminderde toepassing van de andere gedragsregels? Daarnaast worden andere inzichten uit de gedragswetenschappelijke literatuur over mondkapjesgebruik toegelicht.

*Draagt het gebruik van mondkapjes bij aan een gevoel van schijnveiligheid bij de gebruikers en verminderde toepassing van de andere gedragsregels?*

*Antwoord:*

In de quickscan van literatuur die is uitgevoerd, is geen sterk wetenschappelijk bewijs gevonden dat het gebruik van mondkapjes ertoe leidt dat mensen zich zodanig veiliger voelen dat zij andere gedragsmaatregelen minder goed zullen toepassen. Ook voor het omgekeerde – compliance verhogend effect als gevolg van het dragen van een mondkapje – is geen hard wetenschappelijk bewijs.

*Samenvatting risicocompenserend gedrag:*

- In zogenoemd 'real-world' onderzoek wordt geen bewijs gevonden voor de negatieve effecten van risicocompenserend gedrag. Uit dit type onderzoek blijkt dat sommige mensen bij nieuwe veiligheidsmaatregelen weliswaar meer risicocompenserend gedrag gaan vertonen, maar er op populatieniveau juist een algehele verbetering van de veiligheid en het welzijn wordt waargenomen. De verhoogde veiligheid overschaduwde dus het mogelijke effect van risicocompensatie bij enkele individuen (Howard et al., 2020, *pre-print review*, Greenhalgh en Howard, 2020, *discussie en opinie paper*).
- Het risico op risicocompenserend gedrag ten gevolge van een gevoel van (schijn)veiligheid wordt wel aangetoond in experimentele onderzoeken naar HIV-preventie, helmgebruik door motorrijders, en het gebruik van bescherming bij sport (Martin et al. 2020, *pre-print discussie paper*)
- De Royal Society DELVE initiative (2020, *pre print review summary*) beschrijft anekdotisch bewijs over negatief gedrag in professionele context (door desensitisatie en bekendheid met gevaarlijk materiaal), maar concluderen dat er geen direct bewijs is dat er in publieke context meer risicovol gedrag wordt getoond.
- De opiniestukken waarin de schijnveiligheid wel als relevant probleem wordt voorgesteld, worden door verschillende auteurs niet onderbouwd met wetenschappelijke literatuur (Brosseau and Sietsema, 2020; McCloy, 2020).
- Mondkapjes zouden volgens Cheng en collega's de focus van zelfbescherming op altruïsme kunnen leggen en symbool kunnen staan voor sociale solidariteit (Cheng et al. 2020, *commentaarpaper in the Lancet*). Wel wordt door Cheng et al. benadrukt dat duidelijk gemaakt moet worden aan het publiek dat het gebruik van een mondkapje aanvullend is op andere maatregelen. Hiervoor is o.a. aangedragen om mondkapjesgebruik alleen in hoger-risico situaties te stimuleren, zodat de status als 'toevoeging' aan bestaande maatregelen én het belang van correct gebruik duidelijker is. Het benadrukken van dragen van mondkapjes ter bescherming van anderen en uit solidariteit, en het benadrukken dat mondkapjes enkel aanvullend zijn, in

- de communicatie naar de burger, wordt ook in een technical report van het European Center for Disease Prevention and Control (2020) aangeraden.
- Door mensen mondkapjes te laten dragen, zou volgens Howard en collega's vertrouwen getoond worden in het vermogen van het grote publiek om verantwoordelijk te handelen. Het zou ook tot gevoelens van empowerment en zelfeffectiviteit kunnen leiden, wat er volgens de auteurs toe kan leiden dat maskers de naleving van ander gezondheidsgedrag juist zou kunnen vergroten (Howard et al. 2020 , *pre-print review*).

#### *Overige gedragwetenschappelijke literatuurinzichten over mondkapjesgebruik*

##### *Samenvatting correct gebruik:*

- Een veelgebruikt argument om mondkapjes niet voor te schrijven is omdat mensen niet zouden weten hoe ze deze correct moeten gebruiken, waardoor de kans op infectie juist wordt vergroot. Hier is echter onvoldoende bewijs voor, volgens de beleidsbrief door Polykova et al. 2020.
- Er is ook nog weinig informatie over hoe goed het brede publiek om kan gaan met mondkapjes en deze correct gebruiken (Martin et al. 2020, *preprint discussie paper*). Er is één observationele (nog niet gepubliceerde) studie onder inwoners van Hong Kong gevonden, waaruit blijkt dat een groot deel van de mensen de mondkapjes verkeerd gebruikten: binnenste buiten, verkeerd om of te laag, zodat de neus of mond wordt blootgesteld (Victor et al. 2020, *observatie studie*).
- Verschillende onderzoekers roepen in dit kader op dat mensen duidelijke richtlijnen en instructies nodig hebben over correct gebruik, zoals bijv. gedetailleerde instructies op verpakkingen van mondkapjes en online instructievideo's. Daarbij moet ook worden geïnstrueerd om handen te wassen na het verwijderen van maskers en om maskers te wassen of weg te gooien na herhaald gebruik (Abaluck et al. 2020, *whitepaper*; Polykova et al. 2020, *beleidsbrief*; Howard et al. 2020, *pre-print review*; Javid et al. 2020, *editorial*).
- Greenhalgh en Smidt (2020, analyse paper) en Javid et al. (2020, editorial) verwachten dat mensen ten tijde van een pandemie heel gemotiveerd zijn om te leren hoe zo'n mondkapje goed gebruikt kan worden.

##### *Samenvatting naleving dragen mondkapjes*

Verschillende factoren lijken van invloed te zijn op de naleving van het dragen van mondkapjes:

- Het aanreiken van maskers met instructievideo's (Aiello et al. 2020; *RCT onder jongvolwassenen*)
- Het verplicht stellen van maskergebruik (Leffler et al 2020, *paper waarin beleid rond mondkapjesgebruik en mortaliteit onderzocht is met internationale openbaar beschikbare data* (Greenhalgh en Howard, 2020, *discussie en opinie stuk*)
- Straffen als men geen masker draagt (Condon, Sinha, 2010, *observatieonderzoek*)
- Een hogere risicoperceptie (Howard et al, 2020, *pre-print review*)
- Respons effectiviteit, vertrouwen in de overheid (Condon en Sinha, 2010, *observatieonderzoek*)
- Meer kennis over het virus (Zhong et al., 2020, *vragenlijstonderzoek*)
- De sociale betekenis die wordt gegeven aan het dragen van mondkapjes (Sunstein, 2020, *essay in het Journal of Behavioral Economics for Policy*)

RIVM Gedragwetenschappelijke literatuur rond mondkapjesgebruik. Een rapid review van de literatuur.

- De aankondiging van andere maatregelen (Condon en Sinha, 2010, *observatieonderzoek*)
- Bekende mensen/politici maskers laten dragen (Abaluck et al, 2020, *Yale School of Management white paper*).

*Samenvatting segmentatie:*

- Verschillende wetenschappers pleiten ervoor om mondkapjes aan *alle* burgers voor te schrijven en niet alleen aan mensen die symptomen van het virus hebben. Behalve dat mensen die het virus onder de leden hebben de eerste dagen nog geen symptomen hebben, maar wel besmettelijk kunnen zijn, zou het tot stigmatisering en discriminatie kunnen leiden als je alleen symptomatische mensen een mondkapje laat dragen. Wat deze mensen weer ontmoedigt om een mondkapje te dragen (Leung et al. 2020, *correspondentie paper*; Feng et al. 2020, *commentaar paper*; Howard et al. 2020, *pre-print review*).
- Howard et al (2020) noemen als voordeel van mondkapjes voor iedereen, dat dit een zichtbaar signaal geeft en herinnert aan de pandemie. Zij noemen het belang van rituelen en solidariteit in de samenleving als reden om aan te nemen dat zichtbare, openbare signalering via mondkapjes mogelijk ook de naleving van andere gedragsmaatregelen vergroot (Howard et al. 2020, *pre-print review* )

## 2. Methodologie

Deze literatuur is verkregen via de sneeuwbalmethodode, waarbij is gezocht in databases van Google Scholar, Pubmed, Embase, PsycInfo, Psy Arxiv. Verder is er gezocht via referenties in verzamelde literatuur (RIVM literatuurdatabase corona & gedrag) en via een aantal grote overzichtsreviews. Daarnaast is er via het RIVM gedragsexpertiseteam, de CoronaGedragUnit, de Wetenschappelijke Adviesraad en hun netwerk relevante literatuur aangedragen.

### *Inclusiecriteria:*

- Engels of Nederlandstalige literatuur.
- Gerelateerd aan mondkapjesgebruik én gedrag
- Gerelateerd aan COVID of soortgelijke pandemieën of infectieziekteuitbraken.
- Gepubliceerd tussen 2010 en 2020, maar uitzonderingen mogelijk als geen betere recentere literatuur beschikbaar is, of in het geval van gevestigde theorieën of modellen.
- Zowel reviews, losstaande studies als opiniestukken en editorials, als grijze literatuur.
- Kwaliteit is beoordeeld aan de hand van het type studie (bijv. review, wetenschappelijk commentaar, experiment, opiniestuk), wat staat beschreven bij elke studie.

### 3. Achtergrondliteratuur Mondkapjes

#### 3.1 Risicocompenserend gedrag (schijnveiligheid)

##### *Inzichten uit reviewartikelen en essays*

Greenhalgh en Smidt (2020) pleiten er in een analyse paper dat gepubliceerd is in de *British Medical Journal* voor om het gebruik van een mondkapje voor te schrijven, ondanks het veelgebruikte argument dat er een risico is op schijnveiligheid, waardoor andere maatregelen zoals handenwassen en social distancing niet goed (meer) worden nageleefd (Greenhalgh, Schmid et al. 2020). Voor zover er al bewijs is voor dit argument, zo stellen de onderzoekers, is dat alleen in experimenten getest: anders dan vrijwilligers in een onderzoeksexperiment verwachten de auteurs dat mensen in een pandemie zoals deze andere maatregelen juist goed zullen naleven.

In een opiniepaper van Brosseau and Sietsema (2020), beiden experts op het gebied van ademhalingsbescherming en infectieziekten, raden de onderzoekers af om mensen die geen COVID-19-achtige symptomen hebben, te verplichten om routinematig een masker te dragen (Brosseau and Sietsema 2020). Een van de genoemde argumenten is dat het gebruik van maskers kan resulteren in dat degenen die ze dragen andere maatregelen, zoals afstand houden of zoveel mogelijk thuis blijven, gaan verminderen omdat ze zich beschermd voelen. Maskers zouden mensen zodoende een vals gevoel van veiligheid geven. De onderzoekers dragen geen bewijs of literatuur aan voor deze aanname. In een ander opiniepaper beargumenteert Rachel McCloy, een gedragwetenschapper aan de University of Reading (UK), dat het dragen van gezichtsmaskers mensen zelfverzekerder maakt dat zij het oplopen van een infectie kunnen voorkomen, een 'over-optimism bias' (McCloy 2020). Zij beweert dat mensen hierdoor eerder sociale contacten zullen opzoeken, waardoor hun blootstellingskansen verhogen. Zij geeft geen wetenschappelijk bewijs om deze stelling te onderbouwen.

Martin et al. (2020) benadrukken in hun discussie paper dat er voorzichtigheid nodig is in communicatie richting beleidsmakers en het publiek rond mondkapjes, omdat er nog erg weinig onderzoek gedaan is. Ze bespreken een aantal keerzijdes van massaal mondkapjesgebruik. Een daarvan zijn de potentiële onbedoelde gevolgen op microsociaal niveau, waarmee wordt bedoeld dat het aanmoedigen van mondkapjes kan leiden tot lagere compliance met andere gedragsrichtlijnen door schijnveiligheid. De auteurs dragen hiervoor bewijs vanuit risicocompensatieonderzoek aan (zoals helmen, autogordels, soa vaccins). Zij noemen het bewijs wel inconsistent: sommige studies vinden bewijs voor risicocompensatie, terwijl andere studies geen bewijs vinden. Daarbij noemen zij het niet vanzelfsprekend dat bewijs vanuit andere onderwerpen toegepast kan worden op mondkapjes, waar de nadruk niet alleen op individuele bescherming maar juist op publieke gezondheid ligt (Martin, Hanna et al. 2020). Echter, juist omdat de nadruk op het laatste ligt, is er volgens Victor et al. (2020) een risico dat er een lagere opvolging van andere gedragsrichtlijnen kan ontstaan (observationale studie). Zij halen hierbij een rapid systematische review aan van Brainard et al. (2020), waarin werd gesuggereerd om alleen in hoog-risico plekken een mondkapje te dragen: dan wordt hun status als 'toevoeging' aan bestaande maatregelen én het belang van correct gebruik duidelijker (Brainard, Jones et al. 2020).

In een aantal experimentele onderzoeken naar maskergebruik, als ook naar HIV-preventie en het gebruik van een helm door motorrijders, wordt dit risico op compenserend gedrag bevestigd. In zogenoemd 'real-world' onderzoek wordt hier echter geen bewijs voor gevonden. Hoewel sommige mensen wel meer risicogedrag gingen vertonen, bleek er op populatieniveau een algehele verbetering van de veiligheid en het welzijn te zijn (Greenhalgh, Schmid et al. 2020). Met andere woorden: zelfs als risicocompensatie optreedt bij sommige individuen, wordt dat effect overschaduwd door de verhoogde veiligheid op populatieniveau, aldus de onderzoekers in een review (Howard, Huang et al. 2020). Deze resultaten suggereren volgens de auteurs ook dat in plaats van een preventief instrument achterwege te laten, het vergezeld gaan van nauwkeurige berichten die verschillende preventieve maatregelen combineren, vertrouwen zou tonen in het vermogen van het grote publiek om verantwoordelijk te handelen en burgers ook meer macht/steun geven (empower citizens). Het is volgens de auteurs onwaarschijnlijk dat risicocompensatie de positieve voordelen teniet doet op bevolkingsniveau. Daarnaast zou het dragen van maskers volgens Howard en collega's tot gevoelens van empowerment en zelfeffectiviteit kunnen leiden, wat doet suggereren dat maskers de naleving van ander gezondheidsgedrag juist zou kunnen vergroten (Howard, Huang et al. 2020); *pre-print review*).

Javid et al. (2020) pleiten in hun editorial in the British Medical Journal voor het gebruik van mondkapjes voor burgers. De opvolging is volgens hen een belangrijke factor voor effectiviteit van mondkapjes (hierbij gebruiken zij als bewijs een RCT door MacIntyre et al 2009), en zij verwachten dat deze hoger is bij een serieuze pandemie (Javid, Weekes et al. 2020).

Cheng et al. (2020) concluderen in hun commentaarpaper in het medische tijdschrift *the Lancet* dat zij geen empirisch bewijs kennen dat de zorgen rond schijnveiligheid onderbouwt in relatie tot andere methoden als afstand houden en handenwassen. Ze zijn van mening dat mondkapjes de focus van zelfbescherming op altruïsme leggen, en symbool staan voor sociale solidariteit. Ze benadrukken wel dat het duidelijk gemaakt moet worden aan het publiek dat het gebruik van een mondkapje aanvullend is op de andere maatregelen, als mondkapjes worden ingevoerd (Cheng, Lam et al. 2020). Het benadrukken van dragen van mondkapjes ter bescherming van anderen en uit solidariteit in de communicatie naar de burger wordt ook in een technical report van het European Center for Disease Prevention and Control (2020) aangeraden (European Center for Disease Prevention and Control 2020).

#### *Risicocompensatietheorie*

Er zijn meningsverschillen tussen mensen die de traditionele preventiemodellen aanhouden en mensen die deze tegen deze modellen zijn, met als reden dat volgens hen veiligheidsmaatregelen gecompenseerd worden door risicocompensatie; ofwel de risicocompensatietheorie. De risicocompensatietheorie stelt dat we elk een bepaald risiconiveau hebben dat wordt beïnvloedt door hoe we de kosten en baten van risicovol of veilig gedrag inschatten, en dat we ons gedrag aanpassen om dat niveau te behouden. Pless (2016) beschrijft in een commentaarpaper dat de risicocompensatie theorie verworpen moet worden. Gesteld wordt dat er slechts enkele studies zijn geweest die de risicocompensatie theorie empirisch hebben getest. Daarnaast is niemand die overtuigd is van de risicocompensatietheorie gekomen met een aannemelijke interventie, afgezien van het overtuigen van mensen om hun risiconiveau naar beneden te stellen; echter,

hoe dit zou moeten worden gedaan is nooit uitgelegd. De risicocompensatie theorie staat daarnaast haaks tegenover de bewering dat de meeste verwondingen voorkomen zouden kunnen worden, terwijl er duidelijk bewijs is voor een daling in dodelijke ongevallen in het grootste deel van de wereld de afgelopen 50 jaar. Het lijkt aannemelijker om veiligheidsgedrag te bekijken als synergetisch. Wanneer er besloten wordt één veiligheidsmaatregel te gebruiken, vergroot dit de kans dat andere soortgelijke maatregelen ook gebruikt worden, zoals het nemen van minder risico. Er wordt stellig geëindigd: "*This (risk communication theory) is a dead horse that no longer needs to be beaten.*" (Pless 2016).

#### *Risicocompenserend gedrag: onderzoek veiligheidsgordel*

De risicocompensatie-hypothese suggereert dat voorschriften omtrent verkeersveiligheid, zoals de veiligheidsgordelwet, mogelijk tegengestelde effecten hebben, waardoor deze voorschriften eerder bijdragen aan minder veiligheid dan meer veiligheid. Dit wordt veroorzaakt doordat een dergelijke wet bestuurders ertoe zet de veiligheidsgordel te dragen, wat een extra gevoel van veiligheid creëert. Bestuurders compenseren volgens deze hypothese mogelijk dit gevoel van veiligheid door roekelozter te rijden, gezien voor hen daarmee hetzelfde niveau van gewenste veiligheid gehanteerd wordt. Dergelijk compensatiegedrag kan leiden tot grotere risico's voor voetgangers, motorrijders en andere niet-inzittenden. Deze studie onderzoekt de risicocompensatie-hypothese in het kader van veiligheidsgordel wetten in verschillende staten. Dit wordt gedaan aan de hand van fixed-effects modellen op basis van jaarlijkse gegevens (tussen 1985 en 2002) omtrent de ingang van veiligheidsgordelwetten, het daadwerkelijk dragen van de veiligheidsgordel en het aantal geregistreerde sterftcijfer van inzittenden, voetgangers, motorrijders en alle niet-inzittenden door verkeersongevallen. De modellen laten significante afnames zien in sterftcijfers voor inzittenden en motorrijders na de ingang van veiligheidsgordelwetten. Het aantal verkeersdoden onder voetgangers lijkt gelijk te blijven. Deze resultaten laten zien dat veiligheidsgordelwetten en het toegenomen gebruik van de veiligheidsgordel leidt tot meer veiligheid voor zowel inzittenden als niet-inzittenden en ondersteunt daarmee niet de risicocompensatie-hypothese (Houston and Richardson 2007).

### 3.2 Compliance

#### *Hoge deelname als gevolg van bereidheid, instructievideo's en/of aangereikte middelen?*

Aiello et al. (2012) hebben middels een randomised controlled trial (RCT) onder jongvolwassenen (studenten) gedurende zes weken onderzocht wat het effect is van het dragen van een gezichtsmasker/mondkapje en het gebruik van handdesinfecterend middel op het verminderen de prevalentie van het influenzavirus tijdens het influenza seizoen van 2007/2008 (Aiello, Murray et al. 2010). Eén interventiegroep werd gevraagd om een mondkapje te dragen en handdesinfecterend middel te gebruiken. Eén interventiegroep werd alleen gevraagd een mondkapje te dragen. De interventiegroepen kregen de materialen aangereikt en kregen een instructievideo te zien over hoe het mondkapje gebruikt moest worden. De controlegroep kreeg geen instructies of spullen aangereikt. Bereidheid om een gezichtsmasker te dragen, een handdesinfecterend middel op alcoholbasis te gebruiken en een keeluitstrijkje verstrekken bij ziekte, waren voorwaarden om deel te kunnen nemen aan het onderzoek. Elke week moesten respondenten in een online survey aangeven hoe zich voelden en of ze het gebruik van de interventies naleefden. Aan deelnemers van de interventiegroepen werd gevraagd hun maskers gedurende ten minste zes uur per dag te dragen in hun studentenhuis. De resultaten laten zien dat er geen significante verschillen zijn tussen de interventiegroepen in het gebruik van de mondkapjes: deelnemers uit beide interventiegroepen droegen hun masker meer dan vijf uur per dag. De interventiegroep die zowel mondkapjes als handdesinfecterend middel kreeg, gebruikte significant vaker handdesinfecterend middel in vergelijking met de controlegroep of de interventiegroep die alleen mondkapjes kreeg (4.49 keer per dag versus 1.29/1.51 keer per dag).

#### *Naleving verhogen door maskergebruik te verplichten*

In een online discussie en opinie stuk van professor Trisha Greenhalgh (Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford) en Jeremy Howard (*Fast.ai en Data Insitute University of San Fransisco*) wordt ingegaan op de vraag hoe je ervoor zorgt dat de meeste mensen een masker ook gaan dragen (Greenhalgh and Howard 2020). De meest effectieve manier is volgens de onderzoekers om te eisen dat mensen een masker dragen: altijd wanneer ze buitenshuis zijn of op specifieke plekken zoals het openbaar vervoer en in de supermarkt. Onderzoek naar de vaccinatiegraad wordt aangehaald als voorbeeld van een domein waarbij je ziet dat een dergelijke verplichting naleving vergroot. Voorzichtige eerste resultaten laten zien dat het verplicht stellen van het dragen van maskers om de verspreiding van het COVID-19 virus tegen te gaan, naleving verhoogt (Leffler, Gruzboski et al. 2020).

#### *Straffen voor niet-naleving verhoogt naleving*

Condon en Sinha (2010) hebben observationele studie gedaan naar het gebruik van mondkapjes in het openbaar vervoer tijdens de influenza-epidemie in 2009 in Mexico (Condon and Sinha 2010). Twee weken lang hebben ze het gebruik van mondkapjes geobserveerd van bus- en taxichauffeurs voor wie het gebruik verplicht was en een boete riskeerden als ze geen mondkapje droegen. Tijdens de piek droeg 80-92% van de chauffeurs een mondkapje. Richting de tweede helft van de meetperiode werd dit wel minder. Taxichauffeurs droegen vaker mondkapjes dan buschauffeurs. Dit komt omdat taxichauffeurs strenger gestraft werden in de praktijk als ze deze maatregel niet opvolgden: politie dreigde de taxi in beslag te

nemen bij non-compliance en klanten wilde liever niet instappen als de chauffeur geen mondkapje droeg.

#### *Een hogere risicoperceptie leidt tot een betere naleving*

Op basis van onderzoek in Hong Kong tijdens de SARS-CoV-2 uitbraak blijkt dat de naleving van het dragen van maskers verbeterde toen de pandemie 3 weken duurde: 74,5 % van de mensen gaf aan het masker te dragen en wanneer ze naar buiten gingen steeg dit tot 97,5%. Vergelijkbaar survey onderzoek in Hong Kong tijdens de SARS uitbraak in 2003 laat een nalevingspercentage van 79% zien en een nalevingspercentage van 10% ten tijde van de H1NI pandemie in 2009. Het is waarschijnlijk dat het dragen van een mondmasker alleen zal optreden als er een grote pandemie is die leidt tot een grotere mate van bezorgdheid en angst onder de bevolking. De eerste RCT (2008) over maskergebruik vond dat naleving laag was, maar dat dit wordt beïnvloed door de perceptie van risico. Bij een pandemie is de verwachting dat de naleving verbetert ((Howard, Huang et al. 2020); *pre-print review*).

#### *Naleving hangt af van responseeffectiviteit en vertrouwen in de overheid*

Uit het observationele onderzoek van Condon en Sinha (2010) naar het gebruik van mondkapjes in het openbaar vervoer van reizigers tijdens de influenza-epidemie in 2009 in Mexico blijkt dat dragen van een mondkapje ook samenhangt met de publieke perceptie over de effectiviteit van het mondkapje en het vertrouwen in de regering (Condon and Sinha 2010). In Mexico is er veel wantrouwen in de regering en de helft van de mensen vertrouwde er niet op dat een mondkapje effectief is in het voorkomen van de infectie (zoals blijkt uit een survey onderzoek waar in het artikel naar verwezen wordt).

#### *Meer kennis leidt tot een hogere naleving*

Zhong et al. (2020) hebben tussen 27 januari en 1 februari een vragenlijstonderzoek uitgevoerd naar de kennis, attitude en het dragen van een mondkapje (Zhong, Luo et al. 2020). De sample was niet representatief: vrouwen en hogeropgeleiden waren oververtegenwoordigd. Een hoge mate van kennis over het virus is gerelateerd aan een positieve attitude en hoge mate van uitvoering van gedragingen die besmetting van het virus tegen kunnen gaan. Dit pleit er volgens de onderzoekers voor om via gezondheidseducatie de kennis van mensen over het virus te vergroten. Deze educatieprogramma's zouden daarbij afgestemd moeten worden op de doelgroep (bijv. specifieke programma's voor lageropgeleiden).

#### *Naleving hangt af van de sociale betekenis die wordt gegeven aan het dragen van mondkapjes*

In een essay van Sunstein (2020) wordt ingegaan op de voorgeschreven maatregelen ter beheersing van het corona virus en het construct 'social meanings'. In 2020 zagen veel landen tal van verschuivingen in sociale betekenissen (Sunstein 2020). Zo werd de betekenis van het weigeren om handen te schudden, van thuiswerken en veel handenwassen ondersteboven gekeerd. De Centers for Disease Control and Prevention (CDC) zouden ook geadviseerd hebben om mondkapjes te dragen in het openbaar. Of dit advies wordt opgevolgd, hangt volgens Sunstein in belangrijke mate af van de sociale betekenis daarvan. President Trump zou hebben gezegd dat mensen een mondkapje moeten dragen, maar dat zelf niet te gaan doen. Dit zou er volgens Sunstein toe leiden dat veel mensen ook zullen weigeren om een mondkapje te gaan dragen. Toch zouden mensen, ongeacht wat leiders doen, een bescheiden bijdrage kunnen leveren aan

het veranderen van de betekenis van het dragen van een masker, simpelweg door te doen wat de CDC adviseert - en dus de kans te vergroten dat het dragen van een masker wordt gezien als wat de meeste mensen doen, om zo een goede burger te zijn, en om zichzelf en anderen te beschermen.

#### *Naleving hangt samen met aankondiging andere maatregelen*

Condon en Sinha (2010) hebben observationeel onderzoek gedaan naar het gebruik van mondkapjes in het openbaar vervoer tijdens de influenza-epidemie in 2009 in Mexico. Twee weken lang hebben ze het gebruik van mondkapjes geobserveerd van passagiers van metro en bus voor wie het gebruik vrijwillig was en van bus- en taxichauffeurs voor wie het gebruik verplicht was en een boete riskeerden als ze geen mondkapje droegen (Condon and Sinha 2010). Twee dagen voor het officiële advies om mondkapjes te dragen, begonnen mensen hier al mee. Daarnaast adviseerde de overheid om goed handen te wassen, je mond te bedekken als je hoest, te niezen in je elleboog of in een papier zakdoek, drukke plekken te vermijden en afstand te houden (social distancing). Scholen en restaurants werden gesloten en evenementen afgelast. Deze aanbevelingen werden dagelijks verkondigd in de media en tijdens persconferenties. Het leger deelde 6 miljoen gratis mondkapjes uit, met name bij stations. Uit het onderzoek blijkt dat de mate van het gebruik van gezichtsmaskers samen valt met de aankondiging van de maatregelen. De piek in het gebruik van gezichtsmaskers valt ruwweg samen met de ernst van de aangekondigde volksgezondheidsmaatregelen. In het begin droegen 55% van de mannen en 67% van de vrouwen een mondkapje, tijdens de piek was dit 61/77% en na twee weken 9/15%. Dit resultaat ondersteunt volgens de onderzoekers het belang van effectieve communicatiestrategieën tijdens een volksgezondheids crisis.

#### *Doelgroepverschillen in naleving*

Zhong et al. (2020) hebben tussen 27 januari en 1 februari een vragenlijstonderzoek uitgevoerd naar het dragen van een mondkapje. De sample was niet representatief: vrouwen en hoger opgeleiden waren oververtegenwoordigd. De 2% respondenten die geen masker droegen waren vaker man, student, woonachtig in andere delen van China dan Hubei (de provincie waar Wuhan in ligt) en scoorden lager op de kennisvragen (Zhong, Luo et al. 2020).

Vrouwen droegen vaker een mondkapje dan mannen tijdens de influenza-epidemie in Mexico. Dit kan volgens de onderzoekers worden verklaard (maar is niet onderzocht in deze studie) doordat mannen meer geneigd zijn om risico's te nemen dan vrouwen (Condon and Sinha 2010).

In Duitsland heeft tijdens het griepseizoen 2009/2010 en 2010/2011 een RCT plaatsgevonden naar de werkzaamheid, aanvaardbaarheid en verdraagbaarheid van het gebruik van gezichtsmaskers en intensievere handhygiëne, in huishoudens met influenza. Huishoudens met een influenza-positief getest individu (index case) zonder aanwezigheid van verdere luchtwegaandoeningen konden deelnemen. In beide griepseizoenen rapporteerden de meerderheid van de deelnemers (62%) geen problemen met het dragen van een gezichtsmasker. Het grootste probleem dat door de deelnemers (zowel volwassenen als kinderen) werd genoemd bij het dragen van een gezichtsmasker was "warmte/vochtigheid" (53% van de kinderen; 35% van de volwassenen), gevolgd door "pijn" en "kortademigheid". In beide griepseizoenen rapporteerden de meerderheid van de deelnemers (62%) geen problemen met het dragen van een gezichtsmasker. Deze proportie was significant

hoger onder volwassenen (71%) in vergelijking met kinderen (50%) ((Suess, Remschmidt et al. 2012).

### 3.3 Het correct gebruik van mondkapjes

Martin et al. (2020) benadrukken in hun discussie paper dat er voorzichtigheid nodig is in communicatie richting beleidsmakers en het publiek rond mondkapjes, omdat er nog erg weinig onderzoek bekend is. Ze bespreken een aantal keerzijdes van massaal mondkapjesgebruik. Een daarvan zijn de potentieel onbedoelde gevolgen op individueel niveau, waarmee wordt bedoeld dat er weinig informatie is over hoe goed het brede publiek om kan gaan met mondkapjes of in welke mate correct gebruik snel wordt verspreid en uitgevoerd (Martin, Hanna et al. 2020).

In een pre-print review van Jeremy Howard (2020, 20 april) wordt ingegaan op de vraag of mensen hun masker verkeerd kunnen dragen en daardoor de situatie erger kunnen maken (Greenhalgh and Howard 2020). Howard geeft aan dat er geen gerapporteerde cases zijn waarin iemand besmet is geraakt door een geïnfecteerd masker. Aangezien al miljoenen mensen maskers dragen, zou je hier wel bewijs over verwachten, als deze cases er waren, aldus de auteur.

Greenhalgh en Smidt (2020) pleiten er in een analysepaper (gepubliceerd in de British Medical Journal) voor om het gebruik van een mondkapje voor te schrijven ondanks het veelgebruikte argument dat ze alleen goed werken als veel mensen ze gebruiken en mensen ze ook op de juiste manier gebruiken (Greenhalgh, Schmid et al. 2020). Voor zover er al bewijs is voor deze argumenten, zo stellen de onderzoekers, is dat alleen in trials getest: anders dan vrijwilligers in een onderzoek experiment verwachten de auteurs dat mensen nu juist heel gemotiveerd zijn om te leren hoe zo'n mondkapje goed gebruikt kan worden.

In een beleidsbrief (2020) pleiten de onderzoekers Polykova et al. van de Stanford Institute for Economic Policy Research (SIEPR) ervoor om mondkapjes in het openbaar te gebruiken, ook door mensen zonder symptomen (Polyakova, Andrews et al.). Een veelgebruikt argument om mondkapjes niet voor te schrijven is dat mensen niet zouden weten hoe ze een mondkapje goed moeten gebruiken, waardoor de kans op infectie juist wordt vergroot. Volgens de onderzoekers is er onvoldoende bewijs dat mensen mondkapjes niet effectief kunnen dragen. Veel mondkapjes zijn verpakt met gedetailleerde instructies voor het gebruik ervan. En online video's kunnen gemakkelijk worden geplaatst om mensen te leren hoe ze een mondkapje correct moeten dragen.

Een van de beperkingen van zelfgemaakte maskers is volgens Davies et. al. (2013, *experiment*) de slechte pasvorm van amateur-maskermakers (Davies, Thompson et al. 2013). Abaluck et al. (2020, 1 april) adviseren in hun whitepaper daarom, tot slot, om middels gezondheidsvoorlichting instructies voor het maken en dragen van de maskers aan te bieden (Abaluck, Chevalier et al. 2020). Zo zouden volksgezondheidsinstructies personen met baarden informeren om de baard te trimmen voor de beste pasvorm. Maskergebruikers moeten bijvoorbeeld worden geïnstrueerd om handen te wassen na het verwijderen van maskers en om maskers te wassen of weg te gooien na herhaald gebruik.

Een observationale studie door Victor et al. (2020) onder inwoners van Hong Kong (nog pre-proof) vond dat 94.8% van inwoners een mondkapje droeg, waarvan 83.7% wegwerp zorg mondkapjes. Echter, 13% van mensen die mondkapjes

gebruikten de mondkapjes verkeerd, o.a. 35.5% binnenstebuiten of onderste boven, en 42.5% te laag zodat neus of mond blootgesteld werd (Victor, Shing et al. 2020). Zij beargumenteren dat de instructies eerst onnodig werden gezien omdat het gebruik door zorgprofessionals was, maar dat het brede publiek duidelijke richtlijnen moet hebben voor correct gebruik.

### 3.4 De gedragsgevolgen van segmentatie

Leung, Lam en Cheng (2020) pleiten er in een correspondentiepaper dat gepubliceerd is in *The Lancet* voor om mondkapjes voor te schrijven aan alle burgers en niet alleen aan zieke mensen om zo stigmatisering te voorkomen (wat de mensen met symptomen ontmoedigt om een mondkapje te dragen). In een commentaar paper van Feng et al. (2020) in de *Lancet Respiratory Medicine* journal waarschuwen de auteurs eveneens voor stigmatisering en discriminatie als je alleen mensen die geïnfecteerd zijn vraagt een mondkapje te dragen (Feng, Shen et al. 2020). Ook Howard et al. (2020) verwijzen in hun reviewartikel naar onderzoek dat stelt dat alleen geïnfecteerde mensen mondkapjes laten dragen contraproductief is vanwege het risico op stigma (Howard, Huang et al. 2020). Dit vereist volgens de auteurs dat je beter iedereen kan vragen en mondkapje te laten dragen.

Volgens de auteurs is een voordeel van het aanbevelen van het door iedereen laten dragen van een mondkapje dat het dient als een zichtbaar signaal en een herinnering aan de pandemie. Gezien het belang van ritueel en solidariteit in samenlevingen, is het volgens Howard en collega's aannemelijk dat zichtbare, openbare signalering via het dragen van een masker mogelijk ook de naleving van andere gezondheidsmaatregelen vergroot, zoals afstand houden en handenwassen (Howard, Huang et al. 2020); *pre-print review*).

In hun beleidsbrief (2020) erkennen Polykova et al. van de Stanford Institute for Economic Policy Research (SIEPR) ook het probleem van de tekorten in de zorg, maar stellen dat het juist averechts werkt om tegen burgers te zeggen dat mondkapjes niet effectief zijn (Polyakova, Andrews et al.). Zij vermoeden dat mensen dat niet geloven en daardoor alsnog heel veel mondkapjes hebben ingeslagen, met als gevolg een nog groter tekort voor zorgprofessionals. Daarnaast stellen de auteurs dat richtlijnen (van bijv. de WHO en CDC) om geen mondkapjes voor te schrijven voor mensen zonder symptomen onbedoeld het vereiste gevoel van urgentie en de inzet van particuliere en openbare middelen voor het aanpakken van onderliggende maskertekorten voor de algemene bevolking, heeft verminderd.

In een white paper van Abaluck en collega's van Yale University (Abaluck, Chevalier et al. 2020) pleiten de onderzoekers voor het universeel gebruik van 'cloth masks' en het vergroten van het aanbod van medische maskers voor zorgprofessionals. Volgens de onderzoekers zou de nadruk moeten liggen op de sociale voordelen van het dragen van maskers en het dragen van zelfgemaakte maskers door het publiek. Hiermee kan een aanzienlijk deel van de gezondheidsvoordelen worden bereikt en de negatieve effecten van het hamsteren van maskers worden beperkt. Het helpt daarbij als politici maar ook bekende mensen zelf een stoffen/zelfgemaakte masker dragen. Daarnaast moet worden benadrukt dat het dragen van een masker een aanvulling is op andere maatregelen voor sociale afstand, geen vervanging.

#### 4. Referenties

- Abaluck, J., et al. (2020). "The Case for Universal Cloth Mask Adoption and Policies to Increase Supply of Medical Masks for Health Workers." *Available at SSRN 3567438*.
- Aiello, A. E., et al. (2010). "Mask use, hand hygiene, and seasonal influenza-like illness among young adults: a randomized intervention trial." *The Journal of infectious diseases* **201**(4): 491-498.
- Brainard, J. S., et al. (2020). "Facemasks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID-19: A rapid systematic review." *medRxiv*.
- Brousseau, L. and M. Sietsema (2020). "COMMENTARY: Masks-for-all for COVID-19 not based on sound data."
- Cheng, K. K., et al. (2020). "Wearing face masks in the community during the COVID-19 pandemic: altruism and solidarity." *The Lancet*.
- Condon, B. J. and T. Sinha (2010). "Who is that masked person: the use of face masks on Mexico City public transportation during the Influenza A (H1N1) outbreak." *Health Policy* **95**(1): 50-56.
- Davies, A., et al. (2013). "Testing the efficacy of homemade masks: would they protect in an influenza pandemic?" *Disaster medicine and public health preparedness* **7**(4): 413-418.
- European Center for Disease Prevention and Control (2020). Technical Report. Using face masks in the community. Stockholm, ECDC.
- Feng, S., et al. (2020). "Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic." *The Lancet Respiratory Medicine*.
- Greenhalgh, T. and J. Howard (2020). "Masks for all? The science says yes." from <https://www.fast.ai/2020/04/13/masks-summary/>.
- Greenhalgh, T., et al. (2020). "Face masks for the public during the covid-19 crisis." *BMJ* **369**.
- Houston, D. J. and L. E. Richardson (2007). "Risk compensation or risk reduction? Seatbelts, state laws, and traffic fatalities." *Social Science Quarterly* **88**(4): 913-936.
- Howard, J., et al. (2020). "Face Masks Against COVID-19: An Evidence Review."
- Javid, B., et al. (2020). "Covid-19: should the public wear face masks?" *The BMJ* **369**.
- Leffler, C., et al. (2020). "Country-wide Mortality from the Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic and Notes regarding Mask Usage by the Public (preprint)."

RIVM Gedragwetenschappelijke literatuur rond mondkapjesgebruik. Een rapid review van de literatuur.

Martin, G., et al. (2020). "Face masks for the public during Covid-19: an appeal for caution in policy." *SocArXiv. April* **25**.

McCloy, R. (2020). "Comment. How to Worry Better."  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0262407920305467>.

Pless, B. (2016). "Risk compensation: Revisited and rebutted." *Safety* **2**(3): 16.

Polyakova, M., et al. "Can masks help with reopening the economy?"

Suess, T., et al. (2012). "The role of facemasks and hand hygiene in the prevention of influenza transmission in households: results from a cluster randomised trial; Berlin, Germany, 2009-2011." *BMC infectious diseases* **12**(1): 26.

Sunstein, C. R. (2020). "The Meaning of Masks." *Available at SSRN 3571428*.

Victor, C. T., et al. (2020). "A reality check on the use of face masks during the COVID-19 outbreak in Hong Kong." *EClinicalMedicine*: 100356.

Zhong, B.-L., et al. (2020). "Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey." *International journal of biological sciences* **16**(10): 1745.

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Minister MZS

Deadline:

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Geneesmiddelen en Med.  
Technologie  
Team D

Ontworpen door

5.1.2e

(Senior) Beleidsmedewerker

M +31(0)6- 5.1.2e  
5.1.2e@minvws.nl

## nota

(ter beslissing)

Wet geneesmiddelenprijzen - herijking april 2021

Datum

16 november 2020

Kenmerk

Zaaknummer

Paraaf directeur

Paraaf DGCZ

**1 Aanleiding voor deze nota**

Met de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) worden de maximumprijzen voor geneesmiddelen vastgesteld op basis van het gemiddelde van de prijzen in vier referentielanden: België, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, en sinds december 2019 Noorwegen (voorheen Duitsland). Het vaststellen van maximumprijzen ('herijken') gebeurt twee keer per jaar, in april en oktober.

Eind maart 2020 is in verband met de onzekerheid en onrust in de geneesmiddelenmarkt rondom Covid-19 uit voorzorg besloten de herijking van 1 april 2020 met zes maanden uit te stellen (zie beslisnota hierover in bijlage 1). Hiermee werd ook de brede prijsdaling als gevolg van de Noorse i.p.v. de Duitse prijzen uitgesteld.

Omdat de markt meer stabiel leek, en grote beschikbaarheidsproblemen tot dan toe waren uitgebleven, is in juni 2020 besloten de herijking van oktober 2020 wel door te voeren. Vanwege de samenloop van een mogelijke tweede golf, een sterke devaluatie van de Noorse kroon, en de brede prijsdaling als gevolg van het nieuwe referentieland Noorwegen, zijn toen wel twee tijdelijke, mitigerende, maatregelen genomen. Met deze maatregelen werden de grootste prijsdalingen gedempt, en meer kwetsbare producten met een lage omzet extra beschermd.

Met het oog op de herijking van april 2021 adviseren wij u met deze nota deze mitigerende maatregelen grotendeels af te bouwen, omdat er ons inziens geen noodzaak meer voor is. U moet daar nu over besluiten, omdat de nieuwe maximumprijzen uiterlijk eind december in concept worden 'voorgehangen' bij het parlement en gepubliceerd in de Staatscourant.

**Deadline: maandag 30 november:** (i.v.m. publicatie concept Regeling maximumprijzen)

**2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief**

**Beslippunt:** Stemt u in met het grotendeels afbouwen van de mitigerende maatregelen bij de herijking per 1 april 2021 waarbij u:

1. de maximering van alle prijsdalingen niet voortzet: dit betreft de tijdelijke mitigerende maatregel waarmee bij de vorige herijking van oktober 2020 alle prijsdalingen zijn gemaximeerd op 10%.
2. de omzetregeling wel voortzet voor heel 2021 (april en oktober herijking): dit betreft de tijdelijke mitigerende maatregel waarmee voor producten met een omzet lager dan € 1 miljoen per jaar in Nederland op verzoek van de fabrikant geen prijsdaling wordt doorgevoerd (prijs blijft op hetzelfde niveau).

Directoraat Generaal  
Curatieve zorg  
Directie Geneesmiddelen en Med.  
Technologie  
Team D

Kenmerk

**Advies:** Wij adviseren u hiermee in te stemmen.

- Uit onze marktanalyse volgt dat het t.a.v. de leveringszekerheid verantwoord is de extra financiële ruimte die tijdelijk is geboden door alle prijsdalingen te maximeren nu af te bouwen.
- Gegeven de beperkte noodzaak van de maatregel en de hoge 'kosten' van het voortzetten hiervan – een besparingsverlies van € 60 miljoen voor zes maanden – is het niet proportioneel deze maatregel voort te zetten.
- Door de omzetregeling wel voort te zetten, mitigeert u eventuele risico's op beschikbaarheidsproblemen voor de meer kwetsbare geneesmiddelen met een relatief lage omzet. Voor deze middelen aan de 'onderkant van de markt' kan elke prijsdaling teveel zijn om het middel nog in Nederland aan te bieden. Voor het voortzetten van de omzetregeling zal een beleidsregel worden opgesteld, die nog dit jaar gepubliceerd moet worden.
- De omzetregeling biedt een tijdelijke, grofmazige, oplossing voor beschikbaarheidsproblemen voor de meer kwetsbare producten. Daarnaast is toegezegd aan de Kamer om structureel meer aandacht te geven aan de kwetsbare producten aan de 'onderkant van de geneesmiddelenmarkt' (zie Kamerbrief hierover in bijlage 3). In dat kader wordt gewerkt aan een onderzoeksvoorstel om beter zicht te krijgen op de specifieke problematiek in dit kwetsbare marktsegment. U informeert de Kamer via de resultatenbrief (gepland voor januari 2020) over uw aanpak hiervoor.

**De kosten** voor het voortzetten van de omzetregeling zijn beperkt (totale vermindering besparing van € 5-10 miljoen per half jaar). Gesprekken over de dekking hiervoor met het Ministerie van Financiën lopen nog. De verwachting is dat de taakstelling Wgp voor 2021 uit het Regeerakkoord ook met voortzetten van de omzetregeling wordt gehaald.

Relevante stukken ter ondertekening (Kamerbrief, tijdelijke beleidsregel en concept Regeling maximumprijzen) ontvangt u in de week van maandag 7 december. Vervolgens wordt de handelswijze voor de herziening van de maximumprijzen voor april 2021 nog voor het einde van dit jaar aan veldpartijen en de Kamer gecommuniceerd.

### 3 Samenvatting en conclusies

#### A. Analyse huidige marktsituatie:

In maart en in juni dit jaar is op grond van de toen geldende marktomstandigheden een afweging gemaakt over de Wgp herijkingen van resp. april en oktober 2020. Om te beoordelen of het verantwoord is de tijdelijke mitigerende maatregelen nu verder af te bouwen, hebben we bekeken wat op dit moment de marktomstandigheden zijn:

- Een analyse van de ambassade in New Delhi van de marktsituatie in India en China laat zien dat de kans op een herhaling van exportrestricties of productie-onderbrekingen van geneesmiddelen, zoals we hebben gezien in maart en april, zeer klein is:
  - In India kiest de overheid inmiddels voor economie boven virus en investeert juist extra in productiecapaciteit van generieke geneesmiddelen (belangrijk export product van India).
  - In China heeft de overheid nieuwe uitbraken goed onder controle met effectieve *containment* maatregelen.
- Bovendien zijn grote beschikbaarheidsproblemen van geneesmiddelen als gevolg van de aan de Covid-19 uitbraak gerelateerde exportrestricties in India/China in maart tot nu toe uitgebleven. We hebben hierbij gekeken naar de resultaten van de monitoring door het Landelijk Consortium Geneesmiddelen (LCG) van Covid-19 gerelateerde IC-geneesmiddelen, de meldingen bij de *EMA steering group* voor tekorten op Covid-19 gerelateerde middelen en de tijdelijke monitoring door veldpartijen met het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) van vijftientig *at risk* geneesmiddelen.
- Ook meer algemeen is er sinds maart 2020 geen toename van beschikbaarheidsproblemen door tijdelijke leveringsonderbrekingen of het terugtrekken van producten van de Nederlandse markt (bron: Meldpunt Geneesmiddelen tekorten CBG).
- Een informele consultatie bij veldpartijen bevestigt dit beeld. Wel geven een aantal van deze partijen aan dat de extra financiële armsgslag die is geboden bij de vorige herijkingen (door eenmalig uitstel en het maximeren van prijsdalingen), mogelijk een rol heeft gespeeld bij het beperken van beschikbaarheidsproblemen. Dit kunnen partijen niet onderbouwen. Wel lijken risico's op beschikbaarheidsproblemen groter bij producten met een lagere omzet.
- In juni 2020 was met name de koers van de Noorse kroon flink gedaald door de lage olieprijs als gevolg van de Covid-19 uitbraak. Inmiddels is de koers van de Noorse kroon iets gestegen, waardoor de impact op prijsdalingen minder groot is. Tegelijkertijd staat de Noorse kroon nog altijd relatief laag, wat zorgt voor extra prijsdruk bij de herijking in april 2021. De koers van de Britse pond is iets gestegen ten opzichte van de situatie bij de vorige herijking.

Directoraat Generaal  
Curatieve zorg  
Directie Geneesmiddelen en Med.  
Technologie  
Team D

Kenmerk

## B. Wat betekent dit voor de herijking van april 2021

### 1. Advies: afbouwen maximeren prijsdalingen op 10%

Wij adviseren de maximering van alle prijsdalingen op 10% niet voor te zetten:

#### Afbouwen maatregel is verantwoord:

- Uit onze marktanalyse volgt dat de markt in productielanden en in Nederland nu stabiel lijkt en dat bovendien eerdere marktonrust in productielanden bij de Covid-19 uitbraak uiteindelijk ook niet tot leveringsproblemen heeft geleid.
- U kunt aangeven dat de nieuwe berekeningssystematiek van Wgp prijzen (wetswijziging van 2019 waarbij referentieland Duitsland is vervangen voor Noorwegen) gedurende de Covid-19-crisis geleidelijk en verantwoord is doorgevoerd: In april 2020 is de herijking eenmalig uitgesteld, in oktober 2020 is deze alsnog doorgevoerd maar met twee mitigerende maatregelen, en

nu behoudt u enkel nog de mitigerende maatregel waarmee de kwetsbare producten aan de 'onderkant van de markt' worden ontzien.

Directoraat Generaal  
Curatieve zorg  
Directie Geneesmiddelen en Med.  
Technologie  
Team D

Afbouwen maatregel is wenselijk:

- Het voortzetten van de maatregel leidt tot een relatief groot besparingsverlies van in totaal € 60 miljoen, waarvan het besparingsverlies extramuraal van € 30 miljoen onderdeel is van de taakstelling uit het Regeerakkoord.
- Gegeven de beperkte noodzaak van deze maatregel en de hoge 'kosten' van het voortzetten hiervan is het niet proportioneel deze maatregel voort te zetten.

Kenmerk

Risico's afbouwen maatregel & hoe mee omgaan:

- Er blijft altijd een risico bestaan dat een individueel geneesmiddel door het stoppen met het dempen van prijsdalingen een veel lagere prijs krijgt.
- Dit risico kan met name spelen bij spécialités, omdat nagenoeg alle generieken geen prijsdaling zullen krijgen door de omzetting die wel wordt voortgezet.
- Fabrikanten van spécialités kunnen mogelijk eventuele tekorten van spécialités rond 1 april 2021 aangrijpen voor kritiek op het afbouwen van het dempen van prijsdalingen. De kans is naar verwachting beperkt dat een beschikbaarheidsprobleem een directe relatie heeft met de Wgp maximumprijs, maar we kunnen dit niet geheel uitsluiten.

*→ Maatregelen om beperkte risico voor de beschikbaarheid te mitigeren:*

- Tijdens de Covid-19 crisis zijn door het LCG met ondersteuning van VWS monitoringsinstrumenten voor de beschikbaarheid van Covid-19 gerelateerde geneesmiddelen opgezet. Beschikbaarheidsproblemen voor de middelen hebben we dus tijdig in beeld.
- Ook is, in het kader van de corona-crisis, de mogelijkheid geïntroduceerd om bij acute beschikbaarheidsproblemen voor individuele producten de Wgp-maximumprijs tijdelijk los te laten als dit een belemmering vormt voor inkoop (is toegepast bij IC geneesmiddel Midazolam).

**2. voortzetten omzetting**

Wij adviseren de omzetting voort te zetten voor heel 2021 (april en oktober herijking) en hiervoor een beleidsregel op te stellen:

Voortzetten omzetting in 2021 is wenselijk en verantwoord:

- U mitigeert met het voortzetten van de omzetting eventuele risico's op beschikbaarheidsproblemen voor de meer kwetsbare producten met een relatief lage omzet. Voor deze geneesmiddelen kan elke prijsdaling teveel zijn om het middel nog in Nederland aan te bieden.
- Hiermee krijgt 90-95% van de generieke middelen waar de Wgp nog een prijsdrukkend effect heeft (op verzoek) geen prijsdaling. Hiermee bereikt u dat de overheid niet extra drukt op prijzen van producten in een reeds kwetsbaar marktsegment.
- De kosten voor het voortzetten van de omzetting zijn beperkt.
- Dit biedt een tijdelijke, grofmazige, oplossing voor beschikbaarheidsproblemen voor de meer kwetsbare producten. Daarnaast is toegezegd aan de Kamer om structureel meer aandacht te geven aan de kwetsbare producten aan de 'onderkant van de geneesmiddelenmarkt' (zie Kamerbrief bijlage 3). In dat kader wordt gewerkt aan een onderzoeksvoorstel om beter zicht te krijgen op de specifieke problematiek in dit kwetsbare marktsegment. U informeert de

Kamer via de resultatenbrief (gepland voor januari 2020) over uw aanpak hiervoor.

- Indien u ook deze maatregel nu afbouwt, zonder een structurele oplossing, loopt u een groot risico draagvlak te verliezen van veldpartijen op andere dossiers, zoals de opbouw van ijzeren voorraden.

**Directoraat Generaal  
Curatieve zorg**  
Directie Geneesmiddelen en Med.  
Technologie  
Team D

**Kenmerk**

**Risico voortzetten omzetregeling:**

- Binnen één productgroep kunnen prijsverschillen ontstaan als de omzet van een fabrikant onder de grens € 1 miljoen ligt, en de omzet van een andere fabrikant erboven. De handelsvergunninghouder van dit concurrerende middel zou dan kunnen aanvoeren dat hij door deze omzetregeling aangetast wordt in zijn marktpositie.
- Deze situatie heeft zich in de afgelopen maanden niet voorgedaan en ook hebben wij geen concrete signalen dat deze risico's zich wel voor gaan doen, maar we kunnen dit risico niet geheel uitsluiten.

**4 Draagvlak politiek**

Na het uitstel van de herijking van april 2020 heeft de PvdA gesuggereerd dat VWS zich zou laten gijzelen door de industrie en heeft met deze strekking ook twee sets Kamervragen gesteld. Bij de eerste behandeling van de supplettoire van de begroting zijn daarnaast vragen gesteld over het doorgaan van de aanscherping van de Wgp gegeven de risico's op beschikbaarheidsproblemen mede in het kader van de corona-crisis. In het notaoverleg Cure van 29 juni en 2 juli jl. stelden de SP en PvdA de noodzaak van de mitigerende maatregelen ter discussie.

Het voornemen tot de herijking van oktober dit jaar in combinatie met de mitigerende maatregelen is politiek gesondeerd met de coalitie. De D66-fractie heeft naar aanleiding hiervan een aantal vragen gesteld over de omzetregeling, onder meer over hoe de omzetgrens van € 1 miljoen is bepaald. Bij beantwoording is aangegeven dat beschikbaarheidsproblemen, waarbij producten tijdelijk of definitief van de markt worden gehaald, zich in de praktijk relatief vaak voordoen bij geneesmiddelen met een omzet van minder dan € 1 miljoen per jaar.

**5 Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie**

Een instrument hanteren dat sterk op de prijzen van geneesmiddelen drukt, kan in het algemeen op maatschappelijk draagvlak rekenen, omdat het de betaalbaarheid ten goede komt. Let wel dat door politiek en media niet altijd een scherp onderscheid wordt gemaakt tussen de extramurale markt, met relatief lage prijzen in Nederland, en de intramurale markt, met dure geneesmiddelen. Tegelijkertijd kiezen marktpartijen vaak het frame dat dergelijke prijsinstrumenten een risico vormen voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Politiek en media kunnen daar gevoelig voor zijn. De coronacrisis helpt daarin niet.

Uit een belronde langs alle relevante veldpartijen volgt dat de apothekers, de KNMP en de ASKA, het meest uitgesproken hechten aan het voortzetten van het dempen van prijsdalingen op maximaal 10%. Andere partijen hechten ook (grote) waarde aan deze maatregel, maar waren minder expliciet over de risico's van het eventueel niet-voortzetten. Echter, gezien de belangen moeten we er rekening mee houden dat fabrikanten van spécialités, de parallelhandelaren, groothandels en ook de apothekers kritiek kunnen uiten op het stoppen met het breed dempen van grote prijsdalingen. Zij kunnen dan opvoeren dat u hiermee het risico op

beschikbaarheidsproblemen vergroot. Zoals genoemd is het naar onze mening gezien de huidige marktomstandigheden verantwoord deze maatregel nu verder af te bouwen.

**Directoraat Generaal  
Curatieve zorg**  
Directie Geneesmiddelen en Med.  
Technologie  
Team D

Met het voortzetten van de omzetregeling maakt u een duidelijk gebaar naar de generieke markt. De omzetregeling wordt breed ondersteund door veldpartijen. Daarnaast is zoals genoemd in de Kamerbrief van juni 2020 een toezegging gedaan om structureel meer aandacht te geven aan de beschikbaarheidsrisico's voor geneesmiddelen aan de onderkant van de geneesmiddelenmarkt. Hiermee is met name leveranciers van generieken (de GLN en de Bogin) maar ook de apothekers en groothandels, de handreiking geboden die ze op dit vlak al langer bij VWS zoeken.

**Kenmerk**

#### Communicatie betrokken doelgroepen

Partijen worden over het voornemen tot herijking van de Wgp-maximumprijzen en het (tijdelijk) voortzetten van de omzetregeling geïnformeerd in de Werkgroep Geneesmiddelentekorten van 15 december aanstaande en in de Kamerbrief die hierover voor het einde van het jaar uitgaat (samen met de ontwerp Regeling maximumprijzen).

De beleidsregel voor de omzetregeling wordt tegelijk met de ontwerpregeling voor het eind van het jaar gepubliceerd. Op die manier kunnen partijen al voordat de prijzen in april worden vastgesteld, hier een beroep op doen.

## **6 Financiële en personele gevolgen**

### Besparing Wgp extramuraal (apotheekeezorg)

De aanpassing van de Wgp (Noorwegen als referentieland i.p.v. Duitsland) is onderdeel van de taakstelling uit het Regeerakkoord. Het doorzetten van de omzetregeling kost € 5,5 miljoen per half jaar. Het Ministerie van Financiën beschouwt dit als een intensivering en verlangt hiervoor dekking. Daarover vindt nog overleg plaats. De verwachting is dat de ingeboekte taakstelling m.b.t. de Wgp (€ 160 miljoen, onderdeel van het Regeerakkoord) in 2021 wordt gehaald.

### Besparing Wgp intramuraal (medische specialistische zorg)

De besparing en 'kosten' voor het voortzetten van de omzetregeling intramuraal zijn min of meer gelijk aan de bedragen extramuraal. Deze besparing draagt bij aan het behalen van het hoofdlijnenakkoord MSZ.

## **7 Juridische aspecten haalbaarheid**

De conceptregeling voor herziening van de maximumprijzen zoals hierboven omschreven, is juridisch haalbaar. De hiervoor beschreven procedure (in concept publiceren en voorhangen bij de Tweede en Eerste Kamer) volgt uit de Wgp.

Er is nu een tijdelijke beleidsregel voor de omzetregeling specifiek voor de herziening van oktober 2020 die niet geschikt is om ongewijzigd te worden voortgezet. Om die reden wordt een nieuwe beleidsregel opgesteld voor het jaar 2021. Dit is juridisch haalbaar.

## **8 Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)**

- De nota is afgestemd met de directies WJZ en FEZ.

- De uitvoering van de omzetregeling is besproken met het Agentschap CIBG die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de Wgp.
- De gesprekken over de financiële gevolgen met het ministerie van Financiën lopen nog.

Directoraat Generaal  
Curatieve zorg  
Directie Geneesmidd en Med.  
Technologie  
Team D

#### **9 Gevolgen administratieve lasten**

Over de gevolgen voor de administratieve van het voortzetten van de omzetregeling wordt u geïnformeerd in de nota bij de tijdelijke beleidsregel waarin dit wordt vastgelegd.

Kenmerk

#### **10 Toezeggingen**

Met deze nota worden geen toezeggingen afgedaan of gemaakt.

#### **11 Fraudetoets**

Over de uitkomst van de fraudetoets wordt u geïnformeerd in de nota bij de tijdelijke beleidsregel waarin dit wordt vastgelegd.

Bijlagen:

1. Nota ter beslissing uitstel Wgp aanscherping d.d. 20 maart 2020
2. Nota ter beslissing Wgp aanscherping met mitigerende maatregelen d.d. 19 juni 2020
3. Kamerbrief aanscherping Wgp maximumprijzen per 1 oktober met mitigerende maatregelen d.d. 26 juni 2020

5.1.2e

(Senior) Beleidsmedewerker

#### Verslag Stuurgroep CIMS

Vervolg overleggen in samenstelling van governance plaat van 5.1.2e 5.1.2e en 5.1.2e zullen dit vanaf nu in goede banen leiden.

#### Doornemen top 4 beleidsonzekerheden

5.1.2e licht toe. Zijn bezig sinds zomer met maken van kopie Praeventis. Veel uitvoerende partijen. Schakelen met LSP, mogelijk bij huisartsen en GGDen. Arbodiensten zijn een probleem. In begin goed overleg met VZVZ en Nedxis. Hulp nodig bij die gesprekken en vervolgstappen. Idealerweise wil je een ZIB aan elke vaccinatie linken zodat alle applicaties de gegevens op dezelfde manier registreren. Linken met dashboard is het makkelijkste aan de voorkant dus hoe sneller bekend hoe beter.

Definiëren wat is het eindpunt eind januari, en wat kunnen we voor die tijd nog realiseren.

5.1.2e geeft aan dat het nog steeds niet helder is waar nu een besluit voor nodig is, waar we nog over in gesprek zijn en waar we op moeten doorvaren.

Eind januari hoor ik, maar we moeten eind december start klaar zijn.

Wat zijn nu echt de dingen waar we prioriteit aan moeten geven.

5.1.2e wil dat wij uitvoerende partijen opdracht geven om de data aan het RIVM te geven. RIVM kan dit gesprek niet voeren die opdracht moet vanuit VWS komen. 5.1.2e vraagt hoe dat dan moet. Concreet, wie moeten we voor jullie mailen. Zo hebben we de LHV al opdracht gegeven om aan de slag te gaan via een mail aan de SNPG. We moeten specifieker weten wie we moeten mailen, die informatie moet van het RIVM komen.

Aan wie en wat moet er in die mail staan. Welke koppelingen, welke gegevens, wanneer klaar dit moet helder zijn zodat de opdracht gegeven kan worden.

5.1.2e gaat er van uit dat deze gesprekken met de uitvoerende partijen al plaatsvinden, en dat dit niet alleen per mail gaat. Er zijn ook gesprekken op beleid en uitvoerings niveau, maar deze gesprekken moeten ook op ICT niveau lopen.

5.1.2e geeft aan dat door de onduidelijkheid van de afgelopen maanden ervoor hebben gezorgd dat sommige dingen niet konden, nu pas weten we met wie we moeten praten om het geheel aan elkaar te knopen. RIVM verwacht van VWS dat wij de partijen aansturen, omdat VWS doorzettingsmacht heeft. Omdat er geen juridische basis is om ze te dwingen. Praktische zaken kunnen in verbinding met de veldpartijen plaatsvinden.

# Onderzoek naar vaccinatiebereidheid en voorkeuren voor vaccinatiebeleid

Onderzoekers TU Delft: 5.1.2e 5.1.2e

Samenwerking met: RIVM, VWS, Erasmus Universiteit Rotterdam en Universiteit Maastricht

## Introductie

Op dit moment wordt er op verschillende plekken in de wereld gewerkt aan een effectief vaccin tegen COVID-19. Het succes van vaccinatieprogramma's is afhankelijk van een hoge vaccinatiegraad. Een relatief hoge vaccinatiegraad van rond de 75% is namelijk nodig om groepsimmunitet te bereiken bij infecties met een hoog reproductiegetal zoals COVID-19 (Neumann-Böhme et al., 2020). Het is de vraag of dit percentage gehaald zal worden omdat de algemene vaccinatiebereidheid het laatste decennium een dalende trend doormaakt in Nederland (van Lier et al., 2018), er groepen Nederlanders zijn die het gevaar van COVID-19 bagatelliseren of ontkennen en er angst is onder deelnemers aan eerdere onderzoeken voor de bijwerkingen van COVID-19 vaccins die het gevolg zijn van een te gehaast ontwikkeltraject (Neumann-Böhme et al., 2020). De gemiddelde vaccinatiegraad is niet de enige succesfactor voor een succesvol vaccinatieprogramma. Het is ook belangrijk dat de vaccinatiegraad hoog is in verschillende gemeenschappen. Wanneer de vaccinatiegraad in een bepaald deel van het land of in een bepaalde gemeenschap laag is, dan blijft de kans bestaan dat dit leidt tot een lokale COVID-19 uitbraak. Het is daarom belangrijk voor beleidsmakers om inzicht te krijgen in de vaccinatiebereidheid voor een COVID-19 vaccin in verschillende segmenten van de bevolking en de manier waarop deze bereidheid het best kan worden gestimuleerd.

## Doel: Gedetailleerde inzichten genereren over vaccinatiebereidheid en voorkeuren voor vaccinatiebeleid

Wij voeren twee discrete keuze-experimenten uit om te onderzoeken in welke mate verschillende kenmerken van een vaccin voor COVID-19 de vaccinatiebereidheid beïnvloedt en wat de voorkeuren van Nederlanders zijn voor beleidsopties om vaccinatiebereidheid in de bevolking te stimuleren. In het **eerste keuze-experiment** maakt een representatieve groep Nederlanders een aantal keuzes tussen potentiële vaccins voor COVID-19. De vaccins waar zij tussen kunnen kiezen verschillen op een aantal kenmerken (bijvoorbeeld: percentage van gevaccineerde individuen dat door het vaccin beschermd is tegen COVID-19, hoe sterk de evidentie voor werkzaamheid is, eigen financiële bijdrage, maand waarin het vaccin beschikbaar is voor kwetsbare groepen en de rest van de Nederlandse bevolking, verwacht aantal gevallen met lichte en ernstige bijwerkingen per 10.000 vaccinaties). Deelnemers kunnen ook kiezen voor de opt-out (ik wil mij niet laten vaccineren).

Deze keuze-experimenten maken gebruik van statistische technieken, om het belang van de afzonderlijke kenmerken onafhankelijk van elkaar en in combinatie met elkaar te kunnen onderscheiden. Met behulp van econometrische modellen kan onderzocht worden welke afwegingen en beslisregels (bijvoorbeeld de omgang met morele taboes) hierbij een rol spelen. Hierdoor is het mogelijk om de invloed van deze kenmerken op de vaccinatiebereidheid van (verschillende groepen) Nederlanders vast te stellen. Dit biedt beleidsmakers meer gestructureerde, meer gedetailleerde, en meer betrouwbare informatie dan opiniepeilingen, die in het algemeen gebruik maken van vraagstellingen met Likert scales, bijvoorbeeld over de mate waarin een respondent instemt met een bepaalde stellingname "zou u zich wel of niet vaccineren".

De overheid kan verschillende middelen inzetten om de vaccinatiegraad te beïnvloeden. Het is wel belangrijk om te kiezen voor beleidsopties waar draagvlak voor is onder de bevolking, omdat een keuze voor een beleidsoptie waar geen draagvlak voor is averechts kan werken. Het **tweede keuze-experiment** onderzoekt voorkeuren voor verschillende beleidsopties door te vragen aan een

representatieve groep Nederlanders om te kiezen tussen verschillende beleidsopties om de vaccinatiegraad te verhogen. Het gaat hier om gelabelde keuze-experimenten waarin Nederlanders kunnen kiezen uit vier soorten beleidsopties: 1) informatiecampagnes; 2) niet-financiële prikkels bijvoorbeeld, minder beperkingen bij een lockdown of juist beperkingen t.a.v. bepaalde diensten zoals bezoeken van verpleeghuizen; 3) financiële prikkels zoals hogere kosten reisverzekering of zorgverkering; 4) verplichting voor bepaalde beroepen zoals in de zorg. In het keuze-experiment koppelen we beleidsopties aan kenmerken van potentiële vaccins. We kunnen daardoor bijvoorbeeld onderzoeken in hoeverre de effectiviteit van een vaccin voorkeuren voor een beleidsoptie beïnvloedt.

In de keuze-experimenten stellen we additionele vragen over de kenmerken van respondenten (o.a. leeftijd, geslacht, woonplaats, gezondheid, geloof, heeft men familie in een risicogroep, is men zelf werkzaam in de zorg, en een aantal stellingen over risico attitude, vertrouwen, tijdsvoorkeur en sociale preferenties) om te analyseren of voorkeuren verschillen tussen groepen Nederlanders. Zo kunnen we bijvoorbeeld de vaccinatiebereidheid van verschillende groepen in de Nederlandse bevolking heel precies vaststellen. Ook genereren we informatie over de achterliggende redenen van verschillen in motivaties en voorkeuren. Beleidsmakers kunnen deze informatie gebruiken voor communicatie rond het toekomstige vaccinatieprogramma.

#### Tijdslijn en samenwerking

Het onderzoek wordt uitgevoerd door 5.1.2e van de TU Delft van de faculteit Technische Bestuurskunde in samenwerking met 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e

5.1.2e en 5.1.2e Gezondheidseconomen van het RIVM die veel onderzoek hebben gedaan rond vaccinatiebereidheid (o.a. 5.1.2e en 5.1.2e - 1.2e) en beleidsmakers van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (o.a. 5.1.2e Publieke Gezondheid) kijken mee met het onderzoek.

<b>Juli</b>	In de week van 10 juli leggen we een eerste ontwerp van de experimenten voor in een workshop met medewerkers van RIVM en VWS. Bij VWS neemt <span style="background-color: black; color: white;">5.1.2e</span> deel aan de workshop, maar ook enkele beleidsmakers die zich bezighouden met beleid rond het COVID-19 vaccinatieprogramma. We raadplegen verschillende onderzoekers in ons netwerk om goede schattingen te maken van de kenmerken van de keuzeopties in de experimenten.
<b>Augustus</b>	Verder ontwerpen van de experimenten, uitvoeren van pilots. Midden augustus leggen we de conceptexperimenten voor aan beleidsmakers. Eind augustus dataverzameling met Kantar Public.
<b>September</b>	Analyse van de data en presenteren van de resultaten.

#### Hoeveel geld is er nodig om het onderzoek uit te voeren?

De dataverzameling via het Kantar Public panel kost in totaal 7.000 euro. We hebben met NWO besproken dat we 4.000 euro mogen inzetten vanuit een ander project vanwege het belang van het onderwerp. We hebben nog 3.000 euro exclusief BTW nodig voor het verzamelen van de data en hopen dat het COVID-19 TU Delft Response Fund deze bijdrage wil leveren.

#### Literatuur

Neuman-Bohme, S., Elsem Varghese, N., Sabat, I., Barros, P.P., Brouwer, W., van Exel, J., Schreyögg, J., Stargardts, T. 2020. Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. The European Journal of Health Economics.

Lier, E.A. van, J.L.E. Geraedts, P.J. Oomen et al. (2018) Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2017. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, rapport 2018-0008.

**Gezondheidsadviezen voor iedereen**

- Was uw handen
  - 20 seconden lang met water en zeep, daarna handen goed drogen
  - Voordat u naar buiten gaat, als u weer thuis komt, als u uw neus heeft gesnoten, natuurlijk voor het eten en nadat u naar de wc bent geweest.
- Hoest en nies in de binnenkant van uw elleboog
- Gebruik papieren zakdoekjes om uw neus te snuiten en gooi deze daarna weg
  - Was daarna uw handen
- Schud geen handen
- Houd 1,5 meter afstand (2 armlengtes) van anderen
  - Dit geldt voor iedereen op straat, in winkels en op het werk als u een vitale functie heeft. Maar niet thuis en ook niet op straat als het mensen zijn uit uw gezin of huishouden.
  - Door 1,5 meter afstand te houden is de kans kleiner dat mensen elkaar besmetten
- Voor iedereen in Nederland geldt: blij zoveel mogelijk thuis. Werk thuis indien mogelijk en ga alleen naar buiten als dat nodig is: boodschappen doen, de hond uitlaten, een frisse neus halen of iets voor een ander doen. Blijf op 1,5 meter afstand van anderen, behalve binnen uw gezin/huishouden. Ga zoveel mogelijk alleen op pad. Mensen [werkzaam in cruciale beroepen en vitale processen](#) gelden kunnen wel naar hun werk als dat nodig is.
- Heeft u verkoudheidsklachten, zoals neusverkoudheid, keelpijn, lichte hoest of verhoging tot 38 graden Celsius? Blijf thuis. Ziek uit. Doe geen boodschappen en ontvang geen bezoek. Laat anderen boodschappen doen, of laat ze bezorgen, zorg dat een ander de hond uitlaat. Voor huisgenoten zonder klachten gelden de regels die voor iedereen in Nederland gelden (zie boven). Als u 24 uur lang geen klachten heeft, mag u weer naar buiten. Mensen [werkzaam in cruciale beroepen en vitale processen](#) zijn hiervan uitgezonderd; zij blijven thuis als zij zelf klachten met koorts hebben (overleg zo nodig met uw werkgever).
- Mensen met verkoudheidsklachten en koorts (boven 38 graden Celsius) en/of benauwdheid: blijf thuis. Ziek uit. Doe geen boodschappen en ontvang geen bezoek. Heeft u huisgenoten, dan mogen zij ook niet naar buiten; alleen wie geen klachten heeft, mag even boodschappen doen. Huisgenoten werkzaam in cruciale beroepen en vitale processen zijn hiervan uitgezonderd; zij blijven thuis als zij zelf klachten met koorts hebben (overleg zo nodig met uw werkgever). Als iedereen 24 uur geen klachten heeft, mag u weer naar buiten. Voor meer informatie over de leefregels thuis: [kijk op de website van het RIVM](#).
- Risicogroepen  
Mensen die ernstiger ziek kunnen worden van het coronavirus zijn ouderen (mensen van 70 jaar of ouder) en mensen met een kwetsbare gezondheid. Behoort u tot deze groep? Blijf thuis, ontvang zo min mogelijk bezoek, houd 1,5 meter afstand en onderhoud contact met anderen via de telefoon of op andere manieren.

Dit zijn kwetsbare groepen volgens Q&A van het RIVM. We gaan ervan uit dat dit de gouden standaard is, maar er zijn nog anders verkorte versies te vinden die afwijken:

Kwetsbare groepen zijn mensen die een hoger risico hebben op ernstig verloop van COVID-19. Dit zijn mensen van 70 jaar en ouder en mensen die op basis van onderliggend lijden in aanmerking komen voor griepvaccinatie. Het gaat om volwassenen (ouder dan 18 jaar) met:

- afwijkingen en functiestoornissen van de luchtwegen en longen;
- chronische hartaandoeningen;
- diabetes mellitus;
- ernstige nieraandoeningen die leiden tot dialyse of niertransplantatie;
- verminderde weerstand tegen infecties:
  - door medicatie voor auto-immuunziekten,
  - na orgaantransplantatie,
  - bij hematologische aandoeningen,
  - bij aangeboren of op latere leeftijd ontstane afweerstoornissen waarvoor behandeling nodig is,
  - bij (functionele) asplenie
  - bij chemotherapie en/of bestraling bij kankerpatiënten;
- een onbehandelde hiv humaan immunodeficientievirus humaan immunodeficientievirus - infectie of een hiv-infectie met een CD4 cluster of differentiation 4 cluster of differentiation 4 -getal lager dan 200/mm<sup>3</sup>.

#### **Beperking openbaar leven**

- Blijf zoveel mogelijk thuis, ook tijdens het komende paasweekend.
  - ontvang zo min mogelijk bezoek (maximaal 3 bezoekers)
  - en houd dan 1,5 meter afstand tot elkaar
- Ga alleen naar buiten als dat nodig is
  - voor werk wanneer u niet thuis kunt werken, voor boodschappen, een frisse neus of om iets voor een ander te doen
  - houd ook dan 1,5 meter afstand tot elkaar
- Ga niet op bezoek bij mensen van 70 jaar of ouder en mensen met een kwetsbare gezondheid.
  - Ga zeker niet op bezoek als u verkoudheidsklachten hebt.
- Als u naar buiten gaat, houd dan 1,5 meter afstand tot anderen (uitgezonderd gezinnen/huishoudens en kinderen tot en met 12 jaar onderling).
- Tegen groepen van meer dan 2 personen die niet ten minste 1,5 meter afstand tot elkaar houden, kan worden opgetreden.

- Advies: reis niet naar het buitenland, tenzij dat echt noodzakelijk is (vakantiereizen gelden niet als noodzakelijk).

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# verslag

Betreft	Regionale informatie over COVID-19 in verpleeghuizen
Vergaderdatum en -tijd	12 oktober 2020 10:00
Vergaderplaats	
Aanwezig	
Afwezig	
Kopie aan	

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Sturing, Financiering en  
Informatie

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

**Inlichtingen bij**

5.1.2e  
5.1.2e  
M +31 5.1.2e  
5.1.2e @minvws.nl

**Datum**

12 oktober 2020

**Aantal pagina's**

2

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

## Stand van zaken Dashboard

- Sinds 2 weken is op het dashboard een nieuwe tijdreeks geplaatst over besmettingen in verpleeghuizen. Bij een melding bij de GGD moet worden aangegeven of een persoon is opgenomen in een instelling. Indien het veld niet is ingevuld, schat het RIVM o.b.v. de oude methode in of het een verpleeghuisbewoner is (o.b.v. postcode, leeftijd en beroep).
- Vanaf 13/10 zal VWS regionale gegevens plaatsen over verpleeghuiszorg: aantal besmette locaties, percentage besmette locaties t.o.v. totaal aantal locaties in de regio.
- VWS zal ook de landelijke en regionale gegevens over de gehandicaptenzorg op het dashboard plaatsen. Dat zal nog een aantal weken duren.
- De lijst verpleeghuizen is afkomstig van Zorgkaart Nederland. Enige overschatting is mogelijk als het niet om verpleeghuisbewoners gaat maar om cliënten in aanleunwoningen, of cliënten met GRZ of ELV.

## Testresultaten

- Alle testresultaten zijn meldingsplichtig.
- Er zijn ook cijfers bekend over de besmetting onder het personeel van de zorginstellingen. De dagtellingen zijn gebaseerd op 3 puzzelstukjes:
  - Registratie van de beroepsgroep uit Osiris
  - Vermelde beroep geregistreerd uit de systemen van de laboratoria
  - Info geregistreerd in de teststraten
- Bij de zorgmedewerkers zien we lagere aantallen positieve geteste personen. Hypothese is dat risico's en consequenties van een meeweegt bij de afweging om bij milde klachten zich wel of niet te laten testen. Mogelijk is men bezorgd voor de continuïteit van zorg. Voor zzp-ers in de zorg kan meewegen dat een quarantaine gevolgen heeft voor het inkomen.

- Uit een mail van een manager van een veiligheidsregio blijkt dat het niet toegestaan zou zijn om zonder toestemming van de betrokkene het testresultaat van een medewerker te sturen aan een leidinggevende. ActiZ en de GGD nemen hierover contact op om dit uitzoeken (**Actie ActiZ**).

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Stuning, Financiering en  
Informatie

#### **Ontwikkelingen tav ontsluiten data**

- Inzet is dat het CBS op BSN kan beschikken over de testresultaten van de GGD's. Dat biedt mogelijkheden om analyses uit te voeren naar achtergrondkenmerken (SES, werk, gezinssituatie) van personen. RIVM wil graag tabellen ontvangen van CBS. (**Actie RIVM**)
- Deelnemers bevestigen dat het belangrijk is de informatie op niveau van de locatie te verbeteren. Dit helpt bij het bestuderen van het beloop van het virus.
- Verenso licht toe hoe de data uit de EPD's (gevuld door de SO's) via Nivel aangeleverd wordt bij het RIVM
- Het aantal zorgaanbieders dat echter aanlevert – toestemming geeft – is echter nog beperkt.
- RIVM geeft aan dat via een spoed PIA groen licht is om ziekenhuisgegevens van NICE op BSN te knopen aan testresultaten. VWS/CZ heeft hiervoor een opdrachtbrief gestuurd. Voor de care zou iets soortgelijks waarschijnlijk mogelijk zijn
- 5.1.2e neemt het initiatief om hierover verder te praten in een petit comité met Verenso (**Actie RIVM**)
- Het RIVM zou ter controle graag beschikken over een lijst met locaties van CBS. Helaas kan dat niet op grond van de CBS-wet.
- IGJ wil ook graag beschikken over info op locatieniveau. Weliswaar moet een instelling het bij de IGJ melden als er een besmetting is, maar men wil graag preciezer weten op welke locaties besmettingen zijn.
- ActiZ zou haar leden graag regionale terugkoppeling geven. De leden registreren van alles, maar het zou goed zijn als er spiegelinfo komt.
- Uit de factsheet van VU blijkt dat de kans op overlijden 18 keer groter is als de besmetting plaatsvond in een verpleeghuis.
- Signaal is dat het aantal overlijdens in verpleeghuizen een forse onderrapportage kent. Volgens Verenso moet die sterfte hoger zijn.
- ActiZ meldt dat men in overleg is met de NZa over de bekostiging van opschalingsbedden. Daarvoor zou het handig zijn als de leden data krijgen van de GGD's.

**Datum**  
12 oktober 2020

VWS plant een vervolgoverleg in de week van 9 november.

Maatregel	2020	2021	2022
-----------	------	------	------

(bedragen x € mln.)

#### Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aanschaf en distributie medische beschermingsmiddelen

GGD'en en veiligheidsregio's

IC-capaciteit

Ondersteuning sportsector

Ondersteuning zorgpersoneel

Onderzoek inzake COVID-19

Testcapaciteit RIVM en GGD

Vaccin ontwikkeling en medicatie

Zorgbonus

Zorgkosten en bijstand Caribisch Nederland (plafond Zorg)

Overige maatregelen (plafond Rijksbegroting)

Meerkosten Corona Wlz (plafond Zorg)

Overige maatregelen (plafond Zorg)

5.1.2b

#### Aanschaf en distributie medische beschermingsmiddelen

De totale uitgaven aan medische beschermingsmiddelen worden tot nu toe op 5.1.2b geraamd in 2020 en 2021. Dit zijn zowel uitgaven die door VWS zijn gedaan voor persoonlijke beschermingsmaterialen als de verleende bevoorschotting aan het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH). Voor de uitlevering van medische beschermingsmiddelen aan zorginstellingen in 2020 is in 2021 een teruggave van verleende voorschotten vanuit het LCH aan VWS van 85 miljoen euro geraamd. Dit ontvangstenbudget wordt in 2021 herijkt. Daarnaast is voor de sneltesten een ontvangstenbudget van 5.1.2b in 2021 verwerkt, omdat de sneltesten door het RIVM worden ingekocht bij het LCH. Voor de aanschaf van het geneesmiddel Remdesivir is 5.1.2b beschikbaar. Daartegenover staan ook ontvangsten, omdat ziekenhuizen voor het geneesmiddel betalen. Tenslotte zijn middelen beschikbaar gesteld voor beheer- en ontwikkelkosten van het LCH 5.1.2b in 2020 en 5.1.2b in 2021, isolatiejassen en handgel (5.1.2b) en uitvoeringskosten voor het Landelijk coördinatiecentrum geneesmiddelen 5.1.2b

#### GGD'en en veiligheidsregio's

De GGD'en en veiligheidsregio's vervullen een belangrijke rol tijdens de coronacrisis. De extra middelen zijn benodigd, zodat deze partijen hun rol blijven vervullen. Zo maken GGD'en kosten voor het opzetten, bemensen en uitvoeren van het bron- en contactonderzoek en het opzetten van teststraten. Daarnaast zijn er middelen nodig voor bemonstering en dienstverlening. Voor de veiligheidsregio's zijn middelen beschikbaar gesteld voor de extra kosten die gemaakt worden voor onder andere de coronacentra, distributie van beschermingsmiddelen en crisiscommunicatie. In totaal gaat het om 5.1.2b in 2020 en 5.1.2b in 2021.

#### IC-capaciteit

Op basis van het opschalingplan van het Landelijk Netwerk Acute Zorg worden voor de opschaling naar 1.350 IC-bedden en de flexibele verdere opschaling naar 1.700 IC-bedden en de daarmee corresponderende uitbreiding van het aantal klinische bedden middelen gereserveerd in 2020 en 2021. Hiervoor is 5.1.2b beschikbaar in 2020-2022. Daarnaast worden er middelen beschikbaar gesteld voor kosten van opleidingen die samenhangen met het opschalen van de IC-capaciteit. Hiervoor is 5.1.2b beschikbaar in 2020-2022.

#### Ondersteuning sportsector

Voor de sportsector (sportbonden, sportverenigingen en sportaanbieders) is 5.1.2b beschikbaar in 2020-2021 als aanvullende compensatie voor het waarborgen van de continuïteit van de sportinfrastructuur (via de Tegemoetkoming en amateursportorganisaties (TASO) en Tegemoetkoming verhuurders sportaccommodaties (NS)). Voor de periode 1 oktober t/m 31 december is 5.1.2b beschikbaar; de daadwerkelijke uitbetaling vindt plaats in 2021. Tenslotte is 5.1.2b specifiek gedekt binnen de VWS-begroting voor de Stichting waarborgfonds voor sportverenigingen (en daarmee geen onderdeel van deze tabel).

#### Ondersteuning zorgpersoneel

Naast de zorgbonus zijn er ook ondersteunende maatregelen genomen, zodat personeel dat beschikbaar wilde zijn tijdens de coronacrisis geregistreerd kon worden en een aangepaste

opleiding kon volgen. (Her)Registratie is ook in 2021 nog mogelijk. In totaal is er 5.1.2b in 2020 beschikbaar en 5.1.2b in 2021. Daarnaast is 5.1.2b beschikbaar voor een bijdrage aan de Stichting Zorg na Werk in Coronazorg (ZWIC) (dit is specifiek gedekt binnen de WVS-begroting en daarom geen onderdeel van deze tabel).

#### *Onderzoek inzake COVID-19*

In 2020 en 2021 zijn er middelen beschikbaar gesteld om noodzakelijk onderzoek te doen naar COVID-19, waaronder rioolonderzoek. De onderzoeken worden uitgevoerd door ZonMw, RIVM, GGD en derden. Hiervoor is 5.1.2b in 2020 en 5.1.2b in 2021 beschikbaar.

#### *Testcapaciteit RIVM en GGD*

Vanaf 1 juni kan iedereen met (milde) klachten getest worden op corona. Voor de uitbreiding van de testcapaciteit is in eerste instantie 5.1.2b in 2020 beschikbaar gesteld, en bij de derde incidentele supplettoire begroting aanvullend 5.1.2b in 2020 en 5.1.2b in 2021. Daarnaast is voor de aanschaf van sneltesten budget beschikbaar gesteld (5.1.2b in 2020-2021) en worden de teststraten uitgebreid (5.1.2b 2020-2021). Tenslotte is voor het COVID-19 programma van het RIVM 5.1.2b in 2021 beschikbaar gesteld.

#### *Vaccin ontwikkeling en medicatie*

Door de EU worden overeenkomsten gesloten om de beschikbaarheid van vaccins veilig te stellen. Hieruit volgen ook financiële verplichtingen voor de lidstaten om vaccins af te nemen. Het kan daarbij gaan om aanschaf-, productie- en ontwikkelkosten. Hiervoor is 5.1.2b in 2020-2021 beschikbaar gesteld. Tevens is 5.1.2b beschikbaar gesteld voor onderzoek aan de Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI). Tenslotte is voor het BCG-vaccin 5.1.2b beschikbaar en 5.1.2b voor de implementatie van het vaccin.

#### *Zorgbonus*

Naar aanleiding van de motie Van Kooten-Arissen heeft het kabinet een bonusregeling voor zorgprofessionals uitgewerkt, van € 5.1.2b netto per betrokken zorgprofessional in 2020. De verwachte uitgaven voor de bonus bedragen 5.1.2b in 2020, waardoor ca. 800.000 zorgprofessionals een bonus kunnen ontvangen en het bedrag wordt aangevuld met de eindheffing loonbelasting. Het budget voor de uitbetaling van de zorgbonus aan zorgmedewerkers die uitbetaald krijgen via een persoonsgebonden budget wordt van 2020 naar 2021 verplaatst 5.1.2b

Om de noodzakelijke inzet van mensen voor de uitvoering van de zorgbonus, die normaal voor de uitvoering van het stagefonds worden ingezet, mogelijk te maken moet het laatste deel uit het proces van de jaarlijkse uitvoering van het stagefonds naar begin 2021 worden verplaatst. De uitgaven voor het stagefonds vinden daarom pas plaats in 2021 5.1.2b. Tenslotte is besloten dat in 2021 nogmaals een zorgbonus van € 5.1.2b (netto) wordt uitgekeerd. De verwachte uitgaven bedragen 5.1.2b in 2021. De uitvoeringskosten van de bonusregeling betreffen ca. 5.1.2b in 2021.

#### *Zorgkosten en bijstand Caribisch Nederland (plafond Zorg)*

Het Caribisch deel van het Koninkrijk wordt op basis van het Koninkrijkstatuut ondersteund in de coronacrisis. Conform adviezen van het Outbreak Management Team (OMT) wordt de zorgcapaciteit op deze eilanden opgebouwd. VWS helpt bij de tijdelijke uitbreiding van IC-capaciteit, het versterken van de publieke gezondheid, extra capaciteit bij medische evacuaties en voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen. Hiervoor is 5.1.2b in 2020 beschikbaar en 5.1.2b in 2021.

#### *Overige maatregelen (plafond Rijksbegroting)*

Er zijn meerdere kleine maatregelen waaronder middelen voor de campagne samen sterk, bijdragen aan het landelijk coördinatiecentrum patiënten spreiding. Ook zijn kosten gemaakt voor het opzetten van de app, een nieuw digitaal registratiesysteem voor de testen en een klantencontactcentrum om digitale gegevensuitwisseling mogelijk te maken. In 2021 zijn middelen beschikbaar gesteld voor het programma 'innovatieve behandeling' (5.1.2b).

#### *Meerkosten Corona Wlz (plafond Zorg)*

Zorgaanbieders maken extra personele en materiële kosten in verband met COVID-19. In de beleidsregel SARS-CoV-2 virus van de NZa is geregeld dat deze kosten buiten de contracteerruimte vergoed worden. Het financiële effect hiervan wordt ingeschat op 5.1.2b. Daarnaast bevat deze post 5.1.2b voor pgb-budgethouders als gevolg van extra kosten voor aanvullende zorg of vervangende zorg door COVID-19.

*Overige maatregelen (plafond Zorg)*

Dit betreft geraamde kosten in het kader van de opschaling van de IC- en ELV-capaciteit, alsmede een pakketmaatregel over extra fysiotherapie voor ex-COVID-19-patiënten.

Risicoregeling	Uitstaand risico		Benutting		Uitgaven		Ontvangsten	
	Initieel geraamd	Geüpdate	Initieel geraamd	Geüpdate	Initieel geraamd	Geüpdate	Initieel geraamd	Geüpdate
<b>Garanties</b>								
Garantie LCH/Mediq							0	0
NVZA Geneesmiddelen							0	0
U-Diagnostica							0	0
Eurofins				5,1.2b			0	0
Synlab							0	0
Garantie testmaterialen							0	0

#### Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH)/Mediq

Als onderdeel van de noodmaatregelen voor de beheersing van COVID-19 zijn op 23 maart en 7 april 2020 garanties afgegeven om de inkoop van noodzakelijke genees- en hulpmiddelen te borgen. Deze garantie kent geen plafondbedrag en is inmiddels aangepast van 5,1.2b naar 5,1.2b om de noodzakelijke inkoop te kunnen blijven borgen. Het uitstaande risico wordt begrensd door het mandaat dat VWS afgeeft aan Mediq.

#### NVZA

De corona-uitbraak heeft geleid tot een sterke stijging van het aantal beademde ic-patiënten. De vraag naar geneesmiddelen voor zorg aan COVID-19 patiënten is op dit moment hoog. Daarnaast stopt de toevoer van geneesmiddelen door onder meer de wereldwijde stijging in gebruik, de handelsbelemmeringen als gevolg van de crisis en de vermindering van de productie van zowel de grondstoffen als de eindproducten. Het risico bestaat dat de beschikbaarheid van specifiek voor de behandeling van COVID-19 patiënten benodigde geneesmiddelen in het gedrang kan komen. Het is daarom op dit moment noodzakelijk de aankoop van geneesmiddelen snel centraal te kunnen coördineren. De minister van VWS heeft de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) verzocht de coördinatie van de beschikbaarheid van deze geneesmiddelen landelijk te organiseren. Voor de uitoefening van deze functie is het voor de NVZA noodzakelijk een aantal financiële risico's van marktpartijen af te kunnen dekken. Op dit moment is de benutting van deze garantie met 5,1.2b nog onder het plafondbedrag van 5,1.2b

#### Testmaterialen

Sinds de corona-uitbraak worden wereldwijd grote aantallen COVID-19 testen uitgevoerd. De vraag naar testmaterialen is op dit moment hoog. Er is sprake van dat de leveranciers zonder garantieovereenkomst onvoldoende testmaterialen voor de Nederlandse markt kunnen garanderen. Dit zijn uitzonderlijke marktomstandigheden. Op grond van de behoefte van de capaciteit, ruimte en wensen van laboratoria worden garantieovereenkomsten afgesloten met aanbieders van testmaterialen om in de vraag van Nederlandse laboratoria te voorzien ten hoogste tot het plafondbedrag wordt bereikt. De benutting is tot op heden 5,1.2b

### Signalen uit het veld langdurige zorg 6 november 2020

#### Ten geleide:

- Dit is de derde keer dat we dit overzicht maken. De bedoeling is deze rapportage periodiek te maken. We streven naar om de week vrijdag.
  - Omdat de namen van de zorgaanbieders worden genoemd is het niet wenselijk deze notitie te verspreiden.
  - Deze notitie bevat slechts een weergave van hetgeen naar voren kwam. Geen beleidsreactie o.i.d.
  - Wij hebben de bestuurders of de locatiemanagers gesproken.
  - Het is opvallend hoe zeer de belangstelling vanuit VWS werd op prijs gesteld.
  - De inzet was om alle zorgaanbieders te bellen waarvan bekend is dat er een uitbraak is. Inmiddels is bij alle aanbieders die we spreken een uitbraak. Daarom bellen we vooral bij majeure uitbraken na.
- In de bijlage een impressie van de gesprekken per aanbieder.

#### A. Stand van zaken besmettingen op 3 november 2020

- Aantal verpleeghuislocaties met een besmetting: 633
- Aantal positief geteste verpleeghuisbewoners: 150
- Aantal instelling in de gehandicaptenzorg met een besmetting: 391
- Aantal positief geteste bewoners in een GHZ-instelling: 45

Aantal positief geteste bewoners: 71 = 1% van het totaal positief geteste mensen in Nederland

#### B. Verpleeghuizen

Gebeld met: 5.1.5

6.1.5

- Voorbereiding: Zorgaanbieders hebben zich voorbereid en hebben geleerd van de eerste golf. Ook COVID-19 wordt 'normaal'.
- Zorg continuïteit: We horen in toenemende mate zorgen over de continuïteit van de zorg. Min of meer evenredig met de verminderde beschikbaarheid van zorgverleners worden activiteiten verminderd of gestopt, het is derhalve een geleidelijk proces. Het eindbeeld is dat slechts het delen van voedsel, medicatie en ADL resteert. Voor een VVT organisatie kan het ook betekenen dat met de thuiszorg wordt gestopt, omdat de verpleeghuisbewoners geheel zijn afhankelijk zijn van de zorgaanbieder. We zullen dit onderwerp nader uitwerken.
- BCO: Men heeft (soms in overleg met de GGD) een eigen vorm van BCO ontwikkeld om grip te hebben op de gang van het virus door de instelling. Uitbraken zijn veelal terug te voeren op zorgverleners.
- Pbm: lijkt voldoende beschikbaar.
- Testen: is vitaal om grip te hebben op de uitbraak. Geen klachten meer over testcapaciteit. Vaak heeft men zelf een teststraat met andere zorgaanbieders en/of een ziekenhuis vormgegeven. Bij een uitbraak worden zowel de bewoners als de zorgverleners getest. Verder zijn sneltesten nadrukkelijk in opkomst. Er zijn voorbeelden van vals-negatief sneltesten. Er is behoefte aan een goede instructie voor gebruik.
- Het verloop van de ziekte lijkt minder heftig dan tijdens de eerste golf. De symptomen lijken milder en het aantal mensen dat overlijdt lijkt verhoudingsgewijs lager.
- Zorgen: Er worden drie voornamelijk zorgpunten genoemd.
  - Als eerste de beschikbaarheid van voldoende zorgverleners. Er wordt melding van gemaakt van ziekteverzuim dat behoorlijk oploopt. Overigens lijkt het beeld vooral gekleurd door locaties waar er veel besmettingen zijn. In cijfers lijkt het gemiddelde niet zeer hoog, 7% tot 8%. De creativiteit met inzetten van mensen buiten de zorg neemt toe (zie voorbeelden hierna). Punt van aandacht is dat het voor zorgaanbieders soms lastig is om zicht te houden op de uitval en het ziekteverzuim. De informatiesystemen zijn niet op ingericht op een crisis waardoor sturing moeilijker wordt.
  - Als tweede worden de financiën genoemd. De kosten lopen op door de inhuur van ZZPers en het bewerkelijk zijn van COVID-19. Daarnaast is er onduidelijkheid over de dekking van kosten van corona-units om overloop vanuit ziekenhuizen aan te kunnen. Nieuw zijn de zorgen over de financiering van de meerkosten en de leegstand. Daarover is duidelijkheid zeer gewenst. Dit is aan ZN gevraagd om te doen.
  - De toenemende polarisatie in de samenleving wordt door de zorgverleners als demotiverend ervaren. Tijdens de eerste golf was er veel steun voor de zorg, die is nu minder.
- Zorgverleners: naast de schaarste aan zorgverleners speelt dat zorgverleners corona-moe beginnen te worden. Men wil terug naar de pre-corona situatie.
- Bezoek: Zorgaanbieders proberen het bezoek bij een uitbraak zo kort mogelijk te wren. Soms is quarantaine niet altijd uit te sluiten, bijvoorbeeld bij een uitbraak. Daarvoor is bij familie niet altijd begrip. Vaak is bezoek gereguleerd, dus op vaste tijden e.d.
- Ondersteuning: Diverse zorgaanbieders hebben de hulp van het ondersteuningsprogramma 'Leren van elkaar' ingeroepen.

### C. Gehandicaptenzorg instellingen

Gebeld met: 5.1.5

#### Algemeen

- **Voorbereiding:** Ook in de gehandicaptenzorg speelt dat de zorgaanbieders hebben geleerd van de eerste golf en zich hebben voorbereid. In de regio's waar tijdens de eerste golf COVID-19 niet of nauwelijks is doorgedrongen is het virus nu ook.
- **Cliënten:** Er wordt veel melding gemaakt van verdriet en onbegrip bij cliënten over de maatregelen (afstand houden, mondkapjes bij zorgverleners, meer gereguleerd bezoek, pbm bij bezoek. Ook bij familie is hiervan sprake.
- **BCO:** Idem als bij de verpleeghuizen. Ook hier lijken besmettingen veelal door zorgverleners te worden binnengebracht.
- **Pbm:** lijkt voldoende beschikbaar. Signaal is dat handschoenen kritisch lijken te worden. Het LCH heeft richting een grote zorgaanbieder aangegeven niet te kunnen leveren.
- **Testen:** is vitaal om grip te hebben op de uitbraak. Vele zorgaanbieders hebben zelf een teststraat omdat het via de GGD niet snel genoeg gaat.
- **Dagbesteding:** Het bieden van dagbesteding is vitaal voor de kwaliteit van leven van cliënten. Tegelijkertijd is het complex om goed vorm te geven. Doordat de dagbesteding meer op de groep thuis wordt geleverd zijn er minder overdrachtsmomenten, waardoor het aantal medicatiefouten lijkt af te nemen.
- **Bezoek:** Als sprake is van een uitbraak wordt het bezoek zo kort mogelijk geweerd. Door de bank genomen is er begrip van de familie, vooral omdat duidelijk is dat het om een beperkte periode zal gaan.
- **Cohorten:** Bij een uitbraak worden zo veel mogelijk cohorten ingericht. Juist in de gehandicaptenzorg is dat soms lastig omdat sommige cliënten eigen voorzieningen nodig hebben die verbonden zijn aan de woonruimte van de cliënt, zoals een speciaal bed.
- **Zorgen:** Ook hier worden twee zorgpunten genoemd.
  - Tussen zorgaanbieders onderling is de **zorgbonus** voor zorgverleners een levendig discussiepunt. Diverse zorgaanbieders zullen de bonus voor alle medewerkers aanvragen. Anders zorgverleners proberen de instructies van VWS te volgen.
  - Een ander punt is dat de dagbesteding op de groep een **bestuursverklaring** vergt. Zorgkantoren willen deze verregaand onderbouwd zien hetgeen tijdrovend is voor de zorgverleners die daarmee van de zorg worden afgehouden. Dit draagt niet bij aan gevoel van waardering.
- **Zorgverleners:** naast de schaarste aan zorgverleners speelt dat zorgverleners corona-moe beginnen te worden. Men wil terug naar de pre-corona situatie. Zorgaanbieders proberen hieraan het hoofd te bieden met inzet van geestelijke verzorgers, aanbieden van gesprekken met psychologen of wat extra verlof.

**Kort verslag per gesprek**

5.1.5

5.1.5

Dordrecht

- 31 besmettingen van bewoners, verspreid over twee locaties besmettingen. Op deze twee locaties nu vijf uitbraken. In de tweede golf 1 persoon overleden. De symptomen van de mensen die besmet zijn lijken minder heftig.
- In totaal inmiddels 450 mensen (bewoners en zorgverleners getest).
- BCO is niet meer goed mogelijk. Het beeld is dat het virus zowel via de zorgverleners als het bezoek binnenkomt. 1 persoon overleden.
- Voor bezoek vooralsnog gesloten. Men wil eerst de cohorten goed inrichten.

5.1.5

5.1.5

Amsterdam

5.1.5

- Het virus blijft binnenkomen. Het beeld is dat het vooral via de sociale contacten van bewoners binnenkomt.
- Er wordt zeer veel getest. Alleen in oktober al 550 bewoners getest. Men heeft een eigen teststraat.
- Spannend is dat medewerkers die geen klachten hebben, toch positief blijken te zijn. Zo is het heel moeilijk om het virus buiten de deur te houden. Van de geteste zorgverleners is 9% positief.
- Ook patiënten die van het ziekenhuis worden overgenomen, brengen virus binnen.
- Berichten op 5.1.5 over dat het leger nodig is, zijn onjuist. Door de media fout weergegeven. Het leger slechts genoemd als last resort.

5.1.5

5.1.5

Zeeland

- Men heeft de zomerperiode gebruikt om bij te komen. Nu in de tweede golf is men stevig geraakt.
- Het aantal besmettingen op zich valt wel mee, maar er is veel angst onder bewoners, verwanten en zorgverleners. De angst speelt parten. Er is veel energie nodig om de rust onder bewoners, verwanten en zorgverleners te bewaren. Een groot onderwerp is de vraag hoe dit vol te houden bij een langere periode.
- Er wordt heel veel getest om grip te hebben. In Zeeland al een eigen teststraat ingericht voor zorgverleners in maart. Nooit issues met capaciteitsproblemen gehad.
- Er is veel uitval bij de zorgverleners, bijvoorbeeld omdat een familielid besmet is, en de zorgverlener in quarantaine moet.
- Voordeel van Zeeland is dat de zorgaanbieders elkaar kennen en goed samenwerken. Al sinds maart is er goede samenwerking.
- Breed preventief gebruik van pbm. In Zeeland nooit een tekort gehad. Nu ook niet. Men had zelfs prima naar Brabant kunnen brengen in de eerste golf. Enige landelijke coördinatie was toe welkom geweest.
- Men is aangesloten bij ROAZ maar dat leidt vooral tot vertraging. De zorgaanbieders onderling helpen elkaar en dat is meer effectief. Met de GGD is prima samenwerking.
- Belangrijk punt is onduidelijkheid in de regelgeving voor de financiering van COVID-19 eenheden om de ziekenhuizen te ontlasten. Daar waar elk cliënten zijn geweest, loopt de vergoeding goed. Als er op verzoek van ROAZ/GGD een COVID-19 is ingericht waar geen patiënten zijn geweest, is de vergoeding onduidelijk, terwijl er wel kosten zijn gemaakt. Dat helpt niet bij de bereidheid om voor de tweede golf COVID-19 eenheden in te richten.

N.B. hierover is reeds contact met CZ, die daarover met ZN spreekt.

5.1.5

5.1.5

in Rotterdam

5.1.5

- 5.1.5 was een noodkreet voor de gehele sector

-

5.1.5

- Meer steun vanuit de samenleving is wenselijk. De ervaren praktijk is echter vooral polarisatie, in de samenleving, viruswaan, uitvergroten van verschillen.

- Dit is niet goed voor de motivatie van de zorgverleners. Zij hebben niet altijd de benodigde vakantie gehad. En sinds half augustus zwol de tweede golf weer aan in Rotterdam.
- Tekenend is dat ten tijde van de eerste golf de Rotterdams Zorg (samenwerkingsverband van de zorgaanbieders in Rotterdam) 500 mensen voor de zorg gevonden. Al deze mensen zijn nagebeld, maar slechts 80 zijn uit deze groep opnieuw beschikbaar. In plaats van waardering nu soms beveiliging nodig. Zijn gelukkig nog incidenten. 5.1.5

- De wens is dat ook VWS hiervoor aandacht vraagt, en aandringt op saamhorigheid.

5.1.5

5.1.5 Twente

- Heeft ook tijdens de eerste golf al enkele flinke uitbraken gehad. Het verloop is nu anders. Er zijn bijvoorbeeld nu meer zorgverleners ziek dan tijdens de eerste golf.
- Nu zijn er 98 ziek positief getest ziek. In totaal zijn er 4200 mensen in totaal werkzaam bij de instelling. Uit de eerste golf nog 17 zorgverleners nog niet hersteld. Sprake van energietekort, en zaken niet kunnen niet onthouden.
- Het ziekteverzuim voor de hele instelling (incl. COVID-19) is 7,6% (landelijk gemiddelde is 7,3%).
- Testen is vitaal om grip te houden. Er was een eigen teststraat omdat de GGD de vraag niet aankon. Nu wordt gewerkt met sneltesten. De GGD accepteert de sneltesten. Het gaat om door RIVM goedgekeurde testen.
- Op linkedin is een bericht geplaatst met de strekking dat iedereen moet helpen, omdat het voor de zorgaanbieder te veel werk is om aan te kunnen. Men wil mensen meer betrekken bij de zorg. Ook hier het signaal dat de steun vanuit de samenleving wordt gemist. Ook hier is soms sprake van onheuse bejegening door de families soms. Er zijn mensen die c19 onzin vinden, en trekken zich weinig aan van de regels. Soms zijn er hele families die een mondkapje weigeren, ook als sprake is van een uitbraak. Dit is zwaar voor de zorgverleners, kost heel veel tijd voor discussie. Inzet van beveiligers wordt overwogen.
- De samenwerking in de regio is goed. Eens per week bestuurlijk keteloverleg, dat geeft een basis om ook andere onderwerpen op te pakken.
- Pbm: geen issue. Ook geen tekort aan gehad.
- Financiering: aan de Wlz en Zvw kant geen issues. Wel aan de Wmo kant, daar is de pot leeg van deze gemeente. Overleggen wel gaande, maar wordt niet veel van verwacht. Bijvoorbeeld voor de dagbesteding lastig. Er zijn meer mensen en er is meer ruimte nodig. Tot nu toe betaalt de zorgaanbieder zelf; daar zit wel een grens aan.
- Wenselijk is duidelijkheid in de communicatie: hoe duidelijker de richtlijnen en regels zijn, hoe beter het is. Liever geen proefballonnetjes oplaten.

5.1.5

5.1.5 in Brabant.

- De zorgaanbieder is harder geraakt dan tijdens de eerste golf. Van de 3.500 cliënten zijn er nu 80 besmettingen.
- Dit vraagt enorme inzet de zorgverleners, terwijl er meer motivatieproblemen zijn bij de zorgverleners. De polarisatie in de samenleving helpt niet.
- Er doen zich nare situaties voor. Voorbeeld van iemand die zijn moeder een weekend mee nam, terwijl de halve familie niet lekker was. Nu zijn er 8 bewoners besmet op de afdeling. Dit doet ook wat voor de families onderling. Ook zijn er COVID-19 ontkenners, die zorgen voor spanningen.
- 9% ziekteverzuim
- Men heeft een eigen teststraat. In de regio loopt een pilot met sneltesten. Punt van aandacht is dat er behoorlijk wat asymptomatische mensen positief testen.
- Veel bewondering voor de GGD die enorm moet bijschakelen om alles aan te kunnen.
- Het streven is nadrukkelijk om open te blijven, het is nu koorddansen om open te kunnen blijven, met issues zoals voldoende veiligheid en voldoende zorgverleners hebben.
- In het weekend was enige ruchtbaarheid in de media over samenwerking met de horeca. Hier ligt nog wel een puzzle om inzet van de horeca en toepassing van de NOW regel goed vorm te geven.
- Zorgbonus: verbazing over de bestuurders die klagen over de regeling. De bonus is een mooi gebaar van de politiek. Uitgangspunt is: welke mensen verdienen dit ook. Ook de catering e.d. Breed aangevraagd voor iedereen die het verdient (ook bijvoorbeeld de catering en ZZPers). Indien nodig past men zelf bij.
- In de regio zijn er twee COVID-19 eenheden voor overloop van de ziekenhuizen. Ook hier is enige onduidelijkheid over de financiering daarvan.

- Ook is er enige onduidelijkheid over de meerkosten. Nu is er te weinig duidelijkheid over hoe en wat precies wordt vergoed.

N.B. vrijdag 6 november spreekt DGLZ met ZN en de NZa hierover.

5.1.5

5.1.5 in Twente

- Maar beperkt geraakt in de eerste golf. Er zijn meerdere uitbraken op meerdere locaties.
- Nu zijn er veel zorgverleners besmet. Elke dag is het een uitdaging om de roosters rond te krijgen.
- Vrijwilligers helpen maar ten dele. Nu wordt 1 vrijwilliger gekoppeld aan 1 bewoner om verspreiding van het virus te voorkomen.
- Veel nieuwe medewerkers uit bijvoorbeeld de horeca. Zij richten zich op hand- en spandiensten, koffie schenken, telefoondienst.
- Heel veel zorgverleners werken nu full time, en dat is niet goed vol te houden. Als de scholen dicht gaan, kan dat niet meer. Groot probleem. Heeft meteen gevolgen voor de zorgcontinuïteit.
- Vrees voor de zorgcontinuïteit. Elke dag is het een avontuur om de roosters rond te krijgen. Er wordt ondersteunend personeel ingezet om de primaire processen te helpen.
- Al het niet noodzakelijk werk is uitgesteld.
- Elke week is er overleg met de andere zorgaanbieders in de regio. Er zijn aparte COVID-19 units ingericht.
- Alle zorgaanbieders hebben eigen teststraatten om grip te houden op het virus en de roosterplanning. Door het zelf in te richten komen de uitslagen bij de werkgever binnen, die daarmee sneller zicht heeft op de personele situatie. Via de GGD gaat het via de medewerkers, en dan is er minder grip.
- De GGD zoveel nieuwe medewerkers, nog niet strak georganiseerd.
- Pbm voldoende.
- Er wordt nog steeds bezoek toegelaten.
- Bij bewoners lijkt een er zekere toename gedragsproblemen te ontstaan.
- Leven bij de dag, nog geen scenario's hoe hiermee om te gaan.
- In de wijk de problemen nog veel groter. Soms schrijnende situatie, van een team soms nog meer 2 mensen niet ziek. Niet meer rond te krijgen.
- De borgbonus: netjes aangevraagd voor alle medewerkers. Indien nodig past men zelf bij. Het gedoe over de bonus is niet goed voor het vertrouwen dat de zorgverleners ervaren.
- Men is zeer tevreden over VWS-beleid om de zorgaanbieders te ondersteunen.

5.1.5

5.1.5 in Heemskerk

- Geen positief geteste bewoners, wel positief geteste zorgverleners die in quarantaine moeten.
- Veel uitval van zorgverleners en dus een toenemend ziekteverzuim.
- De situatie wordt als heel spannend beschreven, ook voor de zorgverleners en de familie
- Men heeft een eigen teststraat, om dat de GGD niet voldoende snel is.
- Er is sprake van een zekere afschaling: met name de dagbesteding en de groepsactiviteiten.
- Men is terughoudend met bezoek, dat is gereguleerd met bijvoorbeeld toegangstijden.
- Financiële zorgen omdat niet duidelijk is of omzetzijning wordt betaald.

5.1.5

5.1.5 in de regio Rotterdam

- De gehele regio is hard geraakt.
- Bij de gehele instelling is het zo dat er voortdurend 50 bewoners zijn besmet, dus als iemand is hersteld of overleden zijn er nieuwe positief geteste bewoners. De sterfte is veel lager, was in de eerste golf iets van 50%, nu iets van 25%.
- Het ziekteverzuim schommelt rond de 12 procent. In totaal zijn er nu 46 zorgverleners ziek thuis op 2200 medewerkers in totaal.
- Er is nog wel enige nieuwe instroom van nieuwe bewoners, maar niet veel.
- Ten behoeve van afschaling is noodplan gemaakt. Dit zijn geen geordende stappen maar het is meer een geleidelijk proces van stoppen met zaken. Het meest zwarte scenario is dat de thuiszorg moet stoppen, leegstand wordt geconcentreerd, geen nieuwe bewoners kunnen inhuizen, enz. Wat dan blijft is eten, ADL en medicatie. Voor de zekerheid: deze situatie is nog niet in beeld.
- Het ziekenvervoer kan het niet meer aan om mensen bijvoorbeeld naar een COVID-19 te brengen. Nu vervoert de zorgaanbieder de mensen zelf.

- Er zijn ook lichtpuntjes: Men heeft zojuist 25 studenten aangenomen en er wordt met een horeca keten gesproken om 50 nieuwe mensen te laten instromen. Dan gaan medewerkers die nu ondersteunende werkzaamheden doen, in de zorg helpen. Zij kennen immers de bewoners als.
- Men werkt nu met sneltesten
- Door de uitval is het inzicht in de formatie en het ziekteverzuim niet goed bij te houden. Actuele informatie is een probleem. Was nooit een reden voor om dit goed te organiseren.
- Men levert elke week een rapportage aan IGJ om inzicht te geven in de situatie en de keuzen.

5.1.5

Hierbij zijn aangesloten:

5.1.5

- Er raken nu ook andere mensen besmet. Genoemd voorbeeld is dat zorgverleners besmet raken en het virus meebrengen naar de instelling.
- De meest zelfstandige cliënten die zelf naar buiten gaan, worden ziek maar minder ernstig. Omdat ze zelf naar buiten gaan, meer kans dat ze tegen het virus aan lopen.
- De heterogeniteit van de gehandicaptenzorg vraagt om meer gedifferentieerd beleid.
- Gemeenschappelijke ruimtes worden afgesloten voor iedereen. En dat wordt redelijk geaccepteerd. Daar komt men minder. Bij zelfstandig wonen.

5.1.5

Brabant

- Oplopend ziekteverzuim. Lastig om de roosters rond te krijgen.
- Dit kan een risico worden voor de continuïteit van zorg. Er is sprake van oplopende kosten voor ZZPers en PNIL.
- De bezoeksregeling wordt als ingewikkeld ervaren. Er is veel emotie bij ouders en verwanten die niet accepteren dat ze minder toegang hebben. De emotie wint het soms van de ratio. Koorddanses tussen veiligheid en toegang.
- Men heeft cohortafdelingen ingericht. Lastig uit te leggen aan de bewoners.
- Men is voorzichtig bij het mixen van groepen, om de kans op verspreiding van het virus tegen te gaan.
- De zorgbonus is aangevraagd voor de zorgverleners die het daadwerkelijk verdienen. Dus niet voor alle zorgverleners aangevraagd.
- Bij 5.1.5 zijn er veel mensen met een pgb in zorg. De budgethouders zijn terughoudend met het tekenen voor de steunmaatregelen. Hierover wordt nog nadere informatie aangeleverd.
- Veel aandacht voor communicatie naar bewoners en verwanten.
- Ook hier noemt men dat de polarisatie in de samenleving demotiverend is.

5.1.5

5.1.5

- Zowel in aantallen besmettingen als overlijdens NIET hard geraakt.
- 139 zorgverleners positief getest en 73 cliënten positief getest. Samen met de eerste golf vier cliënten overleden
- Tekort aan pbm uit de eerste golf is ingelopen. Men deelt nu zelf met Erasmus.
- Het virus komt van buiten, maar valt redelijk goed buiten de instellingsterrein te houden. Ambulant en thuis is moeilijker.
- Mooie voorbeelden zijn dat hele teams gaan zelf vrijwillig in quarantaine gaan bij de bewoners om voor hen te blijven zorgen. Zou meer aandacht mogen krijgen. Men vindt het normaal.
- Bij zorgverleners wel het gevoel van: 'daar gaan we weer'. Er is veel aandacht voor de zorgverleners om hen gezond en gemotiveerd te houden. De schaal van de organisatie helpt daarbij.
- Verdriet en onbegrip bij de bewoners, voor hen is het heel zwaar. Men snapt het niet, voelt zich eenzaam. De koning wordt veel genoemd als een goed voorbeeld, draagt ook mondkapjes.
- Families vinden het lastig om mee om te gaan. Agressie komt op. Wat meer escalaties onder mensen met moeilijk verstaanbaar gedrag.
- Dagbesteding nu veelal op de woningen. Daardoor ontstaan minder meditatiefouten. Dit omdat er minder overdrachtsmomenten zijn.
- Dagbesteding op de groepen is lastig in de organisaties, op de groepen omdat sommige medewerker dat niet willen. FNV heeft een zwartboek gemaakt. Er wordt een offer gevraagd van de medewerkers. 40 a 50 in de regio 5.1.5 hebben issues. FNV spreekt daarover met de RvB.
- De verwantenraad is blij dat de dagbesteding nu ook thuis wordt aangeboden.
- Last van complottenkers omdat de familie zich niet wil houden aan mondkapjes, onmacht en verdriet. De 1,5 meter is niet te doen. Soms is fysiek contact het enige contact dat je mag hebben.

- Er vindt meer dagbesteding op de woningen plaats. De zorgkantoren vragen om een bestuursverklaring. Het gevolg is dat zorgverleners nu bestuursverklaringen aan het tikken zijn. De vraag is of dat wel nodig is.

Aan: DGLZ  
 Van: 5.1.2e, 5.1.2e en 5.1.2e  
 Datum: 5 november 2020  
 Versie: 2.0 – intern document

### Aanleiding

In de afgelopen periode heeft de DGLZ verschillende vragen gesteld over het duiden van de toename van het aantal positief geteste bewoners in verpleeghuizen. Naast de analyses die opgenomen worden in de voortgangsbrief aan de Tweede Kamer is bezien welke informatie nog voor meer voorhanden of te verkrijgen is voor een nadere analyse. In dit memo:

1. Informatie voor het duiden van het aantal positieve geteste bewoners in verpleeghuizen;
2. Informatie voor het duiden van het aantal overleden bewoners in verpleeghuizen;
3. Relatie tussen omvang sterfte en omvang van de verpleeghuislocatie;
4. Een analyse van positieve geteste verpleeghuisbewoners via een vergelijking met in het ziekenhuis opgenomen patiënten en het totaal van positief geteste personen;
5. De langdurige zorg en het coronadashboard;
6. Cijfers over de geleverde Wlz-zorg in de voortgangsbrief.

### 1. Informatie voor het duiden van het aantal positieve geteste bewoners in verpleeghuizen

*Wat is het beeld?*

Op dit moment (peildatum 2 november jl.) schat het RIVM dat tot nu toe bij ruim 14.500 bewoners van verpleeghuizen een Covid-19-besmetting is bevestigd, waarvan ruim 3.600 mensen als overleden zijn gemeld.<sup>1,2</sup> Dit zijn cijfers vanaf februari jl. toen bij de eerste bewoners in verpleeghuizen een Covid-19 besmetting is vastgesteld.

We veronderstellen dat de verpleeghuizen geleerd hebben van het voorjaar. Dus dat ze beter voorbereid zijn en daardoor beter kunnen handelen wanneer een bewoner positief test op Covid-19. Geprobeerd is om deze veronderstelling met analyses te onderbouwen. Met input van het RIVM hebben een 'quick & dirty' vergelijking van de 1<sup>ste</sup> (01-02-2020 t/m 30-06-2020) en de 2<sup>de</sup> golf (01-08-2020 t/m 26-10-2020) gemaakt.

Deze vergelijking levert het volgende beeld op:

Periode	Totaal aantal besmette episodes <sup>3</sup> in VPH	Aantal VPH-locaties met ten minste één episode	% Aantal VPH-locaties met ten minste één episode
1ste golf (01-02-2020 t/m 30-06-2020)	1.146	1.074	43,8%
2de golf (01-08-2020 t/m 26-10-2020)	683	652	26,6%
<b>Totaal</b>	<b>1.849</b>	<b>1.366</b>	<b>55,7%</b>

Periode	Aantal (lab)bevestigde bewoners met Covid-19	Aantal (lab)bevestigde bewoners die zijn overleden	% aantal (lab)bevestigde bewoners die zijn overleden
1ste golf (01-02-2020 t/m 30-06-2020)	8.494	2.910	34,3%
2de golf (01-08-2020 t/m 26-10-2020)	4.409	485	11,0%
<b>Totaal</b>	<b>12.961</b>	<b>3.408</b>	<b>26,3%</b>

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

<sup>2</sup> Alle bevestigde Covid-19 besmettingen worden geregistreerd. Voor de verpleeghuizen gebeurt dit door de specialisten ouderengeneeskunde, die het melden bij de GGD. De GGD geeft de cijfers door aan het RIVM. Het RIVM beschikt niet over het aantal verdenkingen van een COVID-19 besmetting.

<sup>3</sup> Een episode staat voor minimaal een besmetting op een VPH-locatie.

Voorgaande informatie is overigens ook gedeeld met de Gezondheidsraad.

#### *Duiding*

Het lijkt wat voorbarig om op basis van deze cijfers conclusies te trekken, omdat er verschillen zijn tussen 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> golf als het gaat om het testbeleid, het (preventief) gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen voor zorgmedewerkers en bezoek en de mate waarin organisaties zich konden voorbereiden op de 2<sup>de</sup> golf. Toch staven de cijfers de signalen van zorgaanbieders dat het sterftepercentage lager lijkt te liggen dan in de eerste gevolg en dat bewoners minder ernstig ziek lijken te zien.

#### *Wat weten we van de locaties op het dashboard?*

Op 27 oktober jl. stonden er 533 VPH-locaties met een episode op het dashboard. Een nadere analyse van dit aantal levert het volgende beeld op:

- Het aantal locaties met een episode langer dan 28 dagen is 124, dat is 23,3%;
- Het gemiddelde aantal dagen van locaties op het dashboard is 22,3;
- Voor 222 locaties is het de eerste keer dat ze met een episode te maken hebben, 263 locaties hebben al een keer eerder op het dashboard gestaan, voor 43 locaties is het de derde keer en voor 5 locaties is het al de vierde keer.

#### *Is een uitbraak op locatie nu sneller onder controle?*

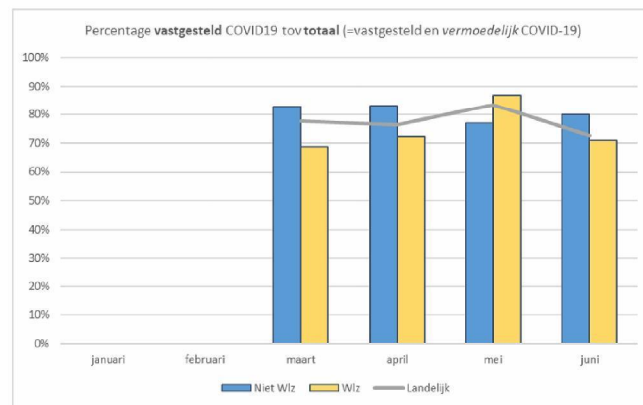
Omdat er nu meer getest wordt en bij een positieve test een bewoner in isolatie wordt geplaatst, zou je minder grote uitbraken van Covid-19 verwachten in verpleeghuizen.

- Bij het RIVM is nagegaan of zij de clusterinformatie die zij nu beschikbaar stellen, ook beschikbaar is voor de periode van afgelopen voorjaar. Het RIVM gaf aan deze informatie niet te hebben, maar dat deze op zich gemaakt zou kunnen worden (de clusters worden met een algoritme gezocht). De resultaten verwachten we komende week.
- Met Verenso en 5.1.2e is nagegaan of zij uit de registratie in de EPD's iets kunnen zeggen over de gemiddelde omvang van de clusters in verpleeghuizen nu en eerder jaar. Beiden beschikken niet over de locatie-informatie en kunnen alleen rechte tellingen doen. Ze constateren voorzichtig dat meer ouderen lijken te herstellen van Covid-19 ten opzichte van het voorjaar. Een verklaring hiervoor is te vinden in het testbeleid. Nu worden ook ouderen in verpleeghuizen getest op basis van bron- en contactonderzoek ook al hebben ze geen klachten. In het voorjaar werden alleen ouderen met klachten getest.

## **2. Informatie voor het duiden van het aantal overleden bewoners in verpleeghuizen**

#### *Wat is beeld?*

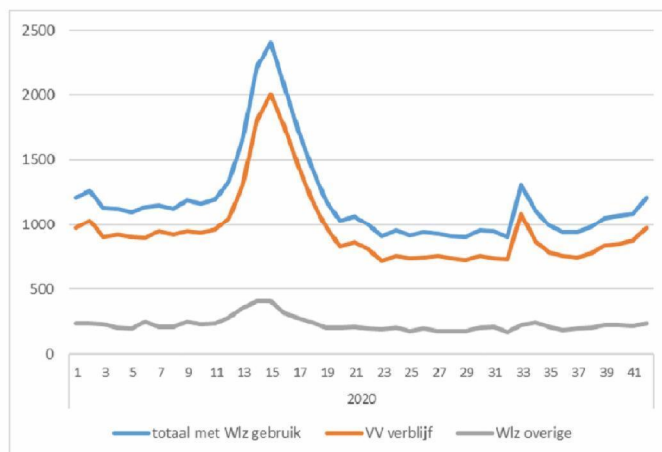
- Het CBS komt op basis van de statistiek doodsoorzaken op 5.150 overledenen in verpleeghuizen in het eerste halfjaar (vastgesteld en vermoedelijk COVID-19). Conclusie is dat de werkelijke sterfte aan COVID-19 hoger ligt dan het aantal dat wordt gemeld bij het RIVM.
  - o Dit is niet op basis van de oversterfte. Er is alleen gekeken naar absolute aantallen. Het verschil tussen de cijfers van RIVM en CBS (statistiek doodsoorzaken) is vooral dat in de CBS-cijfers de cliënten zijn meegeteld die vermoedelijk zijn overleden als gevolg van COVID-19 maar waarbij dat niet via een test is vastgesteld. Vooral bij de sterfte in de verpleeghuizen in maart en april is in 70% van de gevallen de doodsoorzaak via een test vastgesteld. In mei is aanzienlijk meer getest in verpleeghuizen en is in een groter deel van de gevallen de doodsoorzaak COVID-19 met behulp van een test duidelijk geworden.



- De oversterfte was kort en hevig: in week 16 was sprake van een verdubbeling van de normale sterfte.
- Het aantal bewoners daalde na de eerste golf tot 122.000. De herbezetting van de 5.000 plekken is geleidelijk gegaan. In week 42 zijn er nog ca. 660 onbezette plekken.
- De tweede golf is inmiddels enigszins zichtbaar in de sterftecijfers in verpleeghuizen. Het CBS constateert dat de sterfte langzaam oploopt (zie ook grafiek verderop in deze notitie van CBS).

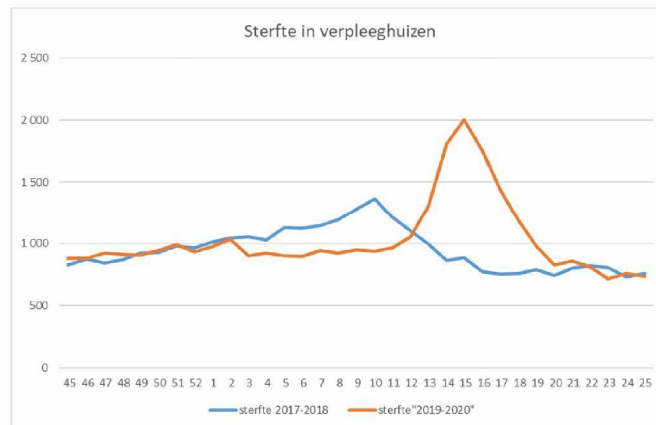
Ten aanzien overleden bewoners in verpleeghuizen weten we het volgende:

- Wekelijks ontvangen we informatie over de sterfte van Wlz-gebruikers (zie onderstaande grafiek). Grofweg 80% van alle sterfte binnen de Wlz-gebruikers is sterfte binnen de groep verpleeghuisbewoners. De rest van de sterfte zien we in de VV bij andere leveringsvormen en in de gehandicaptenzorg.



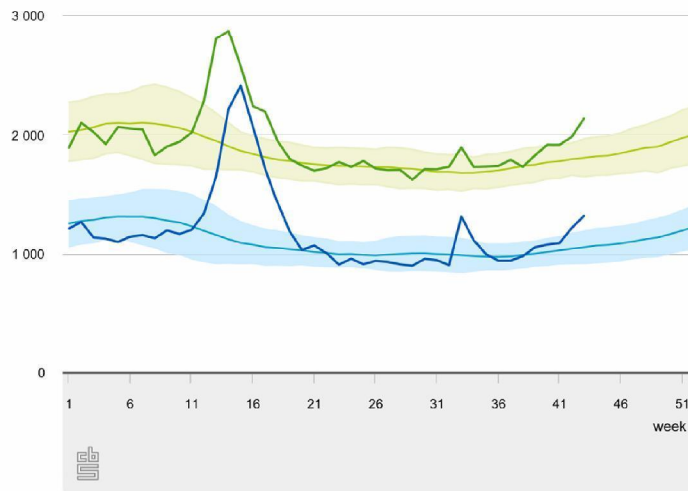
- Als we gevolgen voor de sterfte in verpleeghuizen vergelijken tussen de griep epidemie in de 2017-2018 en de eerste golf krijgen we onderstaand beeld. In 2018 zagen we een geleidelijke toename tot en met week 10. De piek lag op 1.300 sterftegevallen per week.

Bij COVID-19 zagen we in week 15 een verdubbeling van het aantal sterftegevallen tot 2.000.



- Daarnaast ontvangen we sterftecijfers van het CBS. De sterfte in de Wlz in week 40 ligt opnieuw wat boven op het niveau van afgelopen week maar ligt nog steeds aanzienlijk lager dan tijdens de hittegolf afgelopen augustus. We zien wel een stijging bij de mannen. Overigens heeft het CBS voor het berekenen van de oversterfte de berekeningen aangepast zodat ze voor een langere tijd vol te houden zijn. Dit resulteert in een methode die een verwachte waarde en een bandbreedte daarvoor per week oplevert en is uit te splitsen naar **wlz-gebruikers** en **overige bevolking**. Een visuele weergave hiervan resulteerde in onderstaande grafiek. Het CBS meldt nu ook een schatting van de sterfte in de voorliggende week publiceert. We zien dat de Wlz-populatie harder is getroffen in de zomer (hittegolf) dan de overige bevolking. Bij de hogere sterfte in de laatste weken lijkt het omgekeerde het geval.

## Overledenen per week, 2020\*



- Wlz-zorggebruikers overleden
- Wlz-zorggebruikers verwacht overleden
- Wlz-zorggebruikers verwacht (95%-interval)
- Overige bevolking overleden
- Overige bevolking verwacht overleden
- Overige bevolking verwacht overleden (95%-interval)

\* Voorlopige cijfers. Week 43 is een schatting.

*Hoe groot is het vlakje van diepblauw boven zeeblauw. Is dat dan die 5000 (gesaldeerd met waar die lijnen omgekeerd liggen*

- Nee niet helemaal, het oppervlak is het verschil tussen de verwachte sterfte en de feitelijke sterfte (de oversterfte) in de *gehele* Wlz. De 5.000 is de afname van het aantal verpleeghuisbewoners na de eerste golf en 5.150 is het aantal bewoners dat door COVID-19 is overleden. Maar het ligt dus wel allemaal bij elkaar in de buurt.<sup>4</sup>
- De aanlevering van doodsoorzaken (DO) bij het CBS heeft echter wel een verwerkingstijd van enkele maanden. Uit de eerste koppeling met Wlz cijfers blijkt dat veel sterfte aan corona in verpleeghuizen niet direct gemeld wordt.

<sup>4</sup> Voor de verwachte sterfte gebruikt het CBS vanaf (oktober 2020) CB volgende methode. Het verwachte aantal overledenen wanneer er geen corona-epidemie was geweest, is geschat op basis van de waargenomen sterfte in de afgelopen vijf jaar. Eerst wordt voor elk jaar de sterfte per week bepaald. Vervolgens wordt per week een gemiddelde van de sterfte in die week en de zes omliggende weken bepaald. Deze gemiddelde sterfte per week levert een benadering van de verwachte wekelijkse sterfte, er is namelijk nog geen rekening gehouden met de trendmatige vergrijzing van de bevolking. Daarom is de sterfte per week nog herschaald naar de verwachte totale sterfte voor 2020, te weten 153 402 overleden. Dat aantal is ontleend aan de Bevolkingsprognose, 2019-2060. De marges rond de verwachte sterfte zijn geschat op basis van de waargenomen spreiding in de sterfte per week in de afgelopen vijf jaar. (<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/42/sterfte-neemt-niet-verder-toe/verwachte-sterfte>)

- Daarnaast ontvangen we van het CIZ cijfers over de sterfte in de Wlz. Het CIZ vergelijkt de sterfte in de afgelopen periode met de sterfte in de afgelopen 4 jaar. Het CIZ constateerde bij de aanlevering van week 43 dat de sterfte wel wat hoger lag dan in andere jaren in die week, maar kwalificeerde dat niet als *substantiële oversterfte*. Bij de aanlevering van week 44 vond men wel dat er sprake was van *enige oversterfte*. De sterfte ligt in week 44 echter nog steeds lager dan tijdens de hittegolf in augustus.

### 3. Relatie tussen omvang sterfte en omvang van de verpleeghuislocatie

De vraag is de sterfte aan COVID-19 een ander patroon had in kleine locaties dan in grote locaties. Bij CBS was daarom de vraag uitgezet of ze een gegevens konden aanleveren waaruit per AGB-code (als proxy voor locatie) de verdeling bleek van het aantal overledenen aan COVID-19 in de eerste golf.

#### De uitkomst:

- Het aandeel overlijdens dat in het eerste halfjaar dat, volgens de doodsoorzakengegevens, door COVID-19 (en/of vermoedelijke COVID-19) veroorzaakt is, lijkt *niet* samen te hangen met het aantal cliënten dat in maart 2020 bij een AGB-code in de CAK-data voorkwam (Pearson correlatie 0,048), maar
- Zelfs als er *wel* een sterke correlatie gevonden zou zijn zou het onduidelijk zijn of het effect niet (op zijn minst gedeeltelijk) het gevolg zou zijn geweest van verschillen tussen het administratief gebruik van AGB-codes tussen instellingen.
- De ontbrekende correlatie is dus ook niet te gebruiken als bewijs van het ontbreken van een verband tussen locatiegrootte en aandeel COVID-19 sterfte.

#### Toelichting:

Het beantwoorden van de vraag stuitte helaas op wat methodologische problemen. Bij CBS is namelijk alleen de AGB-code bekend van de instelling die mutaties doorgeeft. Dat is helaas niet hetzelfde als locatie:

- De ene instelling lijkt zorg van alle locaties op één AGB-code te boeken, terwijl een ander per locatie een andere code lijkt te gebruiken (5.1.5 hanteert bijvoorbeeld maar één AGB-code in het berichtenverkeer dat bij CAK aankomt);
- Een instelling kan voor een PTZ-unit een aparte AGB-code hanteren. Je meet dan enorme sterfte vanuit een AGB-code met een klein aantal plekken;
- Een instelling kan vanuit een AGB-code kan een instelling zowel mutaties in VV als GHZ doorgeven. Dit zien we gebeuren bij fusies van een VV-instellingen met een GHZ-instelling.

Er zijn 2.100 verschillende AGB-codes waar instellingen mutaties doorgeven van VV-verblijf. Daarvan hebben 1200 minder dan 50 cliënten en 900 meer dan 50 cliënten.

Met ons MLZ-contactpersoon van CBS hebben we o.b.v. verschillende selecties van AGB-codes mooie puntenwolven en grafieken gemaakt en gekeken of we een verband zien.

#### Conclusie van de exercitie:

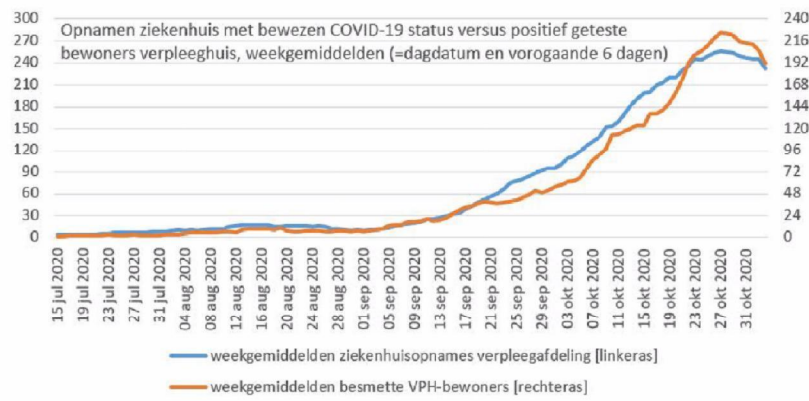
- Bij AGB-codes met *weinig* cliënten, zien we veel variatie in sterfte t.o.v. de grootte van de instelling. Dat is logisch in te zien: stel dat 5.1.5 voor iedere locatie een aparte AGB-code zou hanteren, dan zie je dat er locaties ernstig zijn getroffen en locaties waar geen besmetting is geweest. Naarmate een instelling meerdere AGB-codes hanteert, is de kans dus groter dat een AGB-code geen overlijdens meldt. In de grafieken zien we bij de AGB-codes met weinig cliënten afwijkende uitkomsten die afhankelijk is van de gekozen indeling.
- De bulk van AGB-codes ligt in een puntenwolk op een kluitje. Daarnaast zien we enkele uitschieters van instellingen met veel cliënten en hoge of juist lage sterfte.

Het is dus niet goed mogelijk om een zinnige indeling van AGB-codes is te maken die niet al te gevoelig is voor de verschillende manieren waarop zorgaanbieders informatie doorgeven. CBS en LZ hebben daarom een voorkeur om geen tabellen of grafieken te publiceren omdat deze veel vragen kunnen oproepen.

De rapportages van het CBS als het CIZ kunnen indien gewenst gedeeld worden.

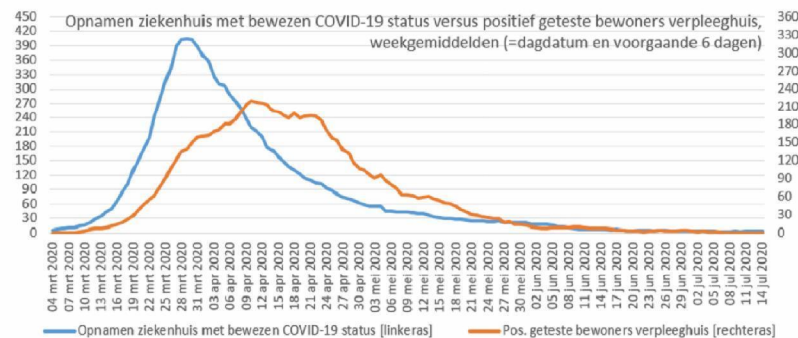
### 4. Een korte analyse van positieve geteste verpleeghuisbewoners via een vergelijking met in ziekenhuis opgenomen patiënten en het totaal van positief geteste personen

Zowel in het ziekenhuis opgenomen patiënten als in het verpleeghuis wonende ouderen behoren tot de kwetsbare groep. Wanneer vanaf 15 juli de weekgemiddelden (=dagdatum en voorgaande 6 dagen) van het aantal opnames in het ziekenhuis met bewezen COVID-19 worden afgezet tegen die van het aantal positief geteste bewoners verpleeghuis, krijg je onderstaand figuur:



Uit de figuur kan worden afgeleid dat er een verhouding is van globaal 5:4 tussen dagelijkse ziekenhuisopnames en het aantal positief geteste verpleeghuisbewoners.

Uitgaande van dit verhoudingsgetal zijn er enkele verschillen tussen de tweede en de eerste golf.



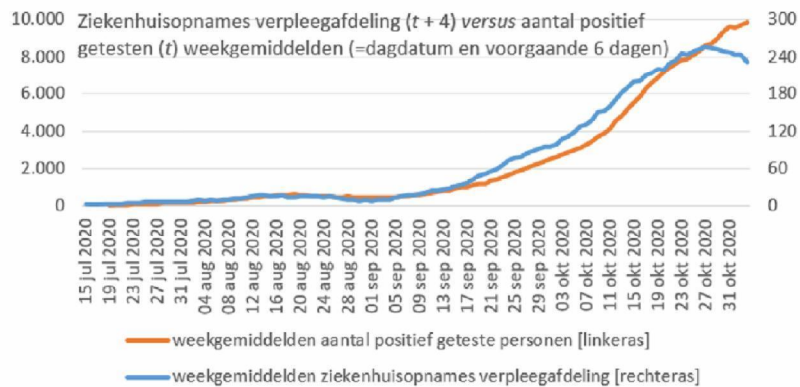
In vergelijking met de tweede golf liep tijdens de eerste golf het dagelijkse aantal ziekenhuisopnames sneller (en waarschijnlijk ook hoger) op dan het dagelijks aantal positieve geteste VPH-bewoners. Dit komt overeen met het beeld dat mensen nu minder snel (en vaak) in het ziekenhuis hoeven worden opgenomen.

Hierbij moet wel worden opgemerkt worden dat het testbeleid in het voorjaar in de verpleeghuizen beperkt was en in deze cijfers rekening gehouden moet worden met een aanzienlijke onderschatting.

Bij het aantal ziekenhuisopnames per dag is een signaalwaarde vastgesteld op 40 per dag (gemiddeld over 3 dagen). Uitgaande van de eerder afgeleide verhouding 5:4 zou een

signaalwaarde voor dagelijks aantal positieve geteste VPH-bewoners 32 zijn. Deze signaalwaarde is voor het eerste overschreden (als 3 dagengemiddelde) op 17 september.

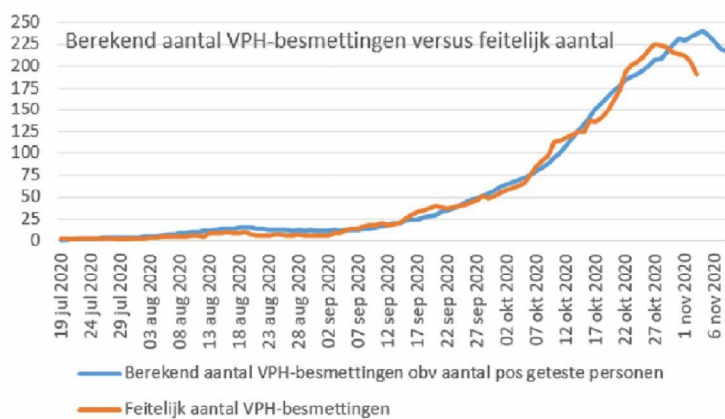
Er kan vanuit het aantal positief geteste personen een relatie worden gelegd met het aantal patiënten. Deze invalshoek heeft als voordeel dat er mogelijk een voortijdige indicatie is te geven van het aantal positief geteste VPH-bewoners. Immers de tijd tussen een positief test en opname in het ziekenhuis als nodig blijkt te zijn, is meestal een paar dagen. Onderstaand figuur toont een mogelijke relatie: gemiddeld komen van de 10.000 positief geteste personen er 300 op de verpleegafdeling van een ziekenhuis, 4 dagen na het testen (oftewel 3,0.)



De laatste paar dagen laten de ziekenhuisopnames echter een wat afwijkend beeld zien: terwijl het aantal positief geteste personen al wekenlang stijgt en nog steeds stijgt, daalt het aantal nieuw opgenomen aantal ziekenhuispatiënten. Vergelijkbare cijfers over de eerste golf zijn er niet, omdat er toen veel minder getest is (om bekende redenen).

De twee invalshoeken samennemend kan de volgende vuistregel worden afgeleid: het aantal positief geteste VPH-bewoners op  $t+4$  is als dagcijfer (gemiddeld over een week) circa 2,4% ( $=4/5$  van 3,0%) van het totaal aantal positief geteste personen (als dagcijfer, gemiddeld over een week) op tijdstip  $t$ .

Op afgelopen week (eindigend op dinsdag 3 november) zijn er 63.530 mensen positief getest, wat overeenkomt met gemiddeld 9.075 per dag op peildatum 3 november. Toepassing van de afgeleide vuistregel zou betekenen dat het aantal nieuwe positief geteste VPH-bewoners op zaterdag 7 november uitkomt op 218 ( $=2,4\%$  van 9.075). Op dinsdag 4 november waren dat er 191; met toepassing van de vuistregel op de testcijfers van 4 dagen geleden zouden dat er 236 moeten zijn. In grafiek de hele tijdreeks met de inschatting en de realisaties

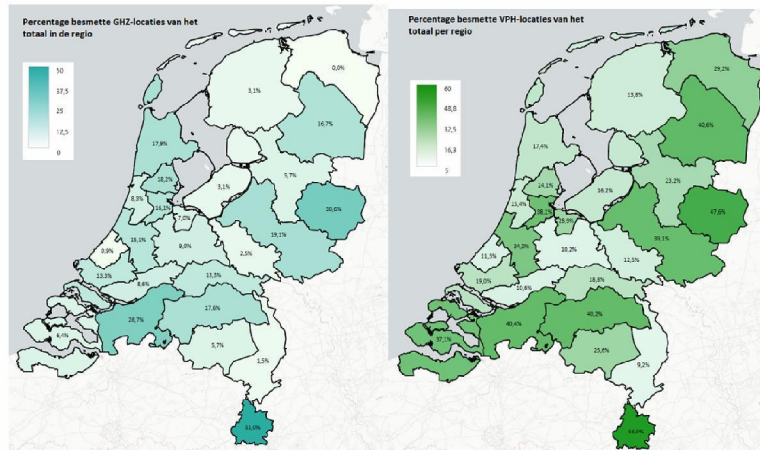


## 5. De langdurige zorg en het coronadashboard

### Planning aanpassingen dashboard

Wat?	Wanneer?
Toevoegen contextindicator VPH (percentage besmette verpleeghuislocaties)	Gerealiseerd week 12/10
Verpleeghuisinformatie ook regionaal ontsluiten (inclusief kaartje*)	Gerealiseerd week 12/10
Toevoegen informatie over de GHZ: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aantal besmette locaties</li> <li>- Aantal besmettingen</li> <li>- Ook op regionaal (inclusief kaartje*)</li> </ul>	<b>Enkele weken</b> (gegevens zijn beschikbaar van RIVM)  Inmiddels besproken in MT-DGLZ met PDC-19
Ontsluiten informatie over ouderen thuis (inclusief kaartje)	<b>Enkele weken,</b> (mits geen andere data nodig)  Inmiddels besproken in MT-DGLZ met PDC-19

\* De kaartjes voor de VPH en GHZ zijn hieronder weergegeven



#### 6. Cijfers over de geleverde Wlz-zorg in de voortgangsbrief

In de Covid-19 voortgangsbrief van 27 oktober jl. zijn drie figuren opgenomen over het zorggebruik in de Wlz in tijden van Corona met informatie over:

- Het aantal cliënten met VV-verblijf;
- Gedeclareerde dagbesteding in de Wlz;
- Gedeclareerde zorg verpleging en verzorging in de Wlz.

Omdat het merendeel van deze informatie maandelijks beschikbaar komt, zullen we deze informatie om de twee weken opnemen in de voortgangsbrief. Startdatum is 10 of 17 november, afhankelijk van welk besluit genomen t.a.v. de verzending van de brief.

Reacties Wetenschappelijke adviesraad inzake impact op compliance bij gebruik mondkapjes.

From: 5.1.2e <5.1.2e@amsterdamumc.nl>

Sent: zondag 3 mei 2020 19:23

Beste allen

Bij deze mijn bijdrage na de vele andere, interessante bijdragen. Volgens mij zitten de meesten wel op 1 lijn. Dus het zijn wel lange lappen tekst, maar we lijken het op hoofdzaken wel eens, is mijn lezing.

Het lijkt mij onontkoombaar dat de overheid mondkapjes aanbeveelt gezien de maatschappelijke discussie en het beleid in het buitenland. Het is ook een logische beschermingsmaatregel, want het zal allicht enige bescherming geven en past (denk ik) bij het mentale model van mensen om zichzelf en de omgeving te beschermen.

Ik denk dat het ook verstandig is dat de overheid het dragen van mondkapjes aanbeveelt want dan kan ze de discussie naar zich toe trekken. In de communicatie daarover zou zij een onderscheid kunnen maken mbt:

- Voor wie het effectief is: beschermt het de drager of de omgeving
- De kwaliteit van maskers: er zijn uiteraard ook bij zelfgemaakte/ niet door TNO goedgekeurde maskers kwaliteitsverschillen. Iig zou een dergelijk masker aan bepaalde criteria moeten voldoen wat betreft soort en aantal lagen stof. Ik weet iig al van een aantal crowdsourcing initiatieven om mondkapjes te laten maken door bv werkloze ZZPers en onder supervisie van een ziekenhuis en er zijn er ongetwijfeld veel meer (en het maken van een mondkapje dat enige bescherming biedt is iig gemakkelijker dan het maken van een tracing app.)
- Voor welke situatie een mondkapje nuttig is: bv. als er veel mensen zijn zoals in OV. (Dus niet altijd gebruiken)
- De voor- en nadelen van het gebruik van een masker en het juiste gebruik van een masker (in de literatuur zijn ook wel nadelen zoals slecht kunnen ademen bekend)

Het gaat niet zozeer om wel of geen masker aanbevelen, maar om het geven van duidelijke instructies hoe en wanneer een masker te gebruiken en wat het nut ervan is. Dus bewust en verstandig gebruik. De meeste mensen kunnen best wel verstandige keuzes maken. Maar dan moet de informatie wel goed zijn. Tegelijkertijd moet het duidelijk zijn dat een mondkapje dragen maar een van de preventieve maatregelen is. Er zou ook een hiërarchie van effectieve maatregelen gegeven kunnen worden, waarbij handen wassen sowieso op nummer 1, 2 en 3 staat (daar is genoeg evidentie voor). Wat betreft mondkapjes en het voorkomen van infecties is in de literatuur gemengd bewijs – snelle search onder de vele studies over de SARS epidemie. Sommige studies laten wel enige effectiviteit zien. (Wang et al 2010. Mask-wearing and respiratory infection in healthcare workers in Beijing, China) en deze <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440799/>.

Maar er is nog minder bewijs voor de effectiviteit van de 1,5 meter afstand (is 1 meter ook goed of is misschien een armlengte voldoende?).

Er is veel geschreven over het preventieve gedrag van burgers tijdens de SARS uitbraak in Azië. Ik heb geen studie gezien dat het dragen van mondkapjes tot schijnveiligheid zou leiden. Wel dat het navolgen van preventieve maatregelen (inclusief het dragen van maskers) relatief hoog bleef gedurende de uitbraak (zie <https://jech.bmj.com/content/jech/57/11/864.full.pdf> )

Wat wordt eigenlijk met schijnveiligheid bedoeld? Is dit compensatoir gedrag, zoals minder afstand bewaren? Of dat de risicoperceptie (threat appraisal) lager wordt?

Het lijkt mij niet waarschijnlijk dat bij bewust gebruik en in specifieke situaties het dragen van mondkapjes tot schijnveiligheid leidt. Het is wel van belang dat de voor- en nadelen en de relatieve bijdrage tot preventie duidelijk is. Dus er moet wel een duidelijk en helder verhaal bij. Wat wellicht wel zo is, is dat de risicoperceptie van mensen om een corona infectie te krijgen nu lager kan zijn dan eerder tijdens de pandemie. Dit is logisch

omdat veel mensen al voorzorgsmaatregelen nemen (de risicoperceptie is conditioneel op het gedrag). Zie bv. Brewer NT, Weinstein ND, Cuite CL, Herrington JE. Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals Behav Med.* 2004;27:125–30.

Deze gaat over gedragsdeterminanten van het dragen van mondkapjes maar voegt weinig toe:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7133369/>.

Mbt risicoperceptie bij uitbraken en de relatie met preventief gedrag is dit review artikel wellicht interessant:  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s12529-008-9002-8>. Ze wijzen op een verschil mbt threat appraisal tav de pandemie (*dread risk*) in het algemeen en de risicoperceptie voor het individu zelf. Daarbij is controle belangrijk (onderdeel van het mentale model van het risico - of de hazard). Wat ook weer pleit voor mondkapjes.

Twee andere opmerkingen:

- Is het zinnig om met het Robert Koch Instituut (het Duitse RIVM) contact te zoeken? Ik was daar vorig jaar november op bezoek en een aantal van hen participeerde ook in een symposium over risicocommunicatie dat ik daar mede heb georganiseerd.
- Het zou interessant zijn als de (RIVM) modellers wat "sophisticatere" gedragsmodellen meenemen in hun modellen. Die zijn (begreep ik van een collega) weinig psychologisch en gedifferentieerd. Wellicht kunnen data van het gedragsonderzoek gebruikt worden. Er lopen of liepen een aantal projecten bij RIVM hierover. <sup>5.1.2e</sup> was iig bij 1 project betrokken (over SOA's). En er is er 1 over vaccinatie (ik dacht met <sup>5.1.2e</sup>) en ook <sup>5.1.2e</sup> is er mee bezig. We kunnen hen vragen welke gedragsinformatie zij voor hun modellen nodig hebben. En zo nodig kunnen we de vragenlijst wat aanpassen.

Succes, kernteam, met het verwerken van alle opmerkingen tot een goed advies!

Vrg <sup>5.1.2e</sup>

From: <sup>5.1.2e</sup> <<sup>5.1.2e</sup>@uva.nl>

Sent: zondag 3 mei 2020 18:25

In de Volkskrant van dit weekend staat een recensie van een boek over de pestbestrijding in Nederland in de 17<sup>e</sup> eeuw. In deze recensie viel me deze passage op: "De pensionaris riep een aantal hoogleraren bij elkaar, gaf ze nauwelijks tijd om na te denken en herschreef hun haastige advies naar eigen wens."

De kern van wat ik wil benadrukken in mijn bijdrage aan de gedachtenwisseling is dat we behalve inhoudelijk advies gebaseerd op theorie, ook een stevig pleidooi moeten houden voor flitsonderzoek, naast degelijk wetenschappelijk onderzoek. Ook adviezen die er binnen 2 à 3 dagen moeten liggen, kunnen worden onderbouwd met kort snel onderzoek. In het huidige terra incognita is het essentieel om constant te peilen bij de doelgroepen, in al hun verscheidenheid.

Mijn indruk van alle mails/apps tot nu toe is we op grond van meerdere theoretisch invalshoeken tot voorspelling kunnen komen van zowel gewenste als ongewenste gedrags- en psychologische effecten van invoeren mondkapjesmaatregelen:

- *Gewenst gedrag is bv. meer adherence aan andere aanbevelingen (kapjes als cue-reminder/van het gevaar en primer van voornemen gezond te handelen; ook via consistentieheuristiek kan dit ander gezond verdrag versterken; Ook via identiteit/waarden, ik ben persoon die adviezen opvolgt.*
- *Ongewenst gedrag is minder adherence omdat men denkt dat mondkapjes compenseren voor andere maatregelen (meer gevoel van veiligheid, ander gedrag is nu minder gevaarlijk waardoor er minder goal- en rol-conflict is tussen behoefte van veiligheid en andere sociale/affectieve/hedonistische behoeften).*

- *Idem dito zijn ook positieve en negatieve psychologische effecten te benoemen: Zelf mondkapje dragen kan enerzijds minder stress geven door meer gevoel van veiligheid en meer gevoel van controle (incl. het in de apps genoemde placebo-effect op betere afweer). Echter, als men overal mondkapjes ziet bij anderen kan dat ook meer stress geven, bv. omdat gevoel van veiligheid afneemt (elk mondkapje is cue die aan het gevaar herinnert). In de categorie analogie en n=1; ik heb me nog nooit zo onveilig gevoeld als toen ik paar weken na een terroristische aanslag in Brussel ter plaatse een wandeling maakte met op elke straathoek militairen met mitrailleurs.*
- *Bij niet invoeren mondkapjes maatregelen, verwacht ik vooral afnemend vertrouwen in de overheid, en wellicht bij deel van de mensen lager gevoel van veiligheid, en daardoor meer stress. Het interessante vind ik hier dat mensen natuurlijk vrij zijn om zelf mondkapjes te dragen als ze dat veiliger vinden. Maar dat zie ik in mijn omgeving nog nauwelijks. Hier speelt denk ik de ons aller bekende descriptieve sociale norm een rol. Het voelt niet fijn om als eerste/enige mondkapje te dragen. Men heeft een duwtje nodig.*

Bottom-line weten we gewoon niet welke gewenste of ongewenste effecten sterker zullen zijn wegens gebrek aan empirisch onderzoek in de huidige unieke situatie binnen de Nederlandse cultuur.

Is het een goede voorspelling dat zowel gewenste als ongewenste effecten zich zullen voordoen?

En dat dit varieert over subgroepen, afh. van demografische, psychologische, sociologische, etc. variabelen?

Ik begrijp de behoefte bij VWS aan snelle adviezen, maar die zouden verder kunnen worden onderbouwd met flitspeilingen. Naast goed wetenschappelijke onderzoek, is ook snel onderzoek nodig dat binnen 2 à 3 dagen aangeeft wat te verwachten reacties zijn bij de doelgroepen. We weten allemaal dat het een klassieke fout is om op je eigen gut feeling te bepalen wat je doelgroep denkt als zal gaan doen. Behalve stellingen zou ook onderzoek m.b.v. scenario's/vignetten interessante data kunnen opleveren.

Ik kan me niet voorstellen dat er niet al allerlei snel onderzoek door de overheid wordt uitgezet. In het kader van ons mantra, denk ik dat het goed zou zijn als ook gedragswetenschappers hierbij worden betrokken om heel snel - onderbouwd met wetenschappelijke theorieën, en kennis van vraagformulering - relevante empirische gegevens op tafel te krijgen.

#### **Vertrouwen in overheid**

Dit is terecht een paar keer genoemd als belangrijke factor. Ik vind deze wel lastig.

Als blijkt dat mondkapjes effectief zijn, is dit het eenvoudigst, want dan zal de overheid dit gaan stimuleren of (in bepaalde situaties) verplicht stellen.

*[Als sidenote, opvallend is dat ik zowel reviews heb gezien die concluderen dat het niet werkt als reviews die concluderen dat het wel werkt. Gelukkig mogen we deze puzzel aan anderen overlaten].*

Maar stel dat er geen bewijs is dat mondkapjes een gewenste effect hebben, of er is zelfs bewijs dat het voor bepaalde subgroepen zelfs ongewenst effect heeft. Dan kan de druk op de overheid toch te groot worden om te blijven volhouden dat mondkapjes niet nodig zijn. Als steeds meer andere landen en steeds meer (ov-) bedrijven mondkapjes invoeren, is dit voor veel burgers HET bewijs dat mondkapjes een effectieve maatregel zijn (gedrag van anderen als bron van informatie, en als bron van sociale norm: mondkapjes zijn effectief + sociaal gewenst). Dan is invoeren mondkapjes haast niet meer tegen te houden zonder verlies van vertrouwen in onze overheid (ik proef hier parallel met het sluiten van de scholen aan het begin van de crisis, een maatregel die tegenstribbelend lijkt te zijn genomen onder druk van de publieke opinie).

Wat ik in deze situatie wel heel lastig vind. Als er geen bewijs voor effectiviteit is, welke argumenten gebruik je dan om uit te leggen dat je toch wat mondkapjes maatregelen invoert? "Omdat de burgers dat willen" is niet zo'n sterk argument, hoewel het kabinet bij de sluiting van scholen vrij aardig met dit argument weg kwam. Ik verwacht dan wel dat men burger tevreden zal willen staan door mondkapjes maatregelen te beperken tot bepaalde locaties waarin het misschien net wat zinniger is, of minder onzinnig, analoog aan wat men in het buitenland ziet (bv., supermarkt, trein). Dat heeft als risico dat mensen dan zelf locaties en situaties gaan verzinnen die in hun ogen toch min of meer hetzelfde zijn, en waarin ze dus met meer mensen kunnen

samenkomen mits iedereen mondkapjes draagt. In kader van het goal conflict, gaan mensen meer ruimte opeisen zodat ze zelf ook meer kunnen.

Als wordt gekozen voor mondkapjes in bepaalde locaties, moet om ongewenste neveneffecten tegen te gaan daarom heel duidelijk en overtuigend uitgelegd waarom voor die locaties is gekozen, en waarom dit anders is dan bij andere op het oog vergelijkbare locaties/situaties.

Potentieel risico invoeren mondkapjes vooral omdat burger het wil, teneinde vertrouwen op de overheid te behouden is dat het een korte termijnstrategie is, die in potentie na aantal weken ook negatief kan uitpakken. Stel dat mondkapjes invoeren averechts uitpakt en de ICs weer vollopen? Welke effect heeft dat dan op vertrouwen in de overheid? [dit risico valt overigens denk ik wel mee, omdat een eventuele 2<sup>e</sup> golf aan veel oorzaken kan worden toegeschreven].

Tot slot wil ik me uiteraard aansluiten bij de al vaker getrokken conclusie dat super-goede communicatie, doelgroep afgestemd, cruciaal is om ongewenste gedragseffecten tegen te gaan van invoeren mondkapjesmaatregelen. Zie de heldere en goede vier punten die 5.1.2e in een app van zaterdag noemt, en ook heel goed op televisie heeft verwoord. Dus in alle openheid mensen meenemen in de afwegingen in gewone mensentaal, met superheldere conclusies en heel goed uitleggen waarom andere maatregelen (bv., 1,5 meter, zoveel mogelijk thuisblijven, met max paar mensen samenkomen) veel effectiever zijn.

5.1.2e

**From:** 5.1.2e <5.1.2e@fsw.leidenuniv.nl>

**Sent:** zondag 3 mei 2020 17:40

Hi 5.1.2e

Bij de argumenten van 5.1.2e sluit ik me aan. Zoals gisteren toegelicht zijn deze ook geheel in lijn zijn met het optimaal gebruik maken van mogelijke placebo effecten en voorkomen van nocebo effecten.

Beste groet, 5.1.2e

---

**From:** 5.1.2e 5.1.2e <5.1.2e@umcg.nl>

**Sent:** zondag 3 mei 2020 17:17

Beste 5.1.2e en anderen,

Al veel zinnige zaken langs zien komen. Mooi! \* Wil daar nog het volgende aan toevoegen. Ik denk dat het gevoel dat je zelf iets kunt doen op deze manier en dat het ook kan helpen sommige zaken wat meer gecontroleerd aan de gang kan krijgen kan helpen. Goede communicatie in dezen is evident heel belangrijk. In dat verband wil ik er op wijzen dat er ook richtlijnen voor de zorg zijn vanuit de overheid die heel wat slapper zijn (in allerlei contexten in contact met (kwetsbare!) patiënten zijn geen mondkapjes nodig – staat op site); waar we dan straks dat in het openbaar wel moeten doen. Ik zou zeggen wees dan ook strakker naar die zorgcontexten toe (dat is hier in het UMCG dus ook strakker – bij elke RIVM maatregel gaat het UMCG een niveau hoger zitten). Als je het in zorg en openbaar vervoer strakker maakt dan geef je aan dat in sommige gevallen (als je vlak bij elkaar in de buurt komt), het mogelijk een kleine effect heeft maar dat we dat met elkaar moeten doen – zonder de andere maatregelen te vergeten. Maar dan niet soms wel (openbaar vervoer) en soms niet (thuiszorg). Ik vind in dat op zich dat handenwassen in relatie ook tot het aanraken van je gezicht wat erg uit beeld aan het raken is. Misschien kan gebruik mondkapjes ook gekoppeld worden aan regelmatig handwassen. Mondkapje af – zo snel het kan weer je handenwassen of gel gebruiken. (bijvoorbeeld). Ik heb de indruk dat mensen mondkapjes vooral als zelfbescherming zien en dat zou tot veel onnodig en fout gebruik kunnen leiden. De andere kant (je beschermd ook vooral anderen) mag er ook wel bij.

Voorts ben ik van mening dat de overheid erg slap optreedt in het verhaal rond het testen. Wil men nu wel of niet volop testen – het is mij niet duidelijk eerlijk gezegd. Het lijkt me toch dat containment van belang is omdat immuniteit na het doormaken van het virus onduidelijk is (mogelijk wel wat beschermd dus, maar

onduidelijk toch of en in welke mate). Ergo, je zou verwachten dat testen, traceren en isoleren heel belangrijk is. Als er wat dat betreft een duidelijke keuze is (ondanks alle mitsen en maren), dan kun je dit soort maatregelen rond mondkapjes ook makkelijker verkopen. Want je hebt een plan. Nu is het vooral 'volhouden' en dan hopen dat er weinig mensen in de zorg terecht komen. Maar het gaat niet over het echt indammen heb ik het gevoel. Je hebt als je dat testen ook serieuzer neemt een strategie die je uitdraagt hoe je hier hoopt uit te komen en daar past ook in dat als we elkaar vaker in de publieke ruimte op korte afstand moeten ontmoeten (openbaar vervoer) dit een bijdrage vormt. Dan zou passend zijn dat mensen bijdrage door goed gedrag maar bij twijfel zich ook kunnen laten testen (iedereen dus). Duidelijke strategie en zicht op vervolg geeft controle gevoel. Bij het ontbreken van het gevoel van controle gaat iedereen veel meer zijn/haar eigen gang door – om het te bezweren – in eigen rituelen te vluchten.

Een fijne zondag nog verder en groet,

5.1.2e

PS en overigens ben ik van mening dat mannen in Lycra gehuld die zich verplaatsen op een racefiets sowieso verboden moeten worden = #asociale met betrekking tot #socialdistancing

From: 5.1.2e ) <5.1.2e@uu.nl>

Sent: zondag 3 mei 2020 11:26

Voor de vraag naar de effectiviteit van mondkapjes als beschermingsmiddel van jezelf tegen anderen en van anderen tegen jezelf, en de algehele bijdrage aan het terugdringen van verspreiding van mijn virus, is mijn mening geheel in lijn met de review die jullie meestuurden. Zelfs als mondkapjes maar een kleine bijdrage aan het verspreiden van 'droplets' geven, is dat relevant. In de Nederlandse discussie zie ik vooral tegenargumenten de revue passeren met een sterk beroep op het argument dat het mensen 'sloppy' zou maken als ze onjuist worden gebruikt (zie ook hierna) en dat vooral homemade mondkapjes geen optimale bescherming leveren. Vanuit beleidsoogpunt zou ik zeggen dat mondkapjes wel degelijk een toegevoegde waarde hebben in situaties waarin de physical distancing maatregel lastig zo niet helemaal niet na te leven is: Denk aan het OV, scholen of werksituaties. Nederland vaart een strakke eigen koers met een sterk beroep op physical distancing als de beste maatregel waarbij burgers zelfbeheersing moeten betrachten, voorbijgaand aan de eerder genoemde observatie dat deze regels zelfs voor welwillenden niet altijd na te leven valt.

Vanuit het gedragsaspect geredeneerd heb ik veel zien langskomen (ook uit onze wetenschappelijke adviesraad) dat strookt met terughoudende opstelling van de overheid (leunend op het advies van het RIVM in dezen): mondkapjes zouden schijnveiligheid geven en mensen slordig maken in het naleven van de (in beginsel betere) afstandsregel. Ik wil graag een krachtig tegengeluid laten horen. Zolang we het niet weten is het niet verstandig om te speculeren waarom mensen zich niet verstandig zouden gedragen met mondkapjes op. Tegen de bewering in dat het mensen slordig maakt, zou je juist kunnen vermoeden dat ze zich bewuster zijn van hun gedrag en meer gaan opletten door het ongebruikelijke 'ding' op hun gezicht. Het zou dus als een sterke reminder kunnen werken om je gedrag aan te passen. Die tegengestelde hypothesen vragen om nader onderzoek. Zolang dat niet beschikbaar is zou ik ervoor pleiten om juist wel mondkapjes te gebruiken in situaties waar de afstandregel onvoldoende werkt. Verder zou het ook goed zijn om te rade te gaan bij onze buren in Duitsland en België en hen te vragen om hun ervaringen te delen.

Ik vind dit interessante materie en denk graag mee om te kijken of we goed en relevant onderzoek snel op een rijtje kunnen zetten om een gefundeerd advies te geven voor zover het gaat om de impact op gedrag (afstand) en de motivatie van mensen om zich aan de afstandregel te houden.

Groet 5.1.2e

From: 5.1.2e )

Sent: zaterdag 2 mei 2020 18:55

Beste 5.1.2e

Op basis van theorie, onderzoek en gezond verstand zou ik voorspellen dat het gebruik van mondkapjes maakt dat mensen minder zorgvuldig 1,5m afstand houden, maar ook dat het gebruik van mondkapjes voor veel mensen wellicht te prefereren is omdat het het mogelijk maakt dat we dingen kunnen doen die anders niet kunnen. Het lijkt me geen kwestie van of mondkapjes er komen, maar wanneer en liefst ingebed in beleid.

Er zijn een aantal stutten voor deze redenering. Self-control theory (zie het bijgevoegde stuk van Kotabe & Hoffmann, 2015) herinnert ons eraan dat mensen meerdere doelen hebben en dat de het gedrag dat mensen vertonen ondermeer afhankelijk is van het belang van de diverse doelen, de capaciteit tot zelfregulatie maar ook, en dat wordt vaak over het hoofd gezien, de motivatie voor zelfregulatie. Het belang van andere doelen dan de bescherming van gezondheid neem duidelijk toe, zoals af te leiden is uit het gedrag van mensen, en de motivatie tot zelfregulatie neemt af, dat is ook wel helder uit observaties en discours.

Veertig jaar hiv-onderzoek is uniek doordat het niet zozeer laat zien dat mensen wel of niet gezond gedrag vertonen (bijv. ik eet gezond of niet), maar dat als mensen kunnen kiezen uit een groeiend aantal opties, er een verschuiving optreedt naar opties die het mogelijk maken om andere doelen te realiseren (bijv: de aanvankelijke roep om abstinentie is snel vervangen door het bevorderen van condoomgebruik, wat onder mannen die seks hebben met mannen al snel uitgebreid werd met andere vormen van risicoreductie die minder nadelige ervaren impact hadden op seksuele beleving en momenteel wordt hiv-preventie gedomineerd door het gebruik van antiretrovirale middelen die andere doelen van seks nog nauwelijks in de weg staan; zie de Wit et al 2018 voor een analyse van beschermingsgedrag van het zelfcontrole perspectief (dit zijn drukproeven van een hoofdstuk uit een boek samengesteld door 5.1.2e en Holt et al. Voor een beschrijving van dit proces van verschuiving van gedrag over opties. Ik denk graag mee hoe hier een redenering van te maken is, als dat nuttig is.

Wat betreft de impact van serologische sneltests: ook daar is de ervaring van de hiv-response bruikbaar. Dit is ongetwijfeld het domein waar het idee van sneltest zo niet ontstaan dan toch zeker het meest onderzocht is.

Groet, 5.1.2e

Beste 5.1.2e

Theoretische voorspellingen kunnen gebaseerd worden op goal conflict en zelf-regulatie perspectieven. Mensen hebben verschillende doelen die kunnen conflicteren. The integrated self-control model van Kotabe en Hofman (2015) is een mooie basis. Veertig jaar hiv response en onderzoek heeft een grote hoeveelheid empirische inzichten en ondersteuning opgeleverd. Ik sta even in de rij voor een winkel maar zal bij thuiskomst wat publicaties doorsturen die mogelijk relevant zijn.

Groet, 5.1.2e

---

Op 2 mei 2020 om 13:57 heeft 5.1.2e . < 5.1.2e@fsw.leidenuniv.nl> het volgende geschreven:

... en hierbij nog een link naar een artikel waarin zo ongeveer hetzelfde wordt gezegd (alleen wederom nog niet onderbouwd met wetenschappelijke studies)

<https://www.rnz.co.nz/news/national/408255/wuhan-coronavirus-face-masks-do-nothing-virologist>

Van: 5.1.2e .

Verzonden: zaterdag 2 mei 2020 13:54

Beste 5.1.2e allen,

Ook ik ken geen nader onderzoek dat specifiek hierop gericht is, maar wil even het mogelijke placebo effect van mondkapjes inbrengen, dat we niet moeten onderschatten omdat

- 1) mensen toch erg van overtuigd zijn dat mondkapjes beschermen en dit gevoed wordt door suggesties in de media, beleid in andere landen, oproep zorgprofessionals etc en
- 2) het dragen van een mondkapje het (meest zichtbare) bewijs/teken van Corona is geworden en daarmee dus ook automatisch geassocieerd wordt met Corona en mensen hieraan herinnert, bv om de 1,5 meter aan te houden. Ik zou bijvoorbeeld erg geïnteresseerd zijn in onderzoek wat laat zien dat mensen zich juist beter aan de 1,5 meter houden als ze iemand tegenkomen met een mondkapje, omdat ze op dat moment hier juist aan herinnerd worden, en tenslotte
- 3) het dragen van een mondkapje cultuuroverstijgend geassocieerd wordt met ziektes en infecties en daarmee deze conditionering (associatie van mondkapje met maatregelen) erg sterk kan zijn.

Mijn hypothese zou dan ook zijn dat in landen waar mensen mondkapjes dragen, men zich juist meer houdt aan de maatregelen omdat mensen er continu aan herinnerd worden en ze in de loop der tijd hierin geconditioneerd worden, waardoor het een automatische reactie kan worden, iets wat cruciaal is bij een gedragsverandering op de lange termijn.

Helaas heb ik geen wetenschappelijke studies waarin dit is aangetoond, maar ik ben zeker zeer geïnteresseerd in nader onderzoek naar dit fenomeen (op kleine of grote schaal) en/of verdere exploratie.

Hartelijke groet, 5.1.2e

Van: 5.1.2e (GVO) <5.1.2e@maastrichtuniversity.nl>

Verzonden: zaterdag 2 mei 2020 12:52

Ik denk (lees: voorspelling, geen empirie) dat mensen toch mondkapjes gaan dragen, zelfs als dat niet het advies is (1a). Mijn sociale kringetje is momenteel ook beperkt tot de supermarkt en wat rondjes fietsen in het Heuvelland, maar zie nu al enkele mensen ermee rondlopen (ook op straat/in auto). Het geeft een gevoel van veiligheid/controle - en of dat nu echte veiligheid of schijnveiligheid is, ik ben het eens met 5.1.2e dat ik vermoed dat dit zelfs 'ten koste' kan gaan van andere beschermende gedragingen (1b). Qua literatuur (1c) zie ik van alles voorbij komen, maar als het al gericht is op gedrag, dan meestal 'in isolatie' (no pun intended). Deze studie vond ik wel interessant, juist vanwege de systeembenadering <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/2004/2004.08859.pdf> waarbij gekeken wordt naar "testing, contact tracing, isolating Covid-positive patients, quarantining, use of mask/better hygiene practices, social distancing through contact rate reduction sat distinct zones of home(H), work(W), school(S) and other(O) locations" en de interacties daartussen. Kanttekening: modellering op basis van situatie in India...

Fijn weekend en tot vrijdag,

5.1.2e

Van: "5.1.2e (FdP-GUEST)" <5.1.2e@maastrichtuniversity.nl>

Datum: zaterdag 2 mei 2020 om 11:53

Ik ken geen onderzoek. Ik heb wel een theory-based voorspelling, nl. dat veel mensen die een face mask dragen daardoor minder de andere beschermende gedragingen vertonen, dus afstand houden, omdat dat laatste lastiger is, en de afweging onjuist, maar voorstelbaar. Terwijl ik begrijp dat afstand houden epidemiologisch veel belangrijker is dan face masks. Dus ik zou zeggen alleen face masks wanneer afstand houden voor het individu onmogelijk is vanwege het beroep, bijv. verpleegkundigen, e.d. En 'baat het niet dan schaadt het niet', gaat hierbij niet op.

Ik heb ergens een nieuwsbericht gelezen waarin die afname van afstand houden ook geobserveerd was, maar ik kan het niet terugvinden. Ik hoop dat iemand dat systematisch bijhoudt.

Groeten, 5.1.2e

Ha 5.1.2e

Van migranten hoor ik vooral hoe vreemd zij het vinden dat wij geen mondkapjes verplicht / beschikbaar stellen. Ik denk dat het gebruik zeker niet op bezwaren zou stuiten, en verwacht dat als de overheid het NIET verplicht stelt, hun vertrouwen in onze overheid nog verder zal afnemen (en dat geldt denk ik ook voor meer mensen, het blijft ook voor mij onbegrijpelijk dat we in Nederland zo'n afwijkend standpunt innemen terwijl met gezond verstand je kunt begrijpen dat mondkapjes helpen om besmettingsrisico te verminderen. Ik ken geen onderzoek hiernaar, maar verwacht dat inderdaad mensen zich wel iets veiliger zouden voelen om buiten de deur te komen, maar niet dat dit zal leiden tot massaal afwijken van de richtlijn om vooral thuis te blijven. Mits uiteraard goed en begrijpelijk uitgelegd.

5.1.2e 5.1.2e,

From: 5.1.2e 5.1.2e @rivm.n>

Sent: May 2, 2020 11:40 AM

Subject: 2 vragen, waarvan 1 spoed over effect mondkapjesgebruik op compliance andere maatregelen

#### Beste Leden van de WAR Corona gedragsunit,

Bij wijze van hoge uitzondering, nu toch een vraag in het weekend, omdat deze ons gisteravond is gesteld door VWS, en waarop ze maandag 4 mei al een antwoord wenst:

1. Welke effecten heeft het gebruik of zou het gebruik van mondkapjes mogelijk kunnen hebben op de compliance aan de huidige social distancing maatregelen, zoals het advies 'blijf zoveel mogelijk thuis', 'blijf thuis bij klachten' en de anderhalve metermaatregel? Vraag aan jullie:
  - a. Vanuit je expertise – wat verwacht je hoe mensen gaan reageren als de overheid geen advies geeft om mondkapjes te verplichten aan burgers (in het algemeen of in bepaalde settings zoals het OV) nu België en Duitsland hier wel mee aan de slag gaan.
  - b. Vanuit je expertise – verwacht je dat het dragen van mondkapjes effect heeft op compliance aan de huidige gedragsmaatregelen, en zo ja, op welke maatregelen en in welke richting. Uiteraard fijn als je zo goed mogelijk kunt aangeven op basis waar van je dit denkt.
  - c. We hebben tot nu toe als meest recente review hierover gevonden: <https://www.preprints.org/manuscript/202004.0203/v1> ; mochten jullie andere recente empirische studies hebben die bruikbaar zijn voor de beantwoording van deze vraag, van harte welkom! (onze literatuurscanners hebben al aardig wat in beeld, maar er verschijnt nu vrijwel dagelijks wat nieuws, vandaar ook aan jullie dit verzoek)

### Probleem analyse

Nu deels constatering van feiten (bv. besmettingen stijgen) en deels interpretatie (bv. men is rationeler & minder sociaal). Beter om te scheiden en ondersteuning voor de interpretaties zoeken. Men is wellicht niet rationeler per se, maar kritischer. Aandachtstreepje 4,5 en 6 zijn vooral interpretaties en daar kan je van mening over verschillen.

- Voorbeeld: bij klachten laat slechts 32% zich testen; en verlaat 79% het huis – terwijl advies is bij klachten blijf thuis en laat je testen
- Voorbeeld: er wordt momenteel onvoldoende gecommuniceerd – publiekcommunicatie loopt primair via rijksoverheid, via verschillende kanalen worden specifieke doelgroepen opgezocht, maar is het genoeg? Hierover grote twijfels bij de experts
- (1) onduidelijkheid en (2) inconsistentie m.b.t. maatregelen – procedurele rechtvaardigheid (daling hiervan in perceptie burgers sinds mei). Persconferentie gisteren was goed in termen van duidelijkheid creëren en een hulpmiddel als een routekaart kan hierbij ook helpen. Ook om duidelijkheid te bieden wanneer we kunnen afschalen/moeten opschalen – dat zou zelfs nog 'belonend' kunnen werken. Wat betreft inconsistentie bijv. de moeilijkheid vanwege de grondwettelijke voorwaarden. Dat noemde de MP gisteren ook in een bijzin. Maar, voor mensen voelt het vaak als inconsistent: waarom in een kerk wel en in een theater niet. Dat is niet op te lossen, maar wel goed om iedere keer te benadrukken waar dit vandaan komt.
- Draagvlak voor de maatregelen kan hoog zijn, maar soms kan het draagvlak voor alternatieven nog hoger zijn, zoals chillen met je vrienden. En hoge intentie is nog geen goede voorspeller voor naleven – ruim 80% geeft aan zich te willen laten testen als ze klachten krijgen, echter, 32% laat zich ook daadwerkelijk testen.
- Goed inzicht in subgroepen is ook van belang.

### Risicoperceptie

1. Risicoperceptie altijd combineren met self-efficacy versterken: mensen wijzen op risico's moet altijd vergezeld gaan van oplossingen die mensen kunnen doen. Dat betekent een focus op mensen helpen haalbare oplossingen te vinden. Zo praktisch mogelijk

**Houd mensen alert en bewust** - altijd een probleem bij een onzichtbaar risico zoals een virus. Bovendien zijn de risico's divers (gezondheid, economie etc) en niet hetzelfde voor iedereen (bv voor jongeren) en alle situaties (binnenruimtes met veel mensen is risicovoller). En er zijn zeker mogelijkheden om het risico tastbaarder en concreter te maken. De rest lijkt me goed: mensen moeten het willen en kunnen. En daar moeten ze bij geholpen worden: inrichting van de omgeving etc. En betrekken (eigenaarschap bij burger). Hier ook bij noemen: de sociale norm en het moreel appel. Zoals dat tot nu toe gedaan is. Blijft belangrijk.

Risicoperceptie moet persoonlijk en situatie specifiek worden gemaakt. Een algemene risicoperceptie zegt vaak weinig over concrete situatie. Een probleem is dat mensen het voor zichzelf zo proberen te framen dat er geen tegenstelling is tussen eigen belang en algemeen belang. Ze praten voor zichzelf goed als ze een maatregel (al dan niet incidenteel) niet opvolgen: rationalisaties/smoesjes. Ze hebben mogelijk vaak niet het gevoel dat hun gedrag niet past bij eigen draagvlak voor maatregel, want in hun situatie is er eigenlijk geen risico (of heel laag en acceptabel in vergelijking met de winst).

Voor communicatie essentieel dat mensen inzien dat hun eigen gedrag ongewild en ongewenst kan bijdragen aan het probleem. Dat vraagt om heel goed inzicht in de motieven van mensen om de basis- of specifieke maatregelen (een keertje) niet op te volgen, en daarop ingaan. Dus grote variëteit aan doelgroepcommunicatie, want de rationalisaties kunnen per doelgroep en gedragsmaatregelen verschillen.

Wellicht sluit de discussie in de app over roadmap hierop aan, alleen is zo'n roadmap al gauw zo gecompliceerd dat het meer geschikt is voor intern gebruik dan voor externe communicatie.

#### Eigenaarschap.

Veel mensen worden gemotiveerd door het willen beschermen van anderen, met name in de eigen omgeving (zien we ook terug in de NL-data van het corona gedragsonderzoek RIVM). Die opbrengst mag best sterker benadrukt worden. Ook weer in combinatie met self-efficacy. Dus eigenlijk is de hoofdboodschap: help mensen om het gewenste gedrag te kunnen vertonen – zolang dat niet zo is, zullen alle motivationele trucjes niet werken.

3. Het risico van “als ik mij gedraag, dan ...” is, dat mensen dit opvatten als een sociaal dilemma, met als mogelijke reactie: “als iedereen zich gedraagt, dan hoef ik niet ...”. In de paper van Johnson et al., JBPA, worden aanbevelingen gegeven voor omgaan met sociale dilemma's – die gaan verder dan vriendelijke aanmoediging.

Verdere reflecties hierbij: essentieel om mensen te motiveren, en lijkt nu een probleem. Burgers moeten zien dat de overheid hen helpt en ondersteunt, en niet pest en dwarszit. Hierop sluit “what's in it for me” bij de communicatiestrategie goed aan. Dat moet uiteraard gaan over de grote context, maar dat is bewezen niet effectief gebleken de afgelopen maanden.

Helpend kan zijn om het onderwerp meer emotioneel te laden (Rutte maakt gisteren al mooi begin, binnen de grenzen van wat kan in een persco), en koppelen wat er kan gebeuren met mensen die je lief hebt. Het beschermen van anderen past hier ook als motief/waarde/norm om mensen te motiveren. Maar dit moet wel reëel worden gemaakt door te laten zien hoe je ongewild (bv. je bent asymptomatisch besmet) anderen kan besmetten. En blijf communiceren dat het virus het huishouden inkomt door sociale contacten buiten het huishouden.

#### Communicatie

- Het probleem is dat er niet voldoende wordt gecommuniceerd (dus niet per se 'roer moet om'). Heldere en duidelijkere regels is wel goed. Ik zou wel oppassen met de metafoor: corona is een gezamenlijke vijand, want wij vechten niet tegen het virus. Wij moeten ons gedrag aanpassen om met een (nieuw) risico om te gaan. Dat doen we ook in andere situaties: ons voorzigtiger gedragen. Bv. zoals we met mist en regen voorzigtiger rijden (niet dat deze metafoor per se beter is).
- Wat goed is om expliciet in het communicatiebeleid te benoemen is herhaling herhaling herhaling. De coronacommunicatie moet net zo irritant worden als de wasmiddelenreclame (die uiteindelijk wel succesvol het product weet te verkopen).
- Winstwaarschuwing mag terug in het vocabulaire. Persco communiceerde dat als het over vier weken beter is, we weer meer mogen. Ho ff. Als we dan weer terug gaan naar de afgelopen weken zitten we zo weer in de derde golf. Dus, zeer belangrijk is veel intensievere communicatie over de basisregels, en erin stampen dat wij het virus verspreiden als we geen afstand houden, of teveel andere mensen ontmoeten (uitleggen waarom ook vluchtige contacten risico's opleveren).

- Eens dat sociale norm expliciet moet worden benoemd. Kan ook via goede voorbeelden ophalen bij gewone mensen / role modeling. Uit cijfers gedragsonderzoek weten we ook van welke gedragen mensen meer of minder deze sociale norm al zelfervaren.

#### Piramide

- Piramide wordt vaak gevonden. Beetje tekstboekplaatje. Kan nuttig worden als de typologie wordt uitgebreid met wat dit betekent voor communicatie per doelgroep. Maar ook heel belangrijk, hoeveel mensen zitten in elk hokje. Waar is de meeste winst te behalen, in termen van hoe ongewenst is het gedrag, hoeveel mensen zijn dat, en hoe makkelijk is dat te veranderen. Waar is het laaghangend fruit? (ook nuttig om de sociale norm z.s.m. positiever te maken, zodat die zijn werk gaat doen).
- Er lijkt een gevaar dat gebruik ervan eerder zal leiden tot koker denken.

#### Taalgebruik

- Heldere boodschappen betekent ook: simpel, niet teveel info in 1 boodschap, visualiseer. Liever heel veel korte simpele boodschappen dan weinig boodschappen met teveel stimuli.
- We horen nu weer veel in de trant van "het virus rukt op", "het virus verslaan" etc., maar uit onderzoek UvA blijkt dat kwetsbare mensen (o.a. mensen met psychiatrische problemen) hier onnodig angstig van worden (zij denken bijvoorbeeld dat het virus hen vanuit de bosjes kan bespringen), en ten tweede leidt het af van de kernboodschap, namelijk dat het virus zich niet vanzelf verspreidt, **WIJ verspreiden het virus**.
- Oppassen dus met de metafoor: corona is een gezamenlijke vijand, want wij vechten niet tegen het virus. Wij moeten ons gedrag aanpassen om met een (nieuw) risico om te gaan. Dat doen we ook in andere situaties: ons voorzichtiger gedragen. Bv. zoals we met mist en regen voorzichtiger rijden (niet dat deze metafoor per se beter is).

Qua volgorde tip om dit precies om te keren - 1. begrijpen door begrijpelijke taal te gebruiken, 2. motiveren door waarom en hoe uit te leggen en aan te sluiten op belangrijke determinanten, 3. Omgeving/ mensen ook heel praktisch helpen om naleving mogelijk te maken

- o Omgeving inrichten zodat juiste gedrag uitgevoerd kan worden
- o Zorgen dat mensen gemotiveerd zijn om het te doen
- o Zorgen dat mensen het kunnen doen en kunnen begrijpen (vermogen)

**To:** [5.1.2e] [5.1.2e@minvws.nl]; [5.1.2e] [5.1.2e@igj.nl]  
**Subject:** BPM voor mensen met kwetsbare gezondheid  
[Versie 2 Stand van zakenbrief corona 13-11-20.docx](#)

[5.1.2e]

Viel er eind vorige week al beetje over maar als ik weer lees is het niet anders: LHV en FMS die zeggen dat ze het niet hun taak vinden om met mensen kwetsbare gezondheid het gesprek over bescherming aan te gaan en evt medische mondmaskers voor te schrijven (die er genoeg zijn bij de apotheken). Wat gebeurt er nu als iemand met zware COPD een behandeling heeft en de huisarts of specialist vraagt naar het gebruik van medische mondmaskers?

En dan zeggen we in brief vervolgens: mensen moeten die zelf maar aanschuiven als ze dat nodig vinden (was ook niet het OMT advies), waar kopen mensen die dan?

Is hier nog vriendelijker van te maken in toon en als het kan op inhoud?

[5.1.2e]

Verzonden met BlackBerry Work  
(www.blackberry.com)

Ontwikkeling dashboard  
Versie: 24 november 2020

### **Sprint 11 (26 november) ONDER VOORBEHOUD**

#### Grote veranderingen

- Gedrag & naleving
- Toe- en afnames (sidebar), eerste drie indicatoren

#### Overig

- Verdere verfijning redesign oa.
  - Linken naar cijferverantwoording vanuit tegel (o.v.b.)
  - Download link voor data
  - Kleuren overal gelijktrekken
  - ZH landelijk gelijk met regionaal (VR)
  - RWZI-locaties selecteren op gemeenteniveau (o.v.b.)
- VPH open data (RIVM)

#### Vorbereiding

- NICE data ziekenhuizen regionaal (afhankelijk van RIVM)
- Setting van besmettingen (RIVM) (data)
- Dagelijks percentage positief getest (GGD/RIVM) (data)
- Oversterfte/sterfte
- Gehandicaptenzorg
- Leeftijdsverdeling demografisch
- 70+ Thuiszorg (data)
- Toe en afnames (resterende indicatoren)
- VPH zorg op 1 pagina (FE)
- Rioldata wijziging berekening
- Absoluut en per 100.000 in tooltip (FE)
- CBS populatie
- Toplaag (FE)
- G-getal aantal positief geteste mensen
- URL België en Duitsland opnemen (FE/data)
- Automatiseren back-end

### **Sprint 12 (10 december) ONDER VOORBEHOUD**

#### Grote veranderingen

- Maatregelen (hangt af van definitieve routekaart)
- NICE regionale cijfers
- Top-laag deel 1
- Leeftijdsverdeling demografisch
- Sterfte/oversterfte
- Toe- en afnames, overige indicatoren
- VPH zorg op 1 pagina
- URL België en Duitsland opnemen

Overig

- Verdere verfijning redesign oa.

## Vorbereitung

- Driedaags gemiddelde IC/ZKH (data)

**Sprint 13 (24 december) ONDER VOORBEHOUD**Grote veranderingen

- Top-laag deel 1

Overig

- Verdere verfijning redesign oa.

**IN VOORBEREIDING**

- Nieuwe publiekstoegankelijke content op het dashboard
- Rioolwaterdata 2x per week?? (data)
- Caribisch NL verkennen (data)

## Vorraadagenda

### Al in voorbereiding

- Ziekenhuisopnames op VR & GM niveau uit NICE
- Maatregelen
- Gedrag
- Gehandicaptenzorg
- 70+
- G-getal voor positief geteste personen (al in voorbereiding)
- Driedaags gemiddelde omzetten naar dagcijfer ziekenhuisopnames
- Driedaags gemiddelde omzetten naar dagcijfer IC opnames
- Sterfte met COVID-19
- Algemene sterftecijfers (oversterfte CBS)
- Twee keer per week reproductiegetal i.p.v. één keer per week
- Settings
- Actueel

### Mobiliteit

- Verkeersintensiteit
- Drukke in OV, Horeca, Parken, kantoren
- Drukke en mate van afstand openbare ruimte
- Tellen van bezoekers in winkelstraten

### Testen

- Percentage positieve testen GGD als open data i.p.v. via mail
- Positieve testen vanaf eerste ziekte dag
- % tests uitgevoerd door GGD t.o.v. totaal uitgevoerde aantal tests
- % positieve tests alle tests
- Snelheid getest kunnen worden na testverzoek
- Benutting van testcapaciteit
- Informatie over verspreiding bij beroepsgroep
- Snelheid analyse en terugkoppeling testresultaat
- Fase in BCO: Risico gestuurd, etc
- Aantal positieve testen dat niet tot een bron is te herleiden
- Aantal testen per dag per regio
- Percentage positieve tests per leeftijdsgroep GGD
- Aantal positieve geteste mensen die op de IC komen
- Aantal positieve uitslagen afkomstig uit BCO per 100.000 inwoners
- Verdere verdeling qua aantal tests in: positief, negatief en onbekende uitslag
- Testlocaties op kaart
- Juridische grondslag voor coron-it + opdrachtbrief
- Positief geteste personen gesorteerd op GGD meldingsdatum
- Huisarts verdenkingen NIVEL als open data i.p.v. via mail
- Totaal uitgevoerde testcijfers vanuit LCDK tonen op het dashboard
- Positief geteste personen gesorteerd op test afspraakdatum
- Percentage positieve testen buiten de GGD

#### Besmetting

- Attack Rate (k) - kan alleen met goed BCO
- Correlatie besmettingen en rioolwaterdata per gemeente / plaats
- Herbesmettingen van COVID-19
- Aantal besmettingsclusters per werkadres
- Verdubbelingstijd in N dagen
- Aantal nieuwe contacten van een positief getest persoon
- Duur van ziekte
- Modellen RIVM tonen op het dashboard

#### Gedrag

- Testbereidheid per groep
- Testbereidheid per groep obv. gerapporteerde klachten
- Gemiddeld aantal sociale contacten per dag
- Zoekgedrag op google

#### Sterfte

- Oversterfte analyse
- Verschil sterftes dóór COVID-19 en met COVID-19
- Verschil sterftes met bewezen COVID-19 en vermoeden van artsen (zie ook: <https://www.nu.nl/coronavirus/6080939/cbs-ruim-10000-mensen-aan-covid-19-overleden-tussen-maart-en-juni.html>)

#### Communicatie

- Review teksten: eenvoudig in het begin (B1) op diepere laag mag moeilijker
- Onderbouwing van beleid (kort, eenvoudig)
- Duiding van cijfers, analyse van trends, reflectie op maatregelen
- Artikelen met uitleg over data en proces (infographic datapunten en tijdslijn in ziekteverloop)
- Tools om burger te helpen (mag ik [...] doen? wanneer kan ik vaccin krijgen?)
- Korte explainer-video's per onderwerp
- Delen van inzicht en activatie via sociale kanalen
- Personalisatie van notificaties (email, feed, ...)

#### Overig

- Minder focus op dagcijfers, meer op weekcijfers, toe/afname en lokale verschillen
- Leeftijdsverdeling voor alle indicatoren (zo kun je zien wat het risico op bijvoorbeeld ziekenhuisopname is).
- Automatische duiding wanneer data vertraagd is
- Combineren van cijfers in thema-pagina's en compactere weergaven
- Data uit factsheets ook op dashboard, en factsheets beschikbaar maken.
- Visualisaties verbeteren (verfijnder, compacter)
- Annotaties in grafieken

- Druk op de zorg (getal/duiding)
- Uitstroom ziekenhuis en (vermoedelijke) genezing toevoegen
- Dynamische kaarten over tijd (en meerdere datapunten)
- 2020 in data (terugkijk op verloop virus)
- Logaritmische kleurenschaal
- Toevoegen van prognoses en modellen (interactief)
- Coronamelder: aantal mensen binnen 1.5 meter is geweest van iemand die positief getest is en bericht stuurt via de corona melder / totaal van mensen dat notificaties stuurt
- Duiding situatie regio door DPG
- Indicatoren uit facebook enquête
- Verdeling riooldata naar NL/VR/GM verbeteren
- Uitwerken rol 5.1.2e bij RIVM als contactpersoon bij data problemen
- NICE data (ziekenhuis & IC opnames) gesorteerd op meldingsdatum & opnamedatum
- Gemeentelijke herindelingen 2021
- Leeftijdsverdeling uitbreiden met bevolkingsgrootte per leeftijdsgroep

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Directoraat-Generaal  
Volksgezondheid  
Programmadirectie COVID19  
CTC

Inlichtingen bij  
Coördinatieteam Covid-19 (CTC)  
[redacted]@minvws.nl

Datum  
26 november 2020

Aantal pagina's  
2

# agenda

Betreft	Beleidsteam COVID-19 (BTC-19)
Vergaderdatum en -tijd	26 november 2020 16:00-17:00
Vergaderplaats	VWS [redacted] 5.1.2e

## Beeldvorming

- **Presentatie beeld** door CTC → Je kunt [redacted] 5.1.2e het woord geven
- **Presentatie mediabeeld** door DCO
- **Rondje** langs aanwezigen voor aanvullingen op het beeld (alléén feiten!)

## Oordeelsvorming

- Stand van zaken vaccinaties – presentatie PDC-19 (sheets bijgevoegd)
- [redacted] 5.1.2e komt een presentatie geven. Zij is vanaf 16:30 beschikbaar. Wellicht dat met dit agendapunt dus iets geschoven moeten worden (wellicht al starten met de rondvraag).
- Dit is dezelfde presentatie die gisteren bij ACC/SG'en overleg gehouden is.
- Je kunt [redacted] 5.1.2e het woord geven

## Besluitvorming

- **Rondvraag**
- Tijdstip BTC-19
- Eventueel checken bij deelnemers hoe dit tijdstip bevalt. Kregen van paar directies geluiden dat het overlapt met MT-overleggen;
- Deze tijd is afgestemd met [redacted] 5.1.2e obv de agenda's van jouw en [redacted] 5.1.2e

- **Proces OMT-adviesaanvraag**
- **Je kunt toelichten wat het beoogde proces is voor de OMT-adviesaanvraag**
- *Zoals afgesproken in het BTC-19 van vorige week, kunnen we het BTC-19 gebruiken om input op te halen voor de OMT-adviesaanvraag;*
- *Als we dit inderdaad willen, zijn er grofweg twee optie: op de dinsdag (dan is het iets meer kort dag, maar is er wel input vanuit het Catshuis) of op de donderdag de week voorafgaand aan de daadwerkelijke uitvraag (meer aan de voorkant van het proces kan je niet zitten ☺)*
- **Je kunt eventueel polsen wat de voorkeur heeft van de deelnemers**

Directoraat Generaal  
Volksgezondheid  
Programmadirectie COVID19  
CTC

**Datum**  
21 september 2020

- **Besluiten- /actielijst formuleren** door CTC
- **Beoordeel met de deelnemers** of de besluiten en acties voldoende concreet zijn

#### Afronding

- Agendapunten voor volgende BTC-19
  - Lessons learned document
- **Je kunt 5.1.2e het woord geven voor nadere toelichting**
- *Het 'lessons learned' document is meegestuurd met de stukken van vandaag.*
- *Het verzoek is uiterlijk einde volgende week (vrijdag 4 december) de update van de eigen acties te sturen naar het CTC.*
- *Het CTC verwerkt dit in een nieuwe versie, en agenderen dit voor het BTC de week erop.*

VGN: 5.1.2e , 5.1.2e  
 NVZ: 5.1.2e  
 VWS: 5.1.2e  
 Actiz: 5.1.2e , 5.1.2e  
 Oval: 5.1.2e  
 Verenso: 5.1.2e  
 Arts vg: 5.1.2e  
 Arbo UMCU/NFU: 5.1.2e  
 RIVM: 5.1.2e (communicatie), 5.1.2e  
 Arbonet: 5.1.2e  
 V&VN: 5.1.2e  
 Klinisch arbeidsgeneeskundige: 5.1.2e | 5.1.2e

Als eerste vp-huizen en gehandicaptenzorg

Eerste levering mogelijk 15/12, start vaccinatie 22/12

Indeling:

- Prioriteit zorgmedewerkers
  - o Werkend met 60+ & risicogroepen
  - o Werkend met Covid ptn
  - o Overig

Moeilijk om onderscheid te maken, veel verschillende vormen en werkzaam op meerdere locaties. Iedereen met pt gebonden functie kan dat natuurlijk zijn.

Wat is een realistische afbakening van intra/extramuraal – alle groepsgebonden zorg zou intramuraal aangemerkt moeten worden. Inmiddels geen losse grote instellingen, maar ook verspreid in woongroepen. Dat zou erbij moeten horen.

Je zou scheiding wmo en wlz kunnen maken. Sommige medewerkers vallen in beide groepen, maar als je wlz als discriminerende factor neemt vang je dat mee.

GR-advies is bewust een open schets, invulling is ook afhankelijk van allerlei factoren als timing en soort vaccin. Kan nog centraal gebeuren en kan nog schuiven. Moeten nu beperken tot verantwoordelijkheid koepels, arbodiensten/vaccinateurs, etc.

Bewoners: instellingen in totaliteit vaccineren. Hoe bereiken we cliënten die geen AVG of arts Ouderengeneeskundige hebben, maar afhankelijk zijn van huisartsenzorg,.

Kan er niet een externe partij zijn die een aantal organisaties in 1 keer te vaccineren (ook ivm de minimale schaalgrootte van 1000). Of 1 instelling 'in de lead'.

Hoe kijken we naar zzp, pgb medewerkers, uitzendkrachten, etc? Werkgever verantwoordelijk, maar deze mensen werken bij veel verschillende werkgevers.

Registratie: uitnodiging/identificatie, toestemmingsverklaring + registratie na vaccinatie – onderscheid cliënten en medewerkers

Prioritering bewoners + personeel indien niet voldoende vaccins beschikbaar

Communicatie om vaccinatiegraad omhoog te krijgen ook heel belangrijk

Draaiboeken griepprik gebruiken, daarna de oplossing voor partijen die geen inhouse dienst hiervoor hebben (zowel voor werknemers als cliënten).

Werkgever mogen geen eigen werknemers vaccineren.

1000 doses 1 locatie, moet binnen 4 dagen gebeuren, daarom mag herdistributie niet. Evt. mobiele unit.

## 1. Samenvatting

Op basis van de gevonden literatuur wordt in deze samenvatting een antwoord gegeven op de vraag: *Welk effect kan het gebruik van serologische testen door particulieren op hun gedrag hebben?* Daarnaast worden andere inzichten uit de gedragswetenschappelijke literatuur over zelftesten toegelicht, zoals de determinanten van het aanschaffen en uitvoeren van een zelftest en de capaciteiten om een zelftest uit te voeren.

*Welk effect kan het gebruik van serologische testen door particulieren op hun gedrag hebben?*

Antwoord: In de quickscan van literatuur die is uitgevoerd, komen een aantal factoren naar voren die mogelijk relevant zijn voor de gevolgen op het gedrag na het doen van COVID-19 serologische zelf-testen door particulieren.

**Invloed uitslag zelftest op gedrag (covid-specifieke literatuur)**

- Smith et al (2020) hebben een online vragenlijst uitgezet onder een grote groep Britten om te onderzoeken of er verschillen in gedrag waren tussen mensen **die wel of niet dachten COVID-19 gehad te hebben** (Smith et al., 2020). Het gaat hierbij dus niet om zelf-testers, maar is wel relevant aangezien mensen met een positieve zelf-test soortgelijk gedrag kunnen tonen als mensen die denken COVID-19 gehad te hebben op basis van zelf diagnose zonder testen. Zij vonden dat mensen die denken dat zij COVID-19 gehad hebben, minder geneigd zijn om zich aan richtlijnen rond afstand houden te houden, eerder denken dat zij een bepaalde mate van immuniteit hebben ontwikkeld, zich minder zorgen maken over het virus, en minder vaak wisten dat hoesten en een hoge temperatuur/koorts twee van de meest voorkomende symptomen waren van COVID-19. Zij gingen ook vaker boodschappen doen en meer naar buiten in de week voor de vragenlijst.

**Samenvatting gevolgen van zelf-testen op gedrag en emotie (uit eerdere literatuur)**

- Uit een review over HIV zelf-testen blijkt dat deze meer geassocieerd waren met positieve gedragsverandering dan negatieve (een hoger bewustzijn van risico's, risico educatie, voorzichtig gedrag en nadenken over veiliger vrijen) (Stevens, Vrana, Dlin, & Korte, 2018). Dit is mogelijk ook relevant voor COVID-19 zelftesten, aangezien zowel beiden besmettelijke virale ziektes zijn met gevolgen voor de sociale omgeving. Dit wordt bevestigd door een systematische review en meta analyse door Johnson en collega's, waarin de effecten van HIV zelf-testen werden vergeleken met standaard medische testdiensten, zij vonden geen indicatie van schade of bewijs voor toename op risico zoekend gedrag, en zelfs moderate kwaliteit bewijs dat zelftesten zorgde voor meer HIV testen (Johnson et al., 2017).
- Roberts en Ostergren (2013) keken in hun review naar de invloed van direct-to-consumer genetic testing op veranderingen in gezondheidsgedrag. Bij deze testen hebben mensen toegang tot hun genetische informatie zonder daarbij noodzakelijkerwijs een zorgverlener of zorgverzekeraar te betrekken. Zij concludeerden dat het onwaarschijnlijk lijkt dat genetische risico-informatie geven een wondermiddel is in het bevorderen van gezondheidsgedrag (Roberts & Ostergren, 2013).
- Covolo et al (2015) vonden in een recentere review rond genetische zelf-testen echter dat consumenten de intentie hadden hun levensstijl aan te passen en zij vonden zelfs een bescheiden gezondheidsgedrag verandering (Covolo, Rubinelli, Ceretti, & Gelatti, 2015).

- Yeh et collega's vonden ook dat self-sampling voor HPV onder vrouwen zorgde voor een hogere deelname aan screenings (Yeh, Kennedy, De Vuyst, & Narasimhan, 2019): systematische review en meta analyse.
- Iets meer dan de helft van genetische zelf-test consumenten bespraken de resultaten met een arts, en maar een klein deel deelde de resultaten met een arts (Covolo et al., 2015): review.

Psychische effecten van zelf-testen:

- Een literatuur review naar schade door zelftesten uit verschillende gezondheidsgebieden vond dat er geen bewijs was voor psychische, medische of sociale schade door de bestudeerde zelf-testen, ook niet door fout-negatieven (Brown, Djimeu, & Cameron, 2014).
- Een systematische review rond genetische zelf-testen vond dat maar een klein deel van de particulieren die zo'n test doet, gezondheid angst hadden of zich angstig voelden, zelfs als zij op een genetische mutatie positief testten. Waar mensen de resultaten niet als deterministisch zagen of waar mensen aangaven de test resultaten te begrijpen, maakten zij zich over het algemeen geen zorgen (Covolo et al., 2015).

#### Waarom doen mensen een zelf-test?

Uit de literatuur komen verschillende determinanten naar voren rond het aanschaffen en doen van een zelf-test. De determinanten rond het doen van een COVID-19 zelftest zijn niet onderzocht, maar op basis van de beschikbare literatuur rond zelf-testen van o.a. HIV, HPV, kanker, cholesterol, glucose, genetische afwijkingen kunnen bevonden determinanten van zelf-testen uiteen worden gezet:

- *Gemak* wordt door meerdere reviews rond HIV en HPV gerapporteerd (Gagnon, French, & Hébert, 2018; Stevens et al., 2018) (Madzima, Vahabi, & Lofters, 2017).
- Dezelfde reviews noemen *privacy en anonimiteit*, en toegankelijkheid (HIV, HPV).
- *Kosten en minder ongemak* werden rond HPV genoemd (Madzima et al., 2017): HPV review
- *Empowerment*, waarin mensen een actieve rol kunnen nemen in het beheren van hun gezondheid (Gagnon et al., 2018): kritische review met opinie
- *Bezorgdheid* over het krijgen van een ziekte, kwam meermaals terug als beweegreden om een zelftest te doen (bij HPV zelftesten (Madzima et al., 2017), borstkanker zelfscreening en mammografie (Hay, McCaul, & Magnan, 2006), (reviews rond HPV, Kanker)
- *Nieuwsgierigheid, interesse in monitoren en verbeteren van gezondheid* bleken determinanten van genetische zelf-testen (review door (Covolo et al., 2015))
- *Waargenomen voordelen, eigen effectiviteit* werden als determinanten van zelf-testen op cholesterol, glucose en HIV gevonden: zelf-testers zagen, vergeleken met niet zelf-testers, meer voordelen en hadden een hogere eigen effectiviteit (Nederlands vragenlijst onderzoek (Grispen, Ronda, Dinant, de Vries, & van der Weijden, 2011).
- Zelftesten als *bevestiging van goede gezondheid of leefstijl* (Grispen et al., 2011).

#### Wie koopt of doet een zelf-test?

Wie koopt en doet een zelf-test, en hoe verschillen zij van mensen die geen zelftesten doen?

- Uit Duits vragenlijstonderzoek in 2016 bleek dat gebruikers van zelftesten (o.a. HIV, kanker, hepatitis), vergeleken met niet-zelftesters, hogere zelftest gerelateerde *eigen-effectiviteit*, hogere waargenomen *vatbaarheid*, hogere *waargenomen ernst* met betrekking tot hun gezondheid, hogere positieve en een lagere negatieve *attitude* ten opzichte van technologische apparaten hadden (Kuecukbalaban, Muehlan, & Schmidt, 2016).

- Een *hogere eigen effectiviteit* werd ook gevonden onder Nederlandse zelf-test gebruikers in een Nederlandse vragenlijst studie (Grispen et al., 2011).
- Uit Nederlands vragenlijst onderzoek bleek dat Nederlandse zelftesters een *lagere gezondheidsstatus*, een *lager waargenomen gezondheid*, en een *hoger BMI* hadden dan niet-zelftesters, maar dat zij ook een hogere neiging tot gezondheid gerelateerd gedrag vertoonden (bijv. voedingssupplementen) (Ronda et al., 2009).
- Uit Brits vragenlijst onderzoek bleek dat 1) het hebben van kennis over de range van testen, 2) frequenter gezondheidsinformatie opzoeken en/of uit meer bronnen, 3) geloven dat de gezondheid niet onder controle staat van machtige anderen, 4) minder vaak sporten, 5) minder tevreden met huisartsconsulten, 6) eerder een niet goede dan een goede gezondheid, 7) alleen naar de dokter menen te hoeven bij ernstige symptomen en 8) geloven dat gezondheid door toeval wordt beheerst (Ryan, 2011)

#### *Capaciteit en zelf effectiviteit*

Er zijn een aantal reviews waarin de capaciteit van consumenten om een zelftest correct uit te voeren en te interpreteren.

- In een review rond HIV zelf-testen bleek dat de meerderheid van de studies vond dat er weinig serieuze fouten gemaakt werden (bij zowel speeksel als bloed zelf-testen) (Stevens et al., 2018)
- Een systematische review over genetische zelf-testen vond enerzijds studies waarin een risico op onjuiste interpretatie werd gevonden, of waar de zelf-test als diagnose middel werd gezien, maar anderzijds studies waaruit bleek dat mensen zich bewust waren van de lage voorspellende waarden van die zelf—testen (Covolo et al., 2015):review.
- Een meta analyse rond influenza testen met een wattenstaaf swab vond dat burgers dit, vergeleken met testen door medici, zeer acceptabel konden doen wat betreft diagnose accuraatheid (Seaman, Tran, Cowling, & Sullivan, 2019).
- Mensen met een hoger waargenomen bedreiging door ziekte hadden een hogere intentie om met hun dokter te gaan praten en informatie te zoeken over de test (systematische review over genetische zelf-testen door (Covolo et al., 2015):review).
- Uit een globale literatuurreview over HIV zelf-testen bleek dat factoren rond capaciteit om succesvol een HIV zelftest uit te voeren en te interpreteren, o.a waren: een hogere educatie, training voor het doen van de test, jongere leeftijd en eerdere ervaring met HIV zelftesten (Stevens et al., 2018).

#### *Acceptatie en vertrouwen in uitslag zelftest*

- Smith et al. (2020) vonden in hun UK vragenlijstonderzoek dat er een groot deel van deelnemers die wel een COVID-19 test met een negatieve uitslag hadden gehad, alsnog dachten dat zij COVID-19 gehad hadden (Smith et al., 2020).
- Stevens et al. (2018) hebben een globale literatuur review over HIV zelf-testen uitgevoerd en vonden dat in meer dan 91% van de geïncludeerde studies, het vertrouwen in de resultaten van de HIV zelftest hoog was (Stevens et al., 2018)
- Wanneer men informatie kreeg over de risico's van deze genetische zelf-testen, werden ze minder geïnteresseerd in de zelf-testen (Covolo et al., 2015): review.
-

### **Communicatie over zelftesten**

- Uit de enige (Britse) vragenlijst studie rond het effect op gedrag wanneer mensen denken dat zij COVID-19 hebben door Smith et al (2020) bleek dat er mogelijk een hoge mate van zelf-misdiagnose is, en dat een groot deel van mensen die denkt COVID-19 gehad te hebben, niet de belangrijkste symptomen als hoesten en verhoging/koorts konden identificeren, zou het een belangrijke stap zijn om mensen beter te informeren hoe symptomen te herkennen. Hun kennis en vaardigheden rond COVID-19 symptomen herkenning zouden dus verbeterd kunnen worden. Daarnaast lopen mensen gevaar door mensen die denken COVID-19 gehad hebben en daardoor zich minder houden aan beschermende maatregelen, en mogelijk steekt het ook andere mensen aan door waargenomen sociale normen rond het niet houden aan de gedragsrichtlijnen. Het is dus ook van belang om specifiek te communiceren naar de groep mensen die denkt COVID-19 gehad te hebben, zowel de groep die dit door zelf-diagnose of zelf-testen denkt.
- Zij vonden ook dat er vrij eenzijdige content werd aangeboden op de sites waar genetische zelftesten werden aangeboden: vaker voordelen dan risico's benoemd, en maar op de helft van de sites werden emotionele gevolgen, gedragsverandering, privacy van resultaten beperkt toegelicht. Ook weinig informatie over klinische validiteit van de testen. Dit is mogelijk ook het geval voor COVID-19 zelf-testen. Covolo et al (2015) vonden dat wanneer men informatie kreeg over de risico's van genetische zelf-testen, men minder geïnteresseerd werd in de zelf-testen (Covolo et al., 2015).
- Hollands et al. (2016) vonden in hun meta-analyse dat het communiceren van op DNA-gebaseerde schattingen van ziekerisico's weinig tot geen effect had op gezondheid gerelateerd gedrag, risico-verminderend gedrag en motivatie om gedrag te veranderen. Zij vonden ook geen nadelige effecten op depressie of angst (weinig gegevens) (Hollands et al., 2016).

### **Beperkingen van zelf-testen**

*Een aantal beperkingen genoemd door verschillende reviews zijn mogelijk ook relevant voor COVID-19 testen. Naast de veelal onbekende kwaliteit van zelf-testen. Uit HIV en HPZ reviews komen de volgende beperkingen rond zelf-testen naar voren (Gagnon et al., 2018; Steehler & Siegler, 2019; Stevens et al., 2018; Yeh et al., 2019).*

- Gebrek aan (medische) begeleiding voor en na de zelf test
- Geen link naar de zorg voor degenen die positief testen
- Niet gekoppeld aan een bevestigingstest
- De 'window period' waaraan een antibody test een negatief resultaat laat zien als iemand pas net is besmet. Dit hangt samen met een risico op fout-negatieven.

*De zelf-testen voor COVID-19 hebben geen link naar zorg of de overheid, zij worden zelfs afgeraden door de overheid, wat ook betekent dat er geen mogelijkheid is tot een bevestigingstest of begeleiding voor- en na het doen van de test.*

*Beleidsadviezen vanuit de gedragswetenschappelijke literatuur*

- Verhoog de kennis en vaardigheden van mensen rond symptomen van COVID, zodat zij deze goed weten te herkennen.
- Geef ook informatie op een begrijpelijke manier over wat de zelftesten wel en niet meten en hun kwaliteit, aangezien vals-negatieven, vals-positieven, sensitiviteit en specificiteit van (zelf-) testen een ingewikkeld concept zijn.

- Biedt consumenten inzicht in de (waarschijnlijk) gekleurde informatie over de zelf-testen op de sites waar deze worden verkocht.
- Zorg voor een (makkelijk vindbare) link van de zelftesten met de zorg of overheid om ook begeleiding of advies mogelijk te maken.

- Brown, A. N., Djimeu, E. W., & Cameron, D. B. (2014). A review of the evidence of harm from self-tests. *AIDS and behavior*, *18*(4), 445-449.
- Covolo, L., Rubinelli, S., Ceretti, E., & Gelatti, U. (2015). Internet-based direct-to-consumer genetic testing: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, *17*(12), e279.
- Gagnon, M., French, M., & Hébert, Y. (2018). The HIV self-testing debate: where do we stand? *BMC international health and human rights*, *18*(1), 5.
- Grispen, J. E. J., Ronda, G., Dinant, G.-J., de Vries, N. K., & van der Weijden, T. (2011). To test or not to test: a cross-sectional survey of the psychosocial determinants of self-testing for cholesterol, glucose, and HIV. *BMC Public Health*, *11*, 112-112. doi:10.1186/1471-2458-11-112
- Hay, J. L., McCaul, K. D., & Mangan, R. E. (2006). Does worry about breast cancer predict screening behaviors? A meta-analysis of the prospective evidence. *Preventive Medicine*, *42*(6), 401-408.
- Hollands, G. J., French, D. P., Griffin, S. J., Prevost, A. T., Sutton, S., King, S., & Marteau, T. M. (2016). The impact of communicating genetic risks of disease on risk-reducing health behaviour: systematic review with meta-analysis. *BMJ*, *352*, i1102.
- Johnson, C. C., Kennedy, C., Fonner, V., Siegfried, N., Figueroa, C., Dalal, S., . . . Baggaley, R. (2017). Examining the effects of HIV self-testing compared to standard HIV testing services: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, *20*(1), 21594.
- Kuecuekbalaban, P., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2016). Can diagnostic self-testing of laypeople be predicted by core concepts of health behaviour theories? A comparison between German self-testers and non-self-testers. *Journal of Public Health*, *24*(6), 477-487.
- Madzima, T. R., Vahabi, M., & Lofters, A. (2017). Emerging role of HPV self-sampling in cervical cancer screening for hard-to-reach women: focused literature review. *Canadian Family Physician*, *63*(8), 597-601.
- Roberts, J. S., & Ostergren, J. (2013). Direct-to-consumer genetic testing and personal genomics services: a review of recent empirical studies. *Current genetic medicine reports*, *1*(3), 182-200.
- Ronda, G., Portegijs, P., Dinant, G.-J., Buntinx, F., Norg, R., & van der Weijden, T. (2009). Use of diagnostic self-tests on body materials among Internet users in the Netherlands: prevalence and correlates of use. *BMC Public Health*, *9*, 100-100. doi:10.1186/1471-2458-9-100
- Ryan, A. V. (2011). *Prevalence and determinants of the use of self-tests by members of the public to diagnose or screen for conditions without the involvement of a health professional*. University of Birmingham.
- Seaman, C. P., Tran, L. T. T., Cowling, B. J., & Sullivan, S. G. (2019). Self-collected compared with professional-collected swabbing in the diagnosis of influenza in symptomatic individuals: A meta-analysis and assessment of validity. *Journal of Clinical Virology*.
- Smith, L. E., Mottershaw, A. L., Egan, M., Waller, J., Marteau, T. M., & Rubin, G. J. (2020). The impact of believing you have had COVID-19 on behaviour: Cross-sectional survey. *medRxiv*.
- Steehler, K., & Siegler, A. J. (2019). Bringing HIV self-testing to scale in the United States: a review of challenges, potential solutions, and future opportunities. *Journal of clinical microbiology*, *57*(11), e00257-00219.
- Stevens, D. R., Vrana, C. J., Dlin, R. E., & Korte, J. E. (2018). A Global Review of HIV Self-testing: Themes and Implications. *AIDS and behavior*, *22*(2), 497-512. doi:10.1007/s10461-017-1707-8

Yeh, P. T., Kennedy, C. E., De Vuyst, H., & Narasimhan, M. (2019). Self-sampling for human papillomavirus (HPV) testing: a systematic review and meta-analysis. *BMJ global health*, 4(3), e001351.

- **Aanwezig:**
  - 5.1.2e @ 5.1.2e nl
  - Corona-melder
  - Begeleidingscommissie (triage systeem testen)
  - 5.1.2e (GGD) 5.1.2e @ggd 5.1.2e nl
  - 5.1.2e (epidemioloog) 5.1.2e @ggd 5.1.2e nl
  - 5.1.2e 5.1.2e @ggd 5.1.2e nl
  - ( 5.1.2e VeiligheidsRegio 5.1.2e
  - 5.1.2e
  - 5.1.2e
  - 5.1.2e
- **Acties:**
  - Besispunt VWS: pakken we de route 'zelftesten'?
  - Goede argumentatie voor:
    - o Uitvoerbaarheid, wat vraag je überhaupt?
    - o Onderzoek technisch: heeft het wel nut?
    - o Hoe gaat dit zich verhouden tot vaccinatie campagne?
- **Bespreekpunten:**
  1. *Algemene doelstelling vanuit VWS – Gericht, Frequent en grootschalig'*
    - a. Vraag 5.1.2e – Wat verstaan we onder gericht --> maken we onderscheid tussen 'doelgroepen' en of ook 'triage (GGD, werkgevers, zelf);
  1. *Presentatie ideeën Oldenzaal*
    - a. Positief t.a.v pilot - ja!
    - b. Gemoedstoestand - Verkennend!
    - c. Disclaimer – Bedachtzaam voor denderende trein... ze willen niet in een fuik lopen en of hijgerig opgejaagd worden.
- 5.1.2e
  - **Leervragen:**
    - o Schaalbaarheid naar heel NL- hoe doe je dat?
    - o Testbereidheid zou je waarschijnlijk niet zo hoog krijgen dat mensen 2x p/maand gaan testen...
    - > waarom zouden mensen dit doen...? Je moet je hoop hier niet op vestigen..
  - **Suggestie: Zelftesten** - bij bepaalde groepen werkgevers/scholen
    - > tussenstap --> begeleidde zelfafname..
    - > Onderbouwing hiertoe → je wilt verantwoordelijkheid bij de mensen leggen en instrumenten in handen geven...
- **Reactie na opmerking 5.1.2e** - Hoe krijg je zicht op het virus?

5.1.2e er is wel goed zicht op het virus...! Er is minder zicht op het gedrag van de mensen --> kun je gerichtere maatregelen treffen..

Vraag hierbij is: Hoe zorg je dat de motivatie er komt om vaker te testen...
- **Wat is de aanleiding/motivatie om vaker te gaan testen?**
  - Doe ik er goed aan...
  - Meer eigen verantwoordelijkheid nemen, what's in it for me...
- **Kernpunten verhaal 5.1.2e**
  - Open samenleving
  - Af van het verbieden
  - Eigen verantwoordelijkheid - instrumenten
  - Situationeel aangeven wanneer het denkbaar is dat mensen dit instrument gaat pakken..
  - Doelgroepen targeten om zelftesten te gaan oefenen
    - Dit is niet noodzakelijkerwijs het sleepnet door de hele samenleving halen..
    - Twee groepen 1) scholen en werkgevers)

- Diversiteit in doelgroepen.. (R'dam/Oldenzaal)
- Betrouwbaar, schaalbaar en betaalbaar

**Tijdspad** → Januari is een mooie haalbare ambitie!

**Vervolgstappen:**

- VWS interne check of de route zelftesten bewandeld kan gaan worden; op basis hiervan wordt een vervolgspraak met Oldenzaal gepland (we streven naar maandag!)
  - o **Beslispunt @ VWS -- pakken we de route 'zelftesten'?**

- Contactpersonen:

Communicatie/gedrag campagne	
Onderzoek	5.1.2e
Overall aanspreekpunt	

- **Welke vragen zijn er nog waar we stappen in moeten zetten**
  - Uitvoerbaarheid --> wat vraag je überhaupt
  - Onderzoek technisch--> wat heeft nut?
  - Hoe gaat dit zich verhouden tot vaccinatie campagne...
- ⇒ Als je gaat testen bij risico groepen - dan neemt de draagvlak voor testen nog meer af...

Nabrand - ook benadrukken wat er al wel gedaan wordt...

## Thuisquarantaine inzichten vanuit WP2

5.1.2e 5.1.2e & 5.1.2e

### 1. Vanuit jouw WP (2), wat weten we van thuisblijven bij klachten, thuisblijven track trace, thuisblijven bij aankomst uit een oranje land, thuisblijven bij diagnose?

#### a. Hoe vaak houden (deze verschillende groepen) mensen zich aan thuis-quarantaine maatregels wel of niet (e.g. quant)?

Uit de internationale onderzoeken blijkt dat de (zelfgerapporteerde) naleving **vrij laag** is, al is de intentie hoog. Deze naleving neemt ook af over de tijd.

#### b. Onder welke omstandigheden houden (deze verschillende groepen) mensen zich aan thuis-quarantaine regels (wel of niet), en welke redenen hebben ze daarvoor (e.g. qual)?

Het hebben van een **afhankelijk kind** in het huishouden hangt samen met niet-naleving, net als het hebben van een **baan in een sleutelberoep**.

Het hebben van **(praktische) steun uit de omgeving** hangt samen met hogere (zelfgerapporteerde) naleving.

#### c. Wat zijn de determinanten van thuis-quarantaine gedrag bij (deze verschillende groepen) mensen en omstandigheden?

Vertrouwen in andere mensen, in de pers, wetenschap en overheid, hangen samen met naleving. Andere factoren die naar voren komen uit de literatuur: De **duur** van zelfisolatie, verschillen in **risicopercepties**, armoede, geloof en **vertrouwen** in de wetenschap, politieke affilatie, sociale verantwoordelijkheid en sociaal vertrouwen, en houdingen tegenover de ernst van het virus.

Bij een waargenomen lage kans op besmetting is naleving lager, net als bij een hoge response cost van naleving.

**Kennis van symptomen**, herkennen van symptomen (is niet erg hoog) en hangt samen met naleving. **zich zorgen maken** over covid-19.

Beschreven andere factoren: Zorgen maken over op juiste manier gebruikmaken van diensten, over gezien worden als tijdverspillaar, en praktische zaken als toegankelijkheid en andere eisen van tijd. Druk vanuit sociale omgeving en een test presenteren als oplossing van onzekerheid kunnen juist motiverend werken.

De meest gegeven redenen in een Britse studie om zich niet te houden aan **zelfisolatie** waren: **naar de winkel gaan** voor boodschappen, omdat de **klachten afnamen**, en voor **niet-covid-19 gerelateerde medische behoefte**. Deze studie vond ook dat mensen die getraceerd waren door de nationale gezondheidsdienst (UK) omdat zij in contact waren geweest met iemand die COVID-19 bleek te hebben, 10.9% twee weken thuisbleef. De enige factor die sterk samenhang met niet-naleving, hiervan was het hebben van een **afhankelijk kind in het huishouden**. Opgegeven redenen om de quarantaine niet na te leven waren: denken dat het niet nodig is om weg te blijven van mensen buiten je eigen huishouden als je niet kan wegblijven van mensen in je eigen huishouden (14.3%), geen symptomen ontwikkelen (11.9%), om boodschappen te doen (10.9%), omdat je net klaar was met een andere quarantaine periode (10.9%).

In een Noorse studie bleek dat de afname in naleving vooral was bij **personen zonder symptomen en onder personen van ouder dan 50**. Over de studies heen gezien, waren het zijn van een **man, jonger, komen uit een lagere socio-economische status** de demografische factoren die samenhangen met lagere naleving. Echter is dit rond leeftijd niet eenduidig: sommige studies vinden juist dat jongere mensen een hogere naleving rapporteerden.

#### **d. Welke interventies ondersteunen (deze verschillende groepen) mensen en omstandigheden bij het naleven van maatregelen?**

Communicatie interventie: Men moet volgens hen overtuigd zijn dat zij gecompenseerd worden in kosten en dat testen, opsporen en isoleren een **social verwacht en gerespecteerd gedrag** is om te doen.

Communicatie over **welke stappen** genomen moeten worden als er symptomen zijn of als je in contact bent geweest met een besmet persoon.

Gebruik in communicatie **emoties**: benadruk de kans dat het burger overkomt en de ernst daarvan, of gebruik prosociale manier zoals eigen effectiviteit en sociale effectiviteit, beide zijn gevonden de bereidheid tot quarantaine te vergroten.

Bij kinderen met koorts beïnvloedde het geven van **intensieve informatie** (uitleg en demonstratie ipv een brief) de naleving positief.

**Praktische hulp bieden en financiële vergoedingen**, inkomstenverlies compenseren.

Gebruik berichtgeving van **artsen** een Japanse studie vond dat dit het meest de intentie vergrootte om thuis te blijven in gebieden met veel besmettingen (vergeleken met berichtgeving van een lokale gouverneur, public health expert, patiënt, bewoner van een outbreak zone)

#### **2. Welke vragen zouden we nog kunnen beantwoorden vanuit jouw WP en wat hebben we daarvoor nodig?**

De impact op mentaal welzijn, is denk ik een grote barriere in adherence en volhouden. Hier zouden we die specifieke literatuur voor moeten induiken, we hebben hier wel al een aantal studies op. Als je weet wat er precies zo zwaar is voor mensen, dan kun je hier wellicht interventies in bedenken waardoor mensen eerder naleven.

#### **Eerdere literatuur uitput die bruikbaar is:**

- De social distancing/ afstand houden literatuurmemo: social distancing omvat o.a. thuisblijven bij klachten. De in dit memo genoemde determinanten zijn dus ook relevant voor thuis quarantaine memo.
- De eerdere thuisisolatie memo [eerder al aan <sup>§ 1.2a</sup> gemaild]
- De update naar VWS/WAR [eerder al aan <sup>§ 1.2a</sup> gemaild]

### Samenvattingen met meer details

Brodeur, A., Grigoryeva, I., & Kattan, L. (2020). Stay-At-Home Orders, Social Distancing and Trust. [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3602410](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3602410)

In deze studie is er door middel van Amerikaanse mobiele telefoondata gemeten welke veranderingen er in mobiliteit optraden en in hoeveel niet-essentiële bezoeken gepleegd werden, na het instellen van thuisblijf maatregelen. Zij maten deze thuisblijf maatregelen via telefoondata waarmee zij inzicht kregen in veranderingen in gemiddelde gereisde afstand, niet-essentiële bezoeken en menselijke ontmoetingen. Onderzoekers vonden dat deze thuisblijf mandaten de mobiliteit met 8-10%punten verlaagde, en dat graafschappen met hoog **vertrouwen (in anderen)** hun mobiliteit significant meer verlaagden dan laag vertrouwen graafschappen (na de lockdown). Graafschappen met meer **democraten** verlaagden ook hun mobiliteit significant meer. Het effect van compliance na lockdowns is vooral groot **rond vertrouwen in de pers**, en relatief kleiner rond vertrouwen in de wetenschap, geneeskunde of overheid.

In dit artikel worden ook eerdere literatuur bevindingen rond determinanten die naleving van thuisblijf maatregelen beïnvloeden besproken: de duur van zelfisolatie, verschillen in risicopercepties, armoede, geloof en vertrouwen in de wetenschap, politieke affilatie, sociale verantwoordelijkheid en sociaal vertrouwen, en houdingen tegenover de ernst van het virus.

Rubin, G. J., Smith, L. E., Melendez-Torres, G. J., & Yardley, L. (2020). Improving adherence to 'test, trace and isolate'. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(9), 335-338. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0141076820956824>

Het doel van dit commentaarpaper is om de belangrijkste gedragsproblemen die een test, traceer en isoleer systeem voor het beheer van COVID-19 zal tegenkomen en om specifieke manieren te suggereren om deze problemen aan te pakken.

Wat betreft thuisblijven bij klachten, is hun analyse over het rapporteren van symptomen interessant: **kennis hebben om covid-19 symptomen als zodanig te herkennen** (UK onderzoek liet zien dat maar 59% de rode vlag symptomen kon herkennen als covid-19). Daarnaast: uitstellen bij milde symptomen (bij eerdere pandemieën was rapportage gelinkt aan ernst van ziekte). Advies: media campagnes: "ga niet zelf diagnosticeren en wachten tot het eventueel erger wordt, maar gelijk laten testen". We zijn gewend om dit juist wel te doen (afwachten), bij andere klachten/ziektebeelden.

Andere barrières die zij noemen om op tijd te rapporteren dat iemand covid-19 heeft: **zich zorgen maken** over covid-19, over op juiste manier gebruikmaken van diensten, over gezien worden als tijdverspillaar, en praktische zaken als toegankelijkheid en andere eisen van tijd. Druk vanuit sociale omgeving en een test als oplossing van onzekerheid kunnen juist motiverend werken.

Wat betreft isolatie: de onderzoekers benadrukken dat het veel ongemakken veroorzaakt en iets altruïstisch is om te doen. Men moet volgens hen **overtuigd zijn dat zij gecompenseerd worden in kosten en dat testen, opsporen en isoleren een sociaal verwacht en gerespecteerd gedrag** is om te doen. Zij raden aan: eerder uit isolatie bij negatief testresultaat, prioriteren van sneltesten. Hulp van anderen bevorderde in hun onderzoek het opvolgen van isolatiemaatregelen, dus het linken van isolatie aan steun vanuit de gemeenschap kan mogelijk naleving bevorderen.

Smith, L. E., Amlôt, R., Lambert, H., Oliver, I., Robin, C., Yardley, L., & Rubin, G. J. (2020). Factors associated with adherence to self-isolation and lockdown measures in the UK; a cross-sectional survey. *medRxiv*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003335062030319X?via%3Dihub>

Onderzoekers hebben met online vragenlijst factoren die samenhangen met de naleving van zelf isolatie en lockdown maatregelen in de UK onderzocht (mei 2020, N= 2240 ouder dan 18 jaar). Zelfrapportage en niet met zekerheid representatieve steekproef.

75% van mensen met covid-19 symptomen waren hun huis uitgegaan in de 24uur voor vragenlijst (**mannen vaker niet nalevend**, net als mensen die zich **minder zorgen** maakte over het virus, of wie een **lagere risico perceptie** hadden richting het oplopen van covid-19). Naleving hing samen met **hulp ontvangen van mensen buiten het huishouden**.

Onderzoekers raden aan: communicatie over welke stappen genomen moeten worden als er symptomen zijn of als je in contact bent geweest met een besmet persoon. Ook het gebruik van vrijwilligersnetwerken om mensen in isolatie te ondersteunen kan de naleving mogelijk bevorderen.

Smith, L. E., Potts, H. W., Amlot, R., Fear, N. T., Michie, S., & Rubin, J. (2020). Adherence to the test, trace and isolate system: results from a time series of 21 nationally representative surveys in the UK (the COVID-19 Rapid Survey of Adherence to Interventions and Responses [CORSAIR] study). *medRxiv*.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.15.20191957v1>

Onder 42,127 Britse deelnemers (ouder dan 16) is via online vragenlijsten (tussen januari en juli 2020) onderzocht van naleving rond testen, traceren en isoleren. De onderzoekers concluderen dat zelfgerapporteerde **naleving van testen, traceren en isoleren laag** is (zelfgerapporteerde naleving van isoleren was 18.2), terwijl de intentie om dit te doen hoger ligt. De **identificatie van symptomen van covid-19 is ook laag** (48.9% kon de belangrijkste symptomen identificeren). Dit bleek stabiel over tijd. Het niet naleven van zelfisolatie hing het sterkst samen met: 1) niet weten welke **overheidsinformatie** er is rond wat je moet doen als je symptomen krijgt, niet de symptomen identificeren, denken dat **je al covid-19 hebt gehad**, een **afhankelijk kind thuis** hebben en in een **sleutelsector** werken.

De meest gegeven redenen om zich niet te houden aan **zelfisolatie**: naar de **winkel gaan, omdat de klachten afnemen, en voor niet-covid-19 gerelateerde medische behoefte**.

Maar 11.9% van de mensen met symptomen in de laatste week hadden een **antigen test** aangevraagd, met veelgenoemde redenen als: **niet denken dat symptomen covid-19 gerelateerd waren, omdat symptomen afnemen, of alleen mild waren**.

76.1% zou **details van hun sociale contacten geven** als zij positief getest zouden worden. Redenen om dit niet te doen: niet geloven in **effectiviteit** van contactopsporingssystemen, **niet weten** dat ook als je **geen symptomen hebt**, je het virus op anderen kunt overbrengen, niet weten of **data** betrouwbaar en veilig wordt opgeslagen of wat ermee wordt gedaan.

Als zij waren getraceerd door de nationale gezondheidsdienst omdat zij in contact waren geweest met iemand die COVID-19 bleek te hebben, gaf 10.9% aan dat zij **gedurende twee weken hun huis niet uit waren geweest**. De enige factor die sterk samenhang met **niet-naleving was het hebben van een afhankelijk kind** in het huishouden. Redenen om de quarantaine niet na te leven waren: denken dat het **niet nodig** is om weg te blijven van mensen buiten je eigen huishouden als je niet kan wegblijven van mensen in je eigen huishouden (14.3%), **geen symptomen ontwikkelen** (11.9%), om **boodschappen te doen** (10.9%), omdat je **net klaar was met** een andere quarantaine periode (10.9%).

In het algemeen, voor alle uitkomsten, hing niet-naleving samen met **man zijn, jongere leeftijd, een afhankelijk kind in het huishouden hebben, lagere socio economische status, het lastiger hebben tijdens de pandemie en in een belangrijke sector werken**. Praktische hulp en financiële vergoedingen zullen, verwachten zij, de naleving verhogen.

**Nese, M., et al. (2020). "Delay discounting of compliance with containment measures during the COVID-19 outbreak: a survey of the Italian population."**

De studie van Nese et al. (2020) onderzocht zelf-gerapporteerde compliance met inperkingsmaatregelen onder 931 Italiaanse burgers over de tijd (6 tijdstippen) met een online vragenlijst. Er is een onderscheid gemaakt in risico groepen voor het krijgen van COVID-19 (10, 50, 90% kans op besmetting). De **gemiddelde compliance neemt af over tijd (delay discounting)**. Deze afname is groter bij een **lage kans op besmetting**. Vrouwen ervaren meer stress, angst en intolerantie van onzekerheid. Het waargenomen risico over tijd is gerelateerd aan een hogere compliance over tijd. Het verhogen van risico perceptie kan daarom belangrijk zijn, hoewel dit ook angst zou kunnen verhogen. Buiten sporten was als enige behoefte gerelateerd aan een afname in compliance.

**Steens, A., et al. (2020). "Poor self-reported adherence to COVID-19-related quarantine/isolation requests, Norway, April to July 2020."**

De studie van Steens et al. (2020) onderzocht zelf-gerapporteerde adherence in een representatieve Noors internet panel op 4 tijdstippen van April tot Juli 2020 (1400 deelnemers op tijdstip 1). 25% van de deelnemers ontving een verzoek tot quarantaine; 42% hiervan hebben zich hier minstens 1x aan gehouden, terwijl 65% dit nooit deed. Adherence aan quarantaine en isolatie regels is laag in Noorwegen, met name in de periode na de eerste infectie piek en de versoepelingen in physical distancing. **De afname in adherence over tijd was vooral onder personen zonder symptomen en personen van 50 jaar en ouder (geen afname in 18-29 jaar)**. Adherence was hoger bij personen met COVID-19 symptomen (71%) en in de leeftijd van 18-29 jaar (72%). De hoogste leeftijdsgroep (70-89 jaar) had de laagste adherence (36%). Deze studie kan adherence overschatten, omdat één dag in isolatie voldeed aan de definitie.

**Heffner, J., et al. (2020). "Emotional responses to prosocial messages increase willingness to self-isolate during the COVID-19 pandemic."**

Heffner et al. (2020) onderzochten emotionele reacties op berichten en hoe dit gerelateerd is aan de bereidheid om zelf in isolatie te gaan, in een online sample van 955 inwoners van de U.S. Deelnemers kregen 2 berichten na elkaar te zien, gescheiden door meerdere vragenlijsten: (1) threat interventie (ernst van negatieve gevolgen, grote kans dat het de lezer overkomt), (2) prosocial interventie (interne efficacy (wat kan je zelf doen), effectiviteit van groep samen). Lezers werd na elk bericht gevraagd hoe ze zich voelden, in hoeverre ze bereid zijn tot zelfisolatie en in hoeverre het bericht hun bereidheid heeft veranderd. Voor de interventie bleven de deelnemers gemiddeld 87.3% van de tijd thuis. **Beide interventies waren even effectief in het vergroten van bereidheid tot quarantaine**. De emotionele reactie op de berichten was wel verschillend: het dreigende bericht was erg onplezierig en sterk 'arousing'. De prosociale was plezierig en mild arousing. Het dreigende bericht werd sterker negatief ervaren dan het prosociale bericht positief werd ervaren. **De sterkte van de negatieve reactie was niet gerelateerd aan een hogere bereidheid tot isolatie**.

**Plohl, N. and B. Musil (2020). "Modeling compliance with COVID-19 prevention guidelines: the critical role of trust in science."**

Het onderzoek van Plohl & Musil (2020) onderzocht welke individuele karakteristieken gerelateerd zijn aan het wel of niet volgen van preventie richtlijnen. In totaal deden 575 deelnemers mee aan een online vragenlijst (50% Noord US, 38,5% Europa en Azië, 5,5% Australië). **Hoog risico perceptie en vertrouwen in de wetenschap** voorspelden beide, onafhankelijk, compliance aan COVID preventie richtlijnen. De andere variabelen (political conservatism (-), religious orthodoxy(-),

conspiracy ideation (-) and intellectual curiosity(+) hadden geen direct effect op compliance, maar wel indirect door het vertrouwen in de wetenschap.

**Lou, Q., et al. (2020). "Home quarantine compliance is low in children with fever during COVID-19 epidemic."**

Het onderzoek van Lou et al (2020) onderzocht factoren die thuis quarantaine compliance beïnvloeden in kinderen met koorts. Regels voor thuis quarantaine waren 10 soorten gedrag: duur (7 dagen), mondkapje, hoesten, hand hygiëne, afstand houden, ventilatie, geen airco, niet socialiseren, desinfectie, weggooien mondkapjes. 495 kinderen met een luchtweginfectie en koorts werden geselecteerd vanuit een kinderziekenhuis in China. 8 dagen na het ziekenhuis bezoek werden deelnemers gebeld om te vragen of ze zich aan de thuis quarantaine hebben gehouden. **Oudere kinderen en meisjes** lieten betere compliance zien. Kinderen met **oudere ouders** (vergeleken met jonge ouders) hadden een 2.46 grotere kans op slechte compliance. Vrouwelijke verzorgers hadden een hogere compliance. Gezinnen met 1 kind hadden betere compliance dan gezinnen met meerdere kinderen. Kinderen die **intensieve informatie** ontvingen (uitleg en demonstratie vs. brief) hadden een betere compliance. Oudere verzorgers zijn vaak grootouders die de adviezen niet implementeren, mogelijk door minder effectieve supervisie van de kinderen. Adherence van kinderen aan adviezen is laag, en informatie verstrekken is belangrijk om dit te verhogen. Oudere verzorgers en jonge kinderen zijn belangrijke doelgroepen.

**Bacon, A. M. and P. J. Corr (2020). "Coronavirus (COVID-19) in the United Kingdom: A personality-based perspective on concerns and intention to self-isolate."**

202 Engelse respondenten deden mee aan het onderzoek van Bacon en Corr (2020). Deelnemers met een hogere kans op zelfisolatie waren **jonger**, hadden **negatievere ziekte attitude** scores (angst, attitude tov health concerns), en **hogere fight-flight-freeze scores** (FFFS, systeem dat reactie geeft op aversive stimuli, leidt tot angst, vermijding en vluchtgedrag). Angstige personen waren minder geneigd om te isoleren, mogelijk als coping mechanisme gericht op het behouden van een normale leefstijl. Hoewel **ouderen** zich meer zorgen maakten, waren ze minder geneigd tot zelf-isolatie. **Jongere mensen** die wel in isolatie zouden gaan geven misschien minder om het behouden van een normaal, en voelen zich mogelijk minder geïsoleerd door het gebruik van social media. Sommige mensen uiten hun angst door in isolatie te gaan, terwijl anderen goal conflict ervaren (stay safe vs normal life); ze zullen de onzekerheid proberen op te lossen met approach behaviours (bv. panic buying).

**Folmer, C. R., et al. "Compliance in the 1.5 Meter Society: Longitudinal Analysis of Citizens' Adherence to COVID-19 Mitigation Measures in a Representative Sample in the Netherlands."**

In het onderzoek van Folmer et al. (2020) is gekeken naar compliance met social distancing regels met 2 surveys onder een representatieve groep Nederlanders (N= 984 en N= 1021). Personen zijn meer geneigd om zich aan de 1,5m afstand te houden als zij: 1) hoge intrinsieke motivatie hebben, 2) hoge capacity to comply ("Ik ben in staat om afstand te houden"), 3) goede impuls controle, 4) als compliance normaal wordt gevonden, 5) wanneer ze in het algemeen een plicht voelen tot het opvolgen van regels. Er is een afname in compliance over tijd, dat samengaat met een afname in intrinsieke motivatie en capaciteit. Er is een stijging over tijd in de mogelijkheden die zich voordoen om je niet aan de regels te houden.

**Bodas, M. and K. Peleg (2020). "Self-Isolation Compliance In The COVID-19 Era Influenced By Compensation: Findings From A Recent Survey In Israel."**

Bodas en Peleg (2020) hebben onderzocht in hoeverre inkomensverlies gerelateerd was aan compliance tot quarantaine. Data werd verzameld via een online platform, waar 563 respondenten uit Israël een cross-sectionele vragenlijst hebben ingevuld. De **belofte van een compensatie voor inkomstenverlies** geeft een compliance rate van 94%. Zonder deze compensatie zou de compliance

57% zijn. Deze studie geeft aan dat zekerheid van een inkomen een cruciale factor is voor compliance aan zelf quarantaine.

**Okuhara, T., et al. (2020). Examining persuasive message type to encourage staying at home during the covid-19 pandemic and social lockdown: A randomized controlled study in japan.**

Okuhara et al. (2020), hebben 1980 deelnemers gerandomiseerd via een Japans survey bedrijf, over 5 verschillende bericht-interventies (van een lokale gouverneur, public health expert, arts, patiënt, bewoner van een outbreak zone). De intentie om thuis te blijven werd gemeten voor en na het lezen van het bericht. Elk bericht probeerde de lezer te aan te moedigen om thuis te blijven. Het bericht van de arts vergrootte vooral de intentie om thuis te blijven in gebieden met veel besmettingen. In Japan hebben aanbevelingen van een arts een grote impact door overblijfselen van het paternalisme in de patiënt-arts relatie.

**Farooq, A., et al. (2020). "The Impact of Online Information on Self-isolation Intention during the COVID-19 Pandemic: A cross-sectional study."**

In de studie van Farooq et al. (2020) is een online survey uitgezet onder 225 Finse studenten en werknemers van de universiteit, om de impact van online informatie op de intentie om vrijwillig in quarantaine te gaan. De intentie tot zelf-isolatie werd voorspeld door waargenomen **ernst, self-efficacy**, en **response cost** (*cost/benefit, impact work, measures feel silly*). Waargenomen kwetsbaarheid en response efficacy waren niet gerelateerd aan zelf-isolatie intentie. **Cyberchondria** (*angst/frustratie/verwarring/niet kunnen stoppen na nieuws lezen over COVID-19*) was positief gerelateerd aan waargenomen **ernst**. Informatie overload was negatief gerelateerd aan self-efficacy, maar positief aan response cost. Er werden geen verschillen gevonden tussen mensen die alleen wonen of samen wonen, of de bron van informatie (bv social media). Gepersonaliseerde interventies worden geadviseerd, waar personen met cyberchondria geruststellende en hoopvolle berichten krijgen, terwijl aan personen met een lage intentie tot isolatie vooral de **ernst van de situatie** moet worden gecommuniceerd.

Vaccinatie:

### Willingness

#### **Rachael H Dodd 2020**

We conducted an online survey of 4362 Australians aged 18 years and older during April 17–21, approximately 4 weeks after lockdown measures had been activated in Australia and at a time when potential deaths and health system capacity were still of great concern. We asked participants about actions or intentions toward the flu vaccine (“I have or I will get the flu vaccine this year”) and a potential COVID-19 vaccine (“If a COVID-19 vaccine becomes available, I will get it”). In this sample, 630 (14 · 4%) participants said they would not get the flu vaccine this year, 394 (9 · 0%) were indifferent, and 3338 (76 · 5%) said they have or will get the flu vaccine this year. For a COVID-19 vaccine, 213 (4 · 9%) said they would not get the vaccine, 408 (9 · 4%) were indifferent, and 3741 (85 · 8%) said they would get the vaccine if it became available. Individuals who said they would not get a COVID-19 vaccine were more likely to believe the threat of COVID-19 has been exaggerated (43 · 7% [93/213]) than those who said they would get the vaccine if it became available (11 · 5% [429/3741]) and those who were indifferent (19 · 9% [81/408]). Inadequate health literacy and lower education level were significantly associated with a reluctance to be vaccinated against both influenza and COVID-19.

#### **Rieger 2020**

We conduct an online experiment with  $N = 303$  subjects (64% female, 79% university students, average age 26 years). The text in the first treatment tried to evoke altruistic motives by explaining that some people cannot get vaccinated or remain vulnerable even after getting vaccinated and that they could get infected or even die. Getting vaccinated would mean reducing the risk of infection of these people. Vaccination is in this case an altruistic act. The other two texts, instead, triggered selfish motivations. In Treatment 2, the focus was on the fact that even younger adults who are not in high-risk groups may die of COVID-19. Thus, a vaccination will also be beneficial for them. Treatment 3 stressed the inconveniences that an infection may cause, even if these are not major inconveniences (having to go to hospital or being sick for a week). While 42.4% of the participants in Treatment 1 expressed an increased willingness to get vaccinated, only 15.4% and 19.0% of the participants did this in Treatment 2 and 3, respectively. The results suggest that triggering altruistic behavior by highlighting the danger for persons who cannot get vaccinated, and thus implying an indirect positive effect of vaccination in protecting these people, is the most promising strategy.

#### **Neumann 2020**

We provide some first insights into this willingness to be vaccinated, based on a multi-country European study, in seven European countries ( $N = 7.662$ ). The sample consisted of about 1,000 respondents per country, and an additional 500 from the highly affected region Lombardy. As well as attitudes about vaccination and their willingness to be vaccinated between 2 and 15 April 2020. In total, 73.9% of the 7664 participants from Denmark, France, Germany, Italy, Portugal, the Netherlands, and the UK stated that they would be willing to get vaccinated against COVID-19 if a vaccine would be available. A further 18.9% of respondents stated that they were not sure, and 7.2% stated that they do not want to get vaccinated. As shown in Figs. 1 and 2, the willingness ranged from 62% in France to approx. 80% in Denmark and the UK. The largest proportions of the population opposed to a COVID-19 vaccination were observed in Germany (10%) and France (10%), while France also has the largest group of people who were unsure about getting vaccinated (28%). Looking closer, we found considerable differences in willingness to get vaccinated across genders and age groups. A significantly higher proportion of men were willing to get vaccinated. Especially men aged 55 and above. The same age trend was visible for women with older women being more willing than younger. The uncertainty among women was higher in all age groups and largest for women between the ages of 45 and 54 (26%). One might argue that the group who is currently unsure about getting a vaccine may be the most relevant. These are the people who potentially can be persuaded more easily to get vaccinated to achieve herd immunity. Based on our results, these efforts could best be aimed at persons below the age of 55 and at females in general, where the willingness is lower. We asked respondents who were unsure about being vaccinated about their main reasons (Fig. 4). More than half (55%) said they were concerned about potential side effects of a vaccine, although this concern was more frequent among women

(36%) than men (19%). Around 15% of respondents stated that a vaccine might not be safe, with no notable differences between genders. Our results on acceptability suggest that substantial gains could be made among the sizeable proportion of the population (i.e. 18.9%) that is unsure whether they want to get vaccinated. If this group needs to be convinced to be vaccinated to get to herd immunity, clear communication about safety, and potential side effects of the vaccine is especially important. This could help to stimulate the hesitant part of European citizens to get vaccinated after all.

#### Sun 2020

This present study examines willingness to participate in a COVID-19 vaccine trial among college students in China. First, this study describes the willingness and perceived concerns for COVID-19 vaccine trial participation. Second, this study explored the influence of demographic, psychosocial, and COVID-19 information sources on willingness to participate in COVID-19 vaccine trials. In this sample of 1,912 Chinese young adults enrolled as college and university students. The majority were female ( $n = 1334$ ; 69.77%). The majority of participants indicated willingness to participate in a COVID-19 vaccine trial (50.31% indicated “maybe willing” and 13.70% noted “absolutely willing”; see Table 2). Among the 10 listed potential concerns for participating in a vaccine trial, prevalent concerns (i.e., top 5) included “Side effects of vaccine” (69.04%), “My family may not want me to take part” (63.02%), “Handicap or death from the vaccine” (58.05%), “Infected by COVID-19 through vaccine” (53.03%), and “Time necessary to be in a medical study” (52.46%).

Less prevalent concerns appeared to be stigma-related, including “Taking part may be seen as having COVID-19” (35.88%) and “Others may refuse contact with me” (36.93%), although the proportions were considerably large (more than one third of the sample).

Participants with higher levels of trust in the public health system and with higher levels of COVID-specific prosocial behaviors were more willing to participate.

increasing transparency on vaccine research (including potential risks and harms), effective regulation of vaccine production to ensure standards of safety may help.

#### Thornelou 2020

In this UK-wide cross-sectional survey, we examined willingness to receive a COVID-19 vaccine in the general population and evaluated socio-demographic and clinical factors associated with willingness. We conducted a national cross-sectional online survey of individuals in the UK general population, between April 2020 and June 2020. 2568 deenemers. The mean age of the sample was 45.3 years old (SD  $\pm$  16.1). The majority of the sample were from England (1790; 87.4%), female (1358; 63.2%), from white ethnic backgrounds (1956; 91.0%), educated to degree level or above (1141; 53.0%) and in full or part-time employment (1474; 68.7%).

In total, 76.9% (1654) were classified as being willing to receive a COVID-19 vaccine. Just over one in five individuals were unwilling or unsure whether they would receive a COVID-19 vaccine if one were to become available (498; 23.1%). Individuals who were older, from white ethnic background, educated to degree level or above and had not had COVID-19 were significantly more likely to be willing to have a COVID-19 vaccine. Willingness did not vary among adults at increased risk of COVID-19 compared with those not at increased risk.

Voetnoot: Individuals from BAME groups were significantly more likely to be unsure about receiving a COVID-19 vaccine (28.8% vs. 13.6%) compared with strongly agreeing or agreeing that they would

be willing to receive a COVID-19 vaccine. There was no significant association between ethnicity and willingness when examining those who were unsure about receiving a COVID-19 vaccine vs. those who disagreed or strongly disagreed that they would be willing to receive a COVID-19 vaccine.

#### **Fu 2020**

The objective of the present study is to reveal the acceptance and preference for the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) vaccination in health-care workers (HCWs). We performed an internet-based, region-stratified survey among 352 HCWs and 189 individuals in the general population enrolled on March 17<sup>th</sup> and 18<sup>th</sup>, 2020 from 26 Chinese provinces. The HCWs developed a more in-depth understanding of SARS-Coronavirus-2 infection and showed a higher tolerance to the future vaccination than the general population. 76.4% of HCWs (vs. 72.5% in the general) showed their willingness to receive vaccination. For all subjects, 80% agreed that it should be free of charge and nearly half could afford a cost of 100-299 RMB (14-42 dollars) for total doses. Three quarters of the HCWs would receive vaccination against COVID-19; however, nearly one fifth needed more information before they could finally make their decisions. Compared to the general population, HCWs showed more tolerance on the adverse effects and the effectiveness of vaccine. HCWs are vital to the public's decisions to receive the vaccination, which can eventually increase vaccine coverage.

Different from HCWs, the general population in the study showed more attention to the COVID-19 vaccine safety. It is natural that the public usually completely or partially refuses the vaccination when an emerging vaccine is in use. Due to a lack of knowledge of vaccine, they have to make trade-offs between the adverse outcomes of vaccination and the disease burden, indicating education should be strengthened at this stage.

Social contacts, including the behaviors and attitude of relatives, friends and neighbors, play an importance role in decision for both HCWs and the general population. Uncertainty in the vaccination choice or being socially acceptable may contribute to the cautious or wait and-see attitude. When vaccine safety or effectiveness is uncertain, external cues such as others' vaccination uptake will greatly help to strength or weaken the vaccination intent.

#### **Lima 2020**

Our first research question broadly addressed the overall willingness to accept a vaccine to combat the current pandemic. Participants of this study were marginally predisposed to accept a new vaccine against the novel coronavirus. Figure 2a shows a lower overall willingness to vaccinate children regardless of the respondent's level of concern regarding COVID-19 or their predisposition to seek health care. The participants revealed a lower acceptance of the vaccine for children when compared to their willingness to vaccinate themselves and their elders. The participants, however, indicated no difference in their inclination to get personally vaccinated against COVID-19 and the predisposition to take their elders to get the vaccine. We did not find any differences between willingness of US and UK participants. The participants' level of concern regarding the novel coronavirus is positively correlated with the overall willingness to accept a newly developed COVID-19 vaccine to all recipients. Those more concerned about the disease were more predisposed to get vaccinated in relation to those less concerned about it or in the middle of the road. Moreover, those in the middle of the road were more willing to accept the vaccine than less concerned respondents. Finally, we also analyzed whether there exists any difference in vaccination acceptance depending

on the respondents' previous experiences with vaccines and their contact with COVID-19. The participants who have received all their countries' required vaccines reported a higher acceptance in comparison to those who have only received some ( $\beta=0.196$ ,  $P < .001$ ) or none of them. Moreover, having an acquaintance or themselves previously infected with COVID-19 also increased willingness to get vaccinated. Lastly, those who were residing in cities where COVID-19 had at least infected one resident also reported lower hesitancy towards the vaccine. Our findings indicate an overall lower willingness to get vaccinated if the vaccine's compound was independently found by an AI rather than solely by human researchers. A more positive framing of the consequences of the COVID-19 vaccine increased overall willingness to get vaccinated in comparison to the control group. Finally, the participants' initial willingness was strongly correlated to how much people modified their inclination to get vaccinated upon an intervention ( $F=110.949$ ,  $P < .001$ ). Participants in the lower tercile of vaccine acceptance reported a higher willingness-change when compared to those in both the center and upper terciles of willingness to get vaccinated against COVID-19. Those who reported an average willingness, were more affected by the stimulus than respondent's in the upper tercile. Therefore, those initially less willing to accept a vaccine are overall more likely to increase their inclination to get vaccinated.

Explicitly introducing the effectiveness of a new vaccine has shown to positively influence willingness to get vaccinated in comparison to only reporting the availability of the vaccine to the population (i.e., the control group in our study). Our results suggest, therefore, that governments might choose to promote vaccination through an advertisement of the efficacy of a coronavirus vaccine once it has been approved. We also examined whether a more negative stance while reporting the outcomes of the vaccine could negatively influence people's willingness to get vaccinated. Our results indicate a marginal positive overall willingness-change in comparison to the control group. We hypothesize that this is caused by the form of how the stimulus was designed. First, the consequences were not extremely serious or harmful; we explicitly addressed the side effects saying that they did not lead to any complications and disappeared after a few hours. Second, we also reported at the end of the articles that this vaccine was the most effective and safest way to combat the pandemic, so our intervention would not promote anti-vaccination feelings. Moreover, the participants assigned to the *human-AI collaboration* scenario reported an even higher positive change in vaccine acceptance in such treatment group. Our results suggest that those who are initially less willing to vaccinate report a greater positive change in their acceptance of the vaccine. Therefore, public promotion campaigns, especially if focused on advertising vaccines' effectiveness against the novel coronavirus, could influence those less willing to get vaccinated, an important step towards stopping the pandemic. Finally, a human-AI collaborative vaccine has shown to be malleable in terms of public willingness. We thus posit that people are open to human-AI collaborations in this field, particularly if such vaccines are proved to be safe (i.e., approved). Alongside our results indicating that participants' initial acceptance of the vaccine did not differ between vaccines solely developed by humans and those collaboratively created, our findings indicate that including AI into the development of vaccines could be extremely beneficial to the process without much public hesitancy or backlash.

### **Barello 2020**

#### **Study, not yet reviewed.**

Italian students: Exploring their attitudes towards a future vaccine to prevent COVID-19 and; (2) evaluating the impact of the university curricula (healthcare vs. non-healthcare curricula) on the

intention to vaccinate. 735 students from distinct academic curricula took part in the study. Our sample was not designed to be representative of the Italian university students, but to provide an initial and insightful description of the investigated phenomena. Descriptive analysis on the 735 students that answered to the question on the intention to vaccinate showed that 633 (86.1%) students reported that they would choose to have a vaccination for the COVID-19 coronavirus; on the other side, 102 (13.9%) students reported that they would not or be not sure to vaccinate (low intention to vaccinate). This means that in our sample more than one student out of 10 shows low intention to vaccinate (vaccine hesitancy). All the comparison analysis showed that responders who chose not to disclose their intention to vaccinate did not significantly differ from the others on demographic and social characteristics. Furthermore, when running analysis comparing healthcare students versus non-healthcare students we found no significant differences in responses' percentage. We expected that the intention to vaccinate would have been higher in students attending healthcare curricula due to higher literacy on health-related issues. This finding suggests that vaccination attitude is not only influenced by the students' level of health knowledge, but probably by other motivational and psychological factors, including the sense of individual responsibility for population health and the common sense about the value of civic life and social solidarity, as demonstrated by other studies on the COVID-19 pandemic.

Blanchard 2020

#### Preprint

The purpose of the present study was to assess attitudes towards COVID-19 vaccination, and to also examine how the COVID-19 crisis affects support for vaccination in general. The effect of socio-economic characteristics and public health parameters on these attitudes was investigated. Data were drawn from two surveys and a variety of publicly available sources. First, a nationally representative sample of 1,653 UK residents was surveyed in October 2019 (pre-COVID-19) about their vaccination attitudes. The same 1,653 UK residents were contacted again for a second survey in April 2020, at the peak of the COVID-19 pandemic. 1,194 (72%) of the initial participants responded to the second survey. In addition, the April 2020 follow-up survey asked a set of additional questions about the perceived risk of COVID-19 for respondents or their immediate family, attitudes towards COVID-19 vaccination. Dus ze waren al een keer bevraagd over vaccinaties in het algemeen. Nu specifiek COVID-19. Is er wat veranderd?

85% of respondents in the nationally representative sample of 1,194 UK residents are either definitely or probably willing to become vaccinated against COVID-19. Only 8% said that they would either probably or definitely not take the vaccine. Next, the responses were analysed according to three groups of vaccination attitudes; the vaccination sceptics, the vaccination hesitant, and the pro-vaccination respondents. Respondents were assigned to one of these three categories based on their answers to a set of 8 questions on vaccines. Attitudes towards vaccination in general correlate with willingness to receive a potential COVID-19 vaccine. In the Pro Vac group, 95% state that they would like to be vaccinated against COVID-19. Even among the most skeptical – who believe that vaccines cause autism and have few demonstrable benefits – 24% would “definitely” like to be vaccinated against COVID-19 and another 31% would probably do so. Only 29% think they would probably or definitely not do so. A similar pattern emerged for the question about making COVID-19 vaccinations mandatory, with 36% of the most skeptical respondents favoring a legal obligation to be vaccinated.

Second, the COVID-19 shock was sufficiently severe to create substantial support

for vaccination across all socio-economic groups in the UK, and even among vaccination sceptics. Having a close family member at risk sharply increased support for vaccination (Figure 2). Even respondents who believed that vaccines can cause autism, have other severe side-effects, generate few benefits, and are mainly prescribed because of financial interests of the pharmaceutical industry, were overwhelmingly willing to become vaccinated against COVID-19 in April 2020 (Figure 1). This implies that vaccine hesitancy is unlikely to impede herd immunity against COVID-19 through vaccination.

It was further examined how ICU availability and perceived individual and family risk affect the willingness to be vaccinated against COVID-19. First, it was found that in areas where the NHS maintained sizeable spare capacity in ICU units, vaccination support was markedly higher. The greater the number of ICU units in an area, the more people indicated that they would be willing to be vaccinated. The effect is independent of pre-existing attitudes towards vaccination – both sceptics and vaccination-supporters show higher rates of support for COVID-19 -vaccination where England's National Health Service had enough free ICU capacities.

Further, survey respondents who thought that COVID-19 posed a clear risk to themselves or family members were much more likely to be willing to be vaccinated.

As individuals were asked the same questions about support for punishing vaccination evaders twice – in October 2019 and April 2020 – it was possible to directly examine this issue. Of the three measures – keeping non-vaccinated children out of school, cutting parents' benefits, and fining the parents if a child is not vaccinated – only one measure (fining) saw a major increase in support during the COVID-19 crisis. No additional support for withholding attendance or cutting benefits was forthcoming in the sample. At the same time, 1 out of 10 respondents who stated that parents who refuse to vaccinate should not be fined changed their mind by April 2020, a mere 7 months later. The rise in support for fines was mainly driven by those with pro-vaccination attitudes – and to a lesser extent, the vaccination hesitants. Respondents with antivaccine beliefs did not change their support for penalties, despite the severity of the COVID-19 crisis and their frequent willingness to become vaccinated against COVID-19.

#### **Frank en Adim 2020 government paper**

Canada → Willingness → role of trust. The degree to which individuals have trust in policy makers and public health authorities has been associated with their willingness to engage in public health measures such as vaccinations (Dubé et al. 2013; Greenberg, Dubé and Driedger 2017). This study examines how crowdsourcing participants' willingness to receive a COVID-19 vaccination when one becomes available differs by their level of trust in other people, government and public health. Results for this study were drawn from Statistics Canada's crowdsourcing data collection series *The Impacts of COVID-19 on Canadians: Trust in Others*. From May 26 and June 8, 2020, over 36,000 participants voluntarily completed this online questionnaire which focused on the level of trust Canadians have in government, in businesses, and in others, and their views regarding the reopening of workplaces and public spaces. Readers should note that crowdsourcing data are not collected under a sample design using probability-based sampling. As a result, the findings cannot be applied to the overall Canadian population.

Over two-thirds of crowdsourcing participants (68.2%) reported that they were very likely to voluntarily get vaccinated (Chart 1). Just over 1 in 10 participants indicated that they were somewhat unlikely (4.1%) or very unlikely (7.9%) to get a COVID-19 vaccine. Trust in others played a role in crowdsourcing participants' willingness to voluntarily get a COVID-19 vaccine (Chart 2). About 7 in 10 participants who indicated that most people can be trusted were very likely to get a COVID-19 vaccine when one becomes available, compared to 6 in 10 participants who indicated that most people cannot be trusted (70.7% and 60.6%, respectively).

Crowdsourcing participants' willingness to get a COVID-19 vaccine differed markedly between participants with high and low levels of trust in government and public health authorities, particularly at the federal level. Over three-quarters of crowdsourcing participants who had a high level of trust in federal government indicated that they were very likely to get a COVID-19 vaccine when one becomes available (77.3%), compared to more than half of participants who had a low level of trust in federal government (53.8%). Similarly, while 76.4% of participants who had a high level of trust in federal public health authorities were very likely to get a COVID-19 vaccine, fewer than half of participants (44.4%) with a low level of trust in federal public health authorities indicated that they were very likely to get vaccinated.

#### Detoc

France → willingness to participate in a trial and to get vaccinated against COVID-19.

We conducted an anonymous online survey (Lime Survey) from the 26th of March to the 12th of March 2020 among adult general population and adult patients. 3,259 participants. Women accounted for 67.4 % of the responders. 24.1% responders reported a chronic medical conditions, 68 (2.1%) diabetes mellitus, (8.0%) history of hypertension, 2.8 a history of cardiac disease, 139 (4.3%) a history of chronic lung disease, and 63 (1.9%) were receiving an immunosuppressive medication.

According to their statements, 2,512 participants (77.6%, 95 % CI 76.2-79.0 %) will certainly or probably be willing to get vaccinated against COVID-19. Among the 1,063 men, 883 (83.1% 95% CI 80.8-85.3%) are COVID-19 vaccine acceptors, 1,629 women among the 2,196 responders (74.2 % 95 % CI 72.3-76.0%) are COVID-19 vaccine acceptors ( $p < 0.005$ ). The proportion of vaccine hesitant responders who would probably be willing to get vaccinated against COVID-19 vaccine was 61.9 % (95 % CI 59.1-64.7 %) during the current pandemics. The proportion of healthcare workers willing to get vaccinated was 81.5 %, and this proportion was 73.7 % in non-healthcare workers ( $p < 0.005$ ). older age, male gender, fear about COVID-19, be healthcare workers and individual perceived risk remained associated with COVID-19 vaccine acceptance. One thousand and five hundred and fifty two responders (47.6 % 95 % CI 45.9-49.3 %) will certainly or probably be willing to participate in a COVID-19 vaccine clinical trial. Among the 1,063 men, 634 (59.6 % 95 % CI 56.7-62.5 %) will probably accept to participate in a COVID-19 vaccine clinical trial, this proportion is significantly greater than women (41.8 % 95 % CI 39.7-43.9 %,  $p < 0.005$ ). The percentage of potential participants in a COVID-19 vaccine clinical trial was 56.8 % (53.4-60.2 %) in the 50-64 years age group, and 58.7 % ( 95 % CI 52.8-64.6 %) in the 65-80 years age group. Healthcare workers are more prone to participate in a vaccine clinical trial than non-healthcare workers (50.5 % vs 45.4 %,  $p < 0.005$ ). Fears about COVID-19 were not associated with willingness to participate in a clinical trial. However, individuals who considered themselves at-risk for COVID-19 infection were more prone to accept to participate in a clinical trial for a vaccine. Furthermore, a great number of healthcare workers (43.6 % of the responders) answered the survey and we observed that healthcare workers were more prone to get vaccinated or to participate in a vaccine clinical trial independently of the perceived risk to get contaminated. However, vaccine hesitancy also affects healthcare workers [15–17]. In our study sample, vaccine hesitancy affects 29.3 % of the healthcare workers and 39.9 % of the non-healthcare workers.

**Sherman 2020**

UK → preprint. To investigate factors associated with intention to be vaccinated against COVID-19. Online cross-sectional survey of 1,500 UK adults, recruited from an existing online research panel. As intended, participants were broadly representative of the UK population (mean age 46.0 years, SD=15.8, range 18 to 87; 51% female; 85% white ethnicity. Data were collected between 14<sup>th</sup> and 17<sup>th</sup> July 2020. 64% of participants reported being likely to be vaccinated against COVID-19; 27% were unsure and 9% reported being unlikely to be vaccinated. Intention to be vaccinated was associated with more positive general COVID-19 vaccination beliefs and attitudes, weaker beliefs that the vaccination would cause side effects or be unsafe, greater perceived information sufficiency to make an informed decision about COVID-19 vaccination, greater perceived risk of COVID-19 to others but not oneself, older age, and having been vaccinated for influenza last winter (2019/20). Despite uncertainty around the details of a COVID-19 vaccination, most participants reported intending to be vaccinated for COVID-19. Importantly, we found that the factor that explained the greatest proportion of the variance in vaccination intention was COVID-19 vaccination beliefs and attitudes (20%) This factor encompassed items measuring positive influence of recommendations from authorities to be vaccinated, greater perceived social norms about vaccination, greater perceived effectiveness, greater perceived likelihood of catching COVID-19 without a vaccine, greater anticipated regret of not being vaccinated, beliefs that COVID-19 vaccination should be mandatory and greater perceived ease of vaccination. In contrast to previous research,<sup>(9)</sup> we found no evidence of an association between greater perceived risk of COVID-19 to oneself and vaccination intention. However, greater perceived risk to others was associated with vaccination intention in our study. This suggests that vaccination campaigns and messaging highlighting the need for vaccination for altruistic reasons (i.e. to protect others) might be particularly effective.

We also found that concerns about adverse effects and vaccine novelty were associated with vaccination intention. However, vaccination intention was lower in those who thought that only those who are at risk of serious illness need to be vaccinated. This may be because most of the sample did not think that they were at increased clinical risk of COVID-19. Our findings that thinking that one has had COVID-19 was not associated with vaccination intention is reassuring.

**Williams 2020**

Preprint, UK. Data collection took place for ten days from 1<sup>st</sup> April 2020, spanning the second and third weeks of lockdown in the UK. At that time, the COVID-19 vaccination was in early development, with the first human trial of the vaccine commencing on 23<sup>rd</sup> April 2020 in the UK. The sample for the present study had previously been recruited for two ongoing projects examining vaccination behaviour more broadly. The present sample comprised 527 participants (57% female) with a mean age of 59.5 years old.

The sample is well balanced in terms of gender profile (56.7% female) and deprivation category. We found that 58% of the sample (n=307) would definitely want to receive a vaccine for COVID-19 once it becomes available, and 27% (n=143) probably would want to receive it (see Table 1). However, 7% were unsure (n=38), 2% (n=9) would probably not want to receive it, and 6% (n=29) would definitely not COVID-19 vaccination uptake 11 want to receive it. willingness to receive a COVID-19 vaccination

was positively associated with the belief that the COVID-19 outbreak is going to continue for a long time, and negatively associated with the belief that the media has over-exaggerated the risks of catching COVID-19. There were no significant correlations between intention to vaccinate and the other questions tapping perceptions of COVID-19, or with age. Higher levels of worry about COVID-19 were positively associated with perceived likelihood of infection, severity, and timeline, and negatively associated with media over-exaggeration and age. 'Personal health' (n=176 responses), 'severity of COVID-19 disease' (n=85), and 'health consequences to others' (n=36), and were viewed as factors which facilitated vaccination, while 'concerns about vaccine safety' (n=158) was considered a barrier to vaccine uptake.

**Personal health (facilitator):** Participants primarily described feeling particularly susceptible to contracting the virus. Risk factors included older age ("age and underlying medical condition makes me vulnerable" [female, aged 70]), having a chronic lung condition or other co-morbidities ("I have asthma so any chest infections put me at risk" [female, aged 57]), and working in a high-risk profession. Feeling vulnerable due to these risk factors, participants emphasised that vaccination against COVID-19 would provide a sense of COVID-19 vaccination uptake 13 protection ("I have a number of co-morbidities so feel it is important to take the protection which is offered" [female, aged 68]), and could help maintain their long-term health by gaining antibodies and immunity to the disease.

**Severity of COVID-19 disease (facilitator):** Concerns of contracting COVID-19 disease and the highly contagious nature of the virus were highlighted by respondents as factors to vaccinate. The severity of contracting COVID-19, and the fear of possibly dying from the disease, were motivators for participants to vaccinate. **Health consequences to others (facilitator)** Achieving herd immunity and protecting the health of others were considered benefits to vaccinating by participants. **Concerns of vaccine safety (barrier)** As the COVID-19 vaccination is still under development at the time of this study, barriers to vaccine uptake from participants primarily centred on the newness of the vaccine and its safety and effectiveness ("a bit sceptical as it would be a new vaccine" [female, aged 41]). Participants felt that the development of COVID-19 vaccines may be rushed, and that vaccination safety measures could be overlooked in the development process. Promisingly, our data also suggest that COVID-19 may have a substantial and positive impact on vaccination behaviour in general, with 38% saying it will make them more likely to get the annual flu vaccination, and 51% saying they will now be more likely to receive the one-off pneumococcal vaccination.

**Advies:** Using the BCW (Michie et al., 2014), we identified several intervention functions. In the current context, the functions of education and persuasion are likely to be the most useful. Education can

improve knowledge of susceptibility and severity of COVID-19 and the effectiveness of vaccination, while persuasion can be used to change beliefs and encourage action towards vaccination. In terms of content of these mass media interventions, we identified a number of potential BCTs that reflected the beliefs about consequences domain of the TDF (see Table 3 for detail). As the vaccination is likely to be needed at a population-level, the mode of delivery for an intervention could be a combination of mass media (e.g. TV and radio, print media), the social media, and working closely with broadcasters and journalists to manage consistent messaging and challenge misinformation (Davis et al., 2020). A coherent media presence would enable the communication of strong descriptive and injunctive social norms concerning COVID-19 vaccination.

#### **Hesitancy:**

*Vaccine hesitancy has been defined by the WHO Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on vaccine hesitancy as the “delay in acceptance or refusal of vaccination despite the availability of vaccination services” (MacDonald & SAGE, 2015, p.4161). Thus, vaccine hesitancy is not confined only to those who outright reject vaccines, but those who believe that they are unsafe and therefore delay scheduled immunization programmes or those who accept some vaccinations but not others (Yaqub, Castle-Clarke, Sevdalis & Chataway, 2014). (In Butter 2020)*

#### **Thunstroem 2020**

We design a survey experiment in which a nationally representative sample of 3,133 adults in the U.S. state their intentions to vaccinate themselves and their children for COVID-19.

Participants in our survey experiment were assembled by the survey company Qualtrics, who was instructed to recruit a sample of 3,000 survey respondents who are representative of the U.S. general population in gender, age, income, education, race, and residential region.

In a survey experiment ( $N=3,133$ ) that accounts for uncertainty in probabilities of infection and conditional mortality rates, we find that around 20% of Americans would decline a COVID-19 vaccine for themselves and for their children when having children.

Our exploration of the determinants of vaccine avoidance suggests that the probability of infection matters—the higher the probability of the average American to catch the virus, the more likely people are to choose to vaccinate. The share of people who vaccinate is 69% if the probability of catching COVID-19 is communicated as high and 81% if the probability is communicated as low.

shows that women are 6% less likely to vaccinate than men, and low-income earners are close to 4% less likely to vaccinate than medium income earners. We find that people who are taking more of preventive measures are more likely to vaccinate for COVID-19. We find that trust in government agencies matters to the decision to vaccinate for COVID-19.

people who are confident that vaccines in general are safe are 17% more likely to take the COVID-19 vaccine.

People who agree that they do not need to get vaccinated if everyone else is vaccinated are 8% less likely to get a COVID-19 vaccine. Table 2 shows that participants who believe their risk of infection is lower than that of the average American are 6% less likely to get vaccinated

the most important reason to decline the COVID-19 vaccine is its novelty and worry about negative side-effects (80%). Of those declining the vaccine, 72% state that general avoidance of vaccines is an important reason for also avoiding the COVID-19. Other important reasons for declining the vaccine are doubts that the vaccine will in fact provide protection from catching the virus and the belief that COVID-19 is not severe enough to warrant vaccination.

### **Trogen 2020**

#### **Opinion**

Already before coronavirus disease 2019 (COVID-19), vaccine hesitancy and refusal were increasing. In 2019, The World Health Organization even listed vaccine refusal as one of the top 10 global health threats. COVID-19 has created intense concern and uncertainty in the US and throughout the world. There are immense public and political pressures to develop a new vaccine, a process that typically takes years, not months. But as history warns, these pressures must not supplant rigorous scientific practice. Proceeding stepwise through the phases of clinical trials is the ethical standard for investigations involving human research participants. Adherence to the scientific method is the only way to safeguard against a SARS-CoV-2 vaccine that is ineffective, or worse, carries unacceptable adverse effects. In dat geval zal de mistrust t.o.v. vaccines alleen maar groter worden met als gevolg nog meer verspreiding van virussen die door vaccinaties gemakkelijk te stoppen zou zijn. To proactively address safety concerns, het van belang de veiligheid en zorgvuldige stappen these and other safeguards should be clearly communicated to the public during the vaccine development process.

### **McAteer**

Pediatric → in deze hoedanigheid veel te maken met ouders/families die tegen vaccineren zijn. Common drivers for vaccine hesitancy die hij tegenkomt in zijn praktijk zijn: Hesitant families frequently express concern about vaccine safety, but even this issue has multiple layers, including fears regarding potential links to autism (now thoroughly refuted, learning difficulties, and chronic illnesses, as well as a perceived lack of safety testing prior to approval for use. Ook hier wordt gesuggereerd dat communicatie belangrijk is. develop the most effective and efficient communication strategies. Maar daarvoor moet eerst een duidelijk beeld geschapt worden waarom mensen hesitant zijn.

### **Dror 2020**

To evaluate the current vaccination compliance rate among the Israeli populations, we distributed a multicenter anonymous questionnaire to medical staff and civilians across the country, asking if they would agree to receive a SARS-CoV-2 vaccine once available. March 2020 We analyzed the 1941 responses based on occupation, exposure to either suspected or confirmed SARS-CoV-2 patients, and history of vaccinations

to influenza strains prior to the COVID-19 epidemic. The responses of the 829 healthcare staff were compared with 1112 responders of the general population. All questionnaires were filled out during the mandatory quarantine period in Israel.

Surprisingly, we witnessed a high rate of vaccine skepticism among medical staff who normally advocate for community vaccination. Moreover, most of the

responders who are noncompliant with recommended vaccinations expressed concerns regarding the safety of a rapidly-developed vaccine. Our data also show that individuals who consider themselves to be at a higher risk of the disease have a higher compliance to vaccination.

Surprisingly, our findings suggest that employment within the healthcare sector does not significantly influence the respondents' acceptance or rejection of a potential COVID-19 vaccine.

the rate of acceptance for a COVID-19 vaccine among physicians and nurses overall is lower compared to their acceptance rates of seasonal influenza vaccination.

Further analysis of the subdivisions with healthcare workers (Fig 2) reveals that vaccine acceptance among doctors (78%) is significantly higher than nurses (61%;  $p < 0.01$ ), but is indiscriminate to the rate observed by the entire population (75%). According to our survey, the most significant positive predictor for people to accept a potential COVID-19 vaccine is their current influenza vaccination status. People willing to receive influenza vaccinations in ordinary years have a strong tendency to accept a future COVID-19 vaccine. Another positive predicting factor to accept the future vaccine is the self-perception of individuals who categorize themselves under high-risk for severe COVID19 infection. Interestingly, the prominent trend amongst respondents with children shows that having a child is a negative predictor for accepting future vaccination.

#### **Ward 2020**

In this paper, we present the results of four online surveys conducted in April 2020 in representative samples of the French population 18 years of age and over ( $N=5,018$ ). We found that if a vaccine against the new coronavirus became available, almost a quarter of respondents would not use it. We also found that attitudes to this vaccine were correlated significantly with political partisanship and engagement with the political system. Among the 5,018 individuals surveyed, almost a quarter declared that they would refuse "certainly" (7.9%) or "probably" (16.1%) the coronavirus vaccine if it were available. No difference was found according to gender, age, and COVID-19-related worry. However, other differences were observed as people with an educational level under the High School degree, those with a low or intermediate level of household income per consumption unit (HICU), and those feeling close to a Far-Right party, were more numerous to be certain they would refuse the vaccine. Three main, but not exclusive reasons, were given to refuse the coronavirus vaccine: being against vaccination in general (reason chosen by 27.6% of refusers), thinking that a vaccine produced in a rush is too dangerous (64.4%), and finally considering the vaccine useless because of the harmless nature of COVID-19 (9.6%). around eight percent of refusers declared another reason to reject this vaccine. We showed that almost a quarter of French adults would not get vaccinated against COVID-19 and that the main reason for this reticence was the idea that this vaccine would not be safe. This result is coherent with previous studies showing that, in France, reticence towards vaccines tends to be vaccine-specific rather than targeted at vaccination in general (Ward et al., 2019).

#### **Padhi 2020**

Survey in Saudi Arabia, 992 participants. Average age, majority female (65.8%). Of the 992 respondents, 642 (64.7%) intended to uptake the hypothetical vaccine, only 70 (7%) reported hesitancy towards the COVID-19 vaccine, and 280 (28.2%) were reported "not sure" about their intention. Further, being aged (45 years and above) (aOR: 2.15; 95% CI: 1.08-3.21), and being married (aOR:

1.79; 95% CI: 1.28-2.50) are likely to accept the COVID-19 vaccine than their counterparts. Study participant's trust in the health system (aOR: 3.05; 95% CI: 1.13-4.92) and perceived risk of acquiring infection (aOR: 2.13; 95% CI: 1.35-3.85) were found to be significant predictors in explaining acceptancy of the COVID-19 vaccine.

#### Malik 2020

Using an online platform, we surveyed the U.S. adult population in May 2020 to understand risk perceptions about the COVID-19 pandemic, acceptance of a COVID-19 vaccine, and trust in sources of information. Of the 672 participants surveyed, 450 (67%) said they would accept a COVID-19 vaccine if it is recommended for them. The vaccine acceptance differed by demographic characteristics with males (72%), older people (55 years and above; 78%), Asian (81%), and college or graduate degree holders (75%) more likely to accept the vaccine if it would be recommended for them. Our study shows that COVID-19 vaccine acceptance can be predicted with relatively high accuracy by readily available demographic characteristics. Since the beginning of the COVID-19 pandemic in the United States, it has been clear that low-income and communities of color are at higher risk for infection and death from COVID-19. Historical oppression and current disparities in care are linked to a mistrust of the healthcare system among some Black Americans and may result in these differences in health outcomes. Related to this, our study found that as years of education increases, so does reported acceptance of the COVID-19 vaccine. Additionally, unemployed participants reported a lower acceptance rate of a COVID-19 vaccine. These findings demonstrate that low income communities, which are disproportionately impacted by COVID-19,<sup>13</sup> may be more susceptible to continued outbreaks, even if a vaccine is available.

#### Butter 2020

With vaccine acceptance largely determining the success of a prospective COVID-19 vaccine, this study aims to investigate the anticipated uptake of a COVID-19 vaccine, should it become available in the future, among key workers and non-key workers in the UK. This research will begin to examine the relative influence of relevant psychological (perceived risk and severity), social, (media exposure), and situational (demographic and medical) factors on intent to engage with a hypothetical COVID-19 vaccine.

The current study is based on a sample of UK adults who took part in the 1-month follow-up survey of the COVID19 Psychological Wellbeing Study. The COVID19 Psychological Wellbeing Study is an ongoing longitudinal online survey of the adult (18+) general population of the UK. Participants completed an online baseline survey between 23<sup>rd</sup> March and 24<sup>th</sup> April 2020. All respondents were prompted to complete a 1-month follow-up survey 30 days after completing their baseline survey, which included information on vaccines and risk perceptions. All 1-month follow-ups were completed between 22<sup>nd</sup> April and 18<sup>th</sup> May 2020. Only individuals who reported not having been previously diagnosed with COVID-19 were included in the study, resulting in a sample of 1605 participants. Of these, 36.4% worked in key worker roles and 63.6% were not key workers. The key worker sample was made up of those working in health and social care (26.9%), education and childcare (24.3%), transport (3.4%), key public services (7.7%), local or national government (9.6%), food and other necessity goods (12.2%), public safety (3.4%) and utilities, communication and financial services (12.3%).

Overall, approximately three-quarters (74.2%) of the sample reported that they would accept a vaccine, while 17.7% were uncertain and 8.1% reported that they would refuse it. Fewer key workers indicated that they would reject a vaccine (5.9% vs. 9.3% of non-key workers).

Predictors of vaccine hesitancy (i.e. refusal or uncertainty), compared to acceptance, were examined separately in both groups. In the key worker sample, only two characteristics were

associated with vaccine hesitancy: being female (compared to male;  $OR = 1.96$ ) and perceiving oneself as having a relatively low risk (0-25%) of being infected with COVID-19 in the next 6 months (compared to very high perceived risk: 75-100%;  $OR = 2.44$ ). In the non-key worker sample, several factors were associated with vaccine hesitancy: being aged 25-34 ( $OR = 2.41$ ), 35-44 ( $OR = 1.96$ ) and 45-54 ( $OR = 2.91$ ) compared to 18-24 year olds, having an average ( $OR = 2.37$ ) or below average income ( $OR = 2.58$ ) compared to an above average income. Additionally, knowing someone who is diagnosed with COVID-19 was associated with reduced risk of vaccine hesitancy ( $OR = 0.61$ ).

### Anti Vaccination movement

#### Megget 2020

Opinion: A study of 1000 people in New York over 24-26 April found. "Only 59% of respondents said they would get a vaccine and only 53% would give it to their children. Since the project began in March, Ratzan's group has asked the question three times, and each time the proportion is low. "It's concerning. I would have thought numbers would go up. I didn't expect to see it so negative." In their first poll on 27-29 March, 62% said they would have a coronavirus vaccine, with 19% saying they would decline it and 19% unsure. The latest poll, conducted at the start of May, found that 31% would have a vaccine immediately with 48% saying they would if their doctor recommended it; 12% would reject a vaccine outright. Ratzan also asked if they would volunteer for a coronavirus vaccine clinical trial. Just 31% expressed an interest. He attributes much of the negativity in his surveys around a coronavirus vaccine to a small but incredibly vocal movement. "The anti-vaccination movement is going to make covid-19 more difficult to get under control," he told *The BMJ*. A study of more than 500 Facebook ads between December 2018 and February 2019 found that 145 featured anti-vaccination sentiment, reaching audiences of between 5000 and 50 000 people. Researchers found that 54% of anti-vaccination ads came from just two organisations: the World Mercury Project and Stop Mandatory Vaccinations. The WHO has also "seen anti-covid-19 vaccine sentiment in social media," says Katherine O'Brien, director of the department of immunization, vaccines, and biologicals at WHO.

### Willingness to pay

#### Garcia

For this, it is important to understand the factors or variables that affect consumer demand and the decision to pay for a vaccine. This is addressed in this article through the estimation of a probabilistic model of the willingness to pay (WTP) for the vaccine. Therefore, the objective of this research is to estimate an individual's WTP for a COVID-19 vaccine and, at the same time, find the main factors that affect this valuation.

The survey was answered by 566 individuals between April 18 and May 5, 2020. Of the total of participants, 62.8% had medium-high income. most of them would be willing to pay for a vaccine (90.6%), they believed that they will get sick (92.4%), and only 4.6% have or have had COVID-19. Of the sample, 53 individuals (9.4%) indicated that they were not willing to pay for a COVID-19 vaccine (Table A3). The self declared reasons why they would not pay are presented in Fig. 1. This shows that the main reasons for not paying are because they believe that the government should finance the cost of the vaccine (38.8%) or they do not have the resources available to do so (25.0%). The latter are individuals who may have a positive evaluation of the vaccine, but their budget constraint does not allow them to pay for it. Of the sample, 55% individuals answered that they would pay the initial

value and that they would also pay a second value, higher than the first; whereas 12% answered “yes” to the first value, but “no” to the second higher value. The results showed an average WTP per individual of US\$184.72. Thus, both the high approval rate for the vaccine (90.1%) and the belief that one will eventually get sick (99.1%) demonstrate a positive intention of individuals towards it, even without knowing the details of its real effects on health. Additionally, we found that perception of government performance in managing the pandemic also influences the WTP. The variables that positively impacted the WTP were the pre-existence of chronic diseases, knowledge of COVID-19, being sick with COVID-19, perception of government performance, employment status, and income. The variables that negatively affected the WTP were belonging to a private health system, non-adaptation to working from home with children (due to quarantine) and having recovered from COVID-19.

#### **Harrison 2020**

As a historian of public health and an infectious disease epidemiologist. But will re-experiencing the force of an epidemic alone be sufficient to solve the problem of vaccine hesitancy? Challenges range from misinformation promulgated on social media, to vaccine refusal among well-educated communities, to lack of trust of public health agencies. Such persistent challenges suggest to us that the current modes of thinking about the problem still fall within too narrow and too clinically-oriented of an idea about health, disease, and how complex the human responses to them truly are. Will COVID-19 fix the problem of vaccine hesitancy? It may fix the problem with respect to a COVID-19 specific vaccination. But a failed vaccine—one in which major post-licensure toxicities occur—might also lead to public backlash with devastating consequences for routine childhood vaccination. And however quickly the public rushes for a vaccine in this particular outbreak, and however successful this one-off vaccine may be, a broader confidence in vaccines after the charted epidemic passes will likely depend on widespread public trust.

#### **Faasse 2020**

The current study examined these factors in 2,174 Australian residents. An online survey was completed between 2-9 March 2020, at an early stage of the COVID-19 outbreak in Australia. Results revealed that two thirds of respondents were at least moderately worried about a widespread COVID-19 outbreak in Australia (which subsequently occurred). Worry about the outbreak and closely following media coverage were consistent predictors of health-protective behaviours as well as vaccination intentions. Finally, respondents were asked how likely they were to get vaccinated against COVID-19 if a safe and effective vaccine was developed. There were no demographic differences in vaccine intentions by gender, ethnicity or level of education. Respondents did differ in their vaccine intentions by age group. Compared to those in the 60 plus age group, being in the 30-49 or 50-59 age group was associated with a lower likelihood of intending to get a vaccination if one becomes available. Having received a seasonal flu vaccine in the past year predicted increased intentions to get a COVID-19 vaccine if it becomes available. With regard to psychological predictors and in line with previous results, both increased exposure to media coverage and heightened worry or concern about the outbreak predicted increased vaccination intentions. In contrast to results relating to health protective behaviours, perceptions of greater scientific and medical understanding of the virus, confidence in government information, and higher knowledge scores, predicted greater vaccination intentions.

#### **Berghea 2020**

#### Preliminary report

This study aims to investigate willingness to pay for a potential vaccine against COVID-19 among adult persons in Romania. Small scale study, 203 respondents. A WTP questionnaire was developed based on the standardized van Westendorp PSM questions; in addition, the questionnaire included consumer demographics characteristics (age, sex, education, residence, number of family members and a composite index of income and purchasing behavior). As presented in Table 2 the acceptable price range of the entire group was around 20–200 EURO. Our data suggest an unexpected modest level of WTP for a 100% effective and 100% safe anti COVID-19 vaccine. Compared to the actual price of vaccination in high risk infectious areas (travel vaccination), comparable values were found: 20–200 EUR accepted for “out of the pocket” costs of a COVID-19 vaccine versus an average of 43.2 (sd:32.1) EUR in travel vaccinations schemes already offered by major networks of health services providers. As expected, the highest income group participants have a more expensive approach (WTP 50–400 vs 20–200 in general population). However the numbers are lower than their correspondent in cancer research – a disease acknowledged with a clear fatal course (WTP around 9000 EUR for a return in precancer health state (16) or about 2500 EUR per year for a cancer treatment (17)). Although not so strikingly different, the numbers are still lower compared to the ones in WTP studies focused on vaccination in HIV infection (220–820 EUR) (18).

#### Vaccines and health literacy

Start with info on health literacy

#### Biasio 2020

Pre-print, not peer reviewed.

Health literacy is van groot belang voor het begrijpen van de preventie en het verloop van besmettelijke ziekten. Dit geldt ook voor het COVID-19 en vaccinaties. The objective of this study was to evaluate the feasibility of assessing the levels of health literacy skills about vaccination in the Italian adult general population, Daarnaast zijn ook perceptions of the interviewees about mogelijke Covid-19 vaccines, their and their beliefs about vaccination in het algemeen onderzocht. Eight-hundred eighty five (885) answers were collected during a full two weeks, starting June 6<sup>th</sup> 2020, mainly through the web link. Ongeveer de helft van de participanten was man en 98% had Italiaans als moedertaal. Regarding their age, 23% were in the 18-30, 37% in the 31-50 and 31% in the 51-65 years age group, while only 9% were over 65. No significant correlation was observed between functional VL score and positive perceptions about future Covid-19 vaccines, while the association was highly significant between all questions and the interactive-critical score. Relevant was the high percentage (>90%) of subjects intending to be vaccinated against Covid-19. Functional health literacy → Basic health literacy skills that are sufficient for individuals to obtain relevant health information and apply that knowledge to a limited range of prescribed activities. Interactive and critical health literacy → More advanced literacy skills that enable individuals to extract information and derive meaning from different forms of communication; to apply new information to changing circumstances; and to interact with greater confidence with information providers such as health care professionals. together with social skills, interactive and critical health literacy can be applied to critically analyse information, and to use this information to exert greater control over life events and situations. (Nutbeam ...)

The study showed a strong correlation between positive opinions about vaccination in general, the educational degree and the VL levels of respondents. This confirms the importance of improving the VL skills (for example through targeted interventions)



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

5.1.2e 5.1.2e  
5.1.2e 5.1.2e

Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

**Onderwerp**

Tussentijdse voortgangsrapportage ZonMw 2020

Geachte mevrouw 5.1.2e

Bijgevoegd treft u de tussentijdse voortgangsrapportage ZonMw 2020 aan. Deze bestaat uit een inhoudelijke- en financiële voortgangsrapportage over de maanden januari t/m mei 2020.

De voortgangsrapportage laat dit jaar veel afwijkingen zien die gerelateerd zijn aan de Covid-19 crisis. Deze afwijkingen zijn zowel op programmaniveau waarbij we enerzijds veel nieuwe activiteiten hebben opgestart zoals het Covid-19 onderzoeksprogramma en een aantal snelle, meer op de praktijkgerichte activiteiten. Maar ook afwijkingen in de lopende programma's zoals uitstel van rondes, vertraging in projecten, etc.

Covid-19 heeft vanzelfsprekend ook effect op de organisatie. In de rapportage beschrijven we onder andere hoe we heel snel het thuiswerken voor onze medewerkers goed hebben gefaciliteerd en met hen in gesprek zijn hoe zij op een prettige en goede manier aan het werk kunnen blijven.

De tussentijdse voortgangsrapportage wordt ook naar NWO verstuurd.

Met vriendelijke groet,  
namens het bestuur,

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

**Bijlage(n)**

Inhoudelijke- en financiële tussentijdse voortgangsrapportage 2020

**Kopie**

Directie PG : 5.1.2e

Directie BPZ : 5.1.2e 5.1.2e

Nederlandse organisatie voor  
gezondheidsonderzoek en  
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334  
2593 CE Den Haag  
Postbus 93245  
2509 AE Den Haag  
Telefoon 070 349 51 11  
Fax 070 349 51 00  
www.zonmw.nl  
info@zonmw.nl

**Dossiernummer**

00-00000-05-2020

**Ons kenmerk**

2020/22185/ZONMW

**Datum**

30 juni 2020

**Contactpersoon**

5.1.2e

Telefoon 070 5.1.2e

5.1.2e @zonmw.nl

# Voortgangsrapportage ZonMw

Januari tot en met mei 2020



# Voortgangsrapportage ZonMw

Januari tot en met mei 2020

Juli 2020



## Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdpdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over deze voortgangsrapportage kunt u contact opnemen met 070 5.1.2e 5.1.2e.

Redactie  
Datum: juli 2020

ZonMw  
Laan van Nieuw Oost-Indië 334  
Postbus 93245  
2509 AE Den Haag  
Tel. 070 349 51 11  
Fax 070 349 53 58  
[www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)  
[info@zonmw.nl](mailto:info@zonmw.nl)

Inhoud	
ZonMw Algemeen	9
Programmaclusters	11
Doelmatigheidsonderzoek	11
Fundamenteel onderzoek	12
Gehandicapten en Chronisch zieken	13
Geneesmiddelen	15
Gezondheidsbescherming	16
Geestelijke gezondheid	18
Jeugd	20
Kwaliteit van Zorg	20
Life Sciences & Health	22
Ouderen	23
Palliatieve zorg	24
Preventie	25
Sport en bewegen	27
Translationeel onderzoek	28
Overige programma's	29
Strategie & Innovatie	31
Kwaliteitsbeleid	31
Implementatie	31
Communicatie	32
Internationaal	32
Bedrijfsvoering	32
Financiën en control	33
Informatisering en automatisering	33
Human Resources	34
Documentaire informatiehuishouding	34
Dwarse onderwerpen	36
Onderwijs	36
Participatie	36
Open Science (Toegang tot data)	37
Positieve gezondheid	38
Cofinanciering	39

## ZonMw Algemeen

De afkondiging van de maatregelen in het kader van de COVID-19 pandemie hebben veel gevolgen gehad voor ZonMw. Zowel voor de interne organisatie als het primair proces van ZonMw. Hieronder wordt een aantal van de belangrijkste gevolgen uitgelicht.

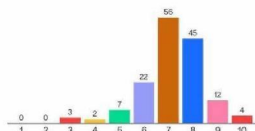
### Beleidsplan ZonMw

In het afgelopen jaar is hard gewerkt aan de totstandkoming van het nieuwe beleidsplan 'Het verschil maken, met kennis werken aan een goede gezondheid voor iedereen'. Dit beleidsplan zou op 31 maart worden gepresenteerd op een symposium, waar tevens afscheid zou worden genomen van de **3.1.2e**. Helaas kon deze bijeenkomst niet doorgaan vanwege de maatregelen die zijn ingesteld vanwege de COVID-19 pandemie. Er wordt nu gewerkt aan de externe lancering van het beleidsplan middels een digitale publicatie. Deze zal in juni verschijnen. Intern is wel een start gemaakt met de implementatie van het beleidsplan. Er is een webinar georganiseerd voor de organisatie en er zijn teams gevormd om per thema een plan van aanpak te maken. Deze zullen de basis vormen voor het jaarplan ZonMw 2021.

### Interne organisatie

Met de afkondiging van de COVID-19 maatregelen in maart is, in navolging van het rijksbeleid, besloten het kantoor van ZonMw te sluiten. Er is met spoed geregeld dat medewerkers goed thuis konden werken. Zo zijn beeldschermen, toetsenborden en bureaustoelen beschikbaar gesteld, ZOOM en WebEx accounts geregeld voor digitaal vergaderen en zijn met een zekere frequentie webinars georganiseerd om de organisatie bij te praten (naast de eerst dagelijkse en nu zo'n tweewekelijkse schriftelijke updates). In deze goedbezochte webinars (gemiddeld zo'n 300 deelnemers) is ook veel aandacht besteed aan het welzijn van onze medewerkers. Middels enquêtes is uitgevraagd hoe het met mensen gaat. Uit de resultaten van de laatste mentimeter blijkt dat het met de meeste collega's gelukkig nog steeds goed gaat:

Hoe is je stemming over het algemeen? (1 is zeer slecht, 10 is heel goed)



Voor de collega's die het nu zwaarder hebben heeft een coach in een webinar aandacht besteed aan het omgaan met de huidige situatie. Zij is ook door medewerkers zelf, laagdrempelig, te benaderen voor concrete vragen.

Om de impact van corona op de werkzaamheden in beeld te brengen zijn in het tijdschriftsysteem 2 codes aangemaakt. Een code voor ineffectiviteit als gevolg van corona (omdat het bijvoorbeeld door de zorg voor kinderen niet mogelijk is om je volledige contracturen te werken) en een code voor werkzaamheden in kader van corona (ook voor het opzetten van de diverse onderzoeksprogramma's die in het kader van COVID-19 zijn gestart).

### Nieuwe programma's in het kader van COVID-19

Met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus begin dit jaar en het snel toenemende aantal personen met COVID-19, kwam er zowel vanuit beleid als het onderzoeksveld een dringend verzoek om snel onderzoek uit te zetten en creatieve oplossingen te financieren die bijdragen aan het verminderen van de ziekenlast en verlichting van de zorg bij COVID-19. Tussen maart en mei zijn de volgende activiteiten gerealiseerd:

- Half maart zijn onder het programma infectieziektebestrijding door een expertpanel [8 urgente onderzoekstrajecten](#) geïdentificeerd en in samenspraak met RIVM, VWS en NWO begin april gefinancierd (wave1). Ook is er een oproep open gegaan voor creatieve oplossingen om de

tekorten aan materiaal en andere praktische problemen in en buiten ziekenhuizen op te lossen. Er zijn in totaal 147 aanvragen in 5 beoordelingsvergaderingen beoordeeld. [72 creatieve oplossingen](#) hebben een financiële impuls toegekend gekregen.

- Vanaf medio maart is in opdracht van VWS een nationaal loket opengesteld waar bijdragen -van mondkapjes tot beademingsapparatuur en geneesmiddelen- van bedrijven aan de Corona-crisis getoetst zijn op relevantie en doorgeleid zijn naar de juiste plek binnen de overheid.
- De regeling [SET-COVID-19](#) (Stimuleringsregeling E-health Thuis) is in samenwerking met RVO in maart opengesteld en heeft bijna 500 projecten opgeleverd.

Na de eerste golf heeft ZonMw, in samenwerking met NWO, het verzoek gekregen om een COVID-19 programma op te stellen en voor de zomer uit te zetten voor COVID-19 gerelateerd onderzoek.

- Begin april is dit [programma](#) goedgekeurd met als doelstellingen:
  - bijdragen aan het bestrijden van de coronapandemie en aan het voorkomen of verminderen van negatieve effecten van de maatregelen
  - nieuwe kennis genereren over bestrijding van epidemieën en pandemieën
  - kennis genereren over de (mondiale) maatschappelijke dynamiek tijdens en na afloop van deze en vergelijkbare, ingrijpende gezondheids crises en de maatregelen daartegen
 In het programma zijn drie aandachtsgebieden geïdentificeerd:
  - voorspellende diagnostiek en behandeling
  - zorg en preventie
  - maatschappelijke dynamiek
- In elk aandachtsgebied zijn in april door expertpanels [urgente onderzoeksvragen](#) geïdentificeerd die in een subsidieaanvraag zijn uitgewerkt en gehonoreerd.
- Vanaf half april zijn de volgende oproep teksten voor verschillende aandachtsgebieden opgesteld:
  - [Voorspellende diagnostiek en behandeling](#), waarvoor 189 projectideeën zijn ingediend, hiervan zijn er 59 uitgewerkt in een subsidieaanvraag
  - [Zorg en preventie](#), waarvoor 306 projectideeën zijn ingediend, hiervan zijn er 75 uitgewerkt in een subsidieaanvraag
  - [Maatschappelijke dynamiek](#), waarvoor 508 projectideeën zijn ingediend, hiervan zijn er 72 een positief advies ontvangen
- Daarnaast is een oproep gestart voor kleinere subsidies van [Wetenschap voor de Praktijk](#). Hier zijn circa 120 uitgewerkte subsidieaanvragen ingediend, waarvan er 54 zijn gehonoreerd.

Momenteel wordt gewerkt aan de beoordeling van de vooraanmeldingen en krijgen indieners een advies voor wel/niet uitwerken van de aanvraag. Voor de zomer zullen de projecten worden gehonoreerd.

#### *Primair proces*

We verwachten een aanzienlijk na-ijl effect van deze crisis voor de inzetbaarheid van onderzoekers in projecten en de beschikbaarheid van voorzieningen voor de uitvoering van onderzoek. Veel onderzoek is stilgezet omdat bijvoorbeeld laboratoria niet beschikbaar zijn of proefpersonen niet kunnen worden geïncludeerd. Daarnaast verwachten we verzoeken tot compensatie uit het veld. Verlengingen voor projecten worden nu budgetneutraal verleend, maar dat zal niet in alle gevallen budgetneutraal mogelijk zijn. ZonMw kan hiertoe binnen de bestaande programmagelden geen toezeggingen doen.

Om de medewerkers te ondersteunen bij de vragen die uit het veld worden gesteld is een aantal mogelijke maatregelen op een rijtje gezet. Om een aantal van deze maatregelen te kunnen uitvoeren is eerst overleg nodig met de opdrachtgever.

## Programmaclusters

### Doelmatigheidsonderzoek

#### Wapenfeiten

##### Doel

Als doel staat het stimuleren van het genereren en verspreiden van maatschappelijk relevante en kwalitatief hoogstaande wetenschappelijke kennis over innovatieve en doelmatige (niet-farmacologische) zorg centraal. Verschillende doelmatigheidsonderzoeken alsook een startend project Goed Gebruik Hulpmiddelenzorg (GGH) zijn belicht in de media, zoals eerder opereren bij [chronische alveolairontstekingen](#), een video over het aanmeten van [orthopedische schoenen](#), vrouwen kunnen een eigen afweging maken om al dan niet [in te leiden na 41 weken zwangerschap](#), minder pijnlijke prikken door [toevoeging van MRI bij opsporing prostaatanker \(NOS\)](#), en een [innovatieve kathetergeleide techniek](#) laat (nog) geen meerwaarde zien in vergelijking met de standaardbehandeling bij trombose.

##### Samenwerking met stakeholders

In samenwerking met stakeholders zijn de volgende punten gerealiseerd die betere kennisbenutting in de zorgpraktijk door beoogde gebruikers stimuleren:

- Samen met de FMS is verder gewerkt aan de koppelingen tussen onderzoek en richtlijnen. Richtlijnen zijn daarmee sneller actueel, zoals gepresenteerd tijdens het FMS-symposium [Modulair Onderhoud: de toekomst van richtlijnen](#). Het [overzicht van koppelingen](#) tussen onderzoek en richtlijnmodule staat sinds februari 2020 online.
- Samen met onderzoekers en HTA-experts is de sinds februari beschikbare gebruikersvriendelijke [leidraad en Budget Impact Analyse \(BIA\) rekentool](#) getest en doorontwikkeld. Samen met onderzoekers en veldpartijen waaronder het Zorginstituut, FMS en NZa wordt de positionering en gebruikswaarde van de BIA rekentool in kaart gebracht.

##### Resultaten

##### Activiteit doelmatigheidsonderzoek

Op 11 februari en 4 maart ontving ZonMw de goedkeuringsbrieven van VWS voor de uitvoering van respectievelijk de nieuwe vervolgprogramma's [Goed Gebruik Hulpmiddelenzorg thuis 2021-2023](#) en [DoelmatigheidsOnderzoek \(DO\) 2022-2026](#). Dit geeft de mogelijkheid om ook de komende jaren onderzoek uit te zetten naar de effectiviteit in verhouding tot de kosten van niet-farmaceutische zorg, zoals medische hulpmiddelen. Het vijfde en laatste [project](#) uit de Belgisch-Nederlandse [BeNeFIT ronde](#) is in maart gefinancierd. De samenwerking met KCE wordt voortgezet. Het streven is om in het najaar een nieuwe, gezamenlijke ronde uit te zetten om de doelmatigheid van zorg te onderzoeken. De subsidieregeling [veelbelovende zorg](#) (uitvoering door het Zorginstituut samen met ZonMw) loopt volgens planning. Bovendien is er een goed bezochte [informatiebijeenkomst](#) geweest.

##### Activiteit zorgevaluatie en gepast gebruik

Voor het evaluatieonderzoek zorgevaluatie en gepast gebruik (ZE&GG) is een commissie ingesteld die 101 projectideeën en 23 aanvragen heeft beoordeeld, waarvoor een relevantieadvies is opgesteld door de werkorganisatie ZE&GG. ZE&GG en ZonMw werken samen om dit jaar financiering uit te zetten voor het [versnellen van inclusie](#) bij lopend onderzoek en om onderzoek uit te zetten op de [top 10 kennishiaten](#). Verder heeft ZonMw met het aanleveren van afgeronde projecten een actieve bijdrage geleverd aan de door ZE&GG gelanceerde [implementatieagenda](#).

##### Activiteit kwaliteit en transparantie van onderzoek

Voor de nieuwe programma's DO en GGH worden nieuwe subsidie-instrumenten ingezet om de kwaliteit van het onderzoek en samenwerking tussen relevante partijen te verbeteren en de studies te versnellen. De stimuleringsubsidies voor samenwerking en methodologische ondersteuning en voorbereidende studies voor systematische reviews, pilot- en uitvoerbaarheidsstudies worden dit jaar vormgegeven en uitgezet.

#### Afwijkingen en knelpunten

Door de omstandigheden rond de uitbraak van het coronavirus zijn de volgende afwijkingen ontstaan:

- Veel projecten ondervinden problemen zoals uitstel van de opstart, vertraging door het stilliggen van inclusie, en het niet kunnen uitvoeren van (follow-up) metingen. Naast vertraging worden ook financiële problemen voorzien. Per project wordt op termijn de consequentie in kaart gebracht, inclusief of het nog haalbaar is de hoofdvraag te beantwoorden.
- De beoordelingsprocedure bij de Open ronde 2021 van het programma DoelmatigheidsOnderzoek is verlengd van juni naar het najaar van 2020. Hierdoor is het niet mogelijk om de aansluitende ronde (2022) dit jaar open te stellen. Het budget dat hiervoor begroot was zal aan de opvolgende open rondes (2023 t/m 2025) worden toegevoegd.
- De regeling veelbelovende zorg en de extra ronde evaluatieonderzoek ZE&GG 2019 lopen volgens planning. Door de corona-omstandigheden was meer inzet vanuit het ZonMw-bureau noodzakelijk.
- Het in kaart brengen van de top 10 kennishiaten vanuit het programma ZE&GG is vertraagd doordat HLA-partijen aangaven door de omstandigheden meer tijd nodig te hebben. De consequentie is dat het openstellen van de ronde evaluatieonderzoek ZE&GG 2020 opschuift van het tweede naar het vierde kwartaal.

## Fundamenteel onderzoek

### Wapenfeiten

- *MKMD*: In samenwerking met de BMBF en Projektträger Jülich worden er twee projecten binnen de oproep Innosystox-moving gehonoreerd. Er is vervolgens besloten resterend budget te besteden aan het (mede)financieren van twee projecten uit de oproep Humane meetmodellen 1.0, georganiseerd door de SGF. Daarnaast is er vanuit MKMD budget beschikbaar gesteld voor het COVID-19 programma, specifiek voor onderzoek naar corona met behulp van proefdiervrije innovaties.
- *Bevorderen Verantwoorde Onderzoekspraktijken*: de meeste BVO-projecten zijn afgerond en de evaluatie van het programma is gestart.
- *Oncode Institute* is opgenomen in de Nature Index Top 50 NPO/NGO onderzoeksinstituten voor kankeronderzoek.
- *Communicatie*: bij het starten van de 24 Veni-projecten van de ronde 2019/2020 is een persoonlijk kaartje naar de projectleiders gezonden om hen succes te wensen. Tegelijkertijd is de start van deze projecten gedeeld via social media zoals Twitter en LinkedIn (showcase Fundamenteel Onderzoek).

### Afwijkingen en knelpunten

- *MKMD*: Vanwege de COVID-19 uitbraak hebben verschillende openstaande oproepen (bijvoorbeeld Humane meetmodellen 2.0), maar ook onderzoeksprojecten, vertraging opgelopen. Per 2 maart zijn de drie Create2Solve *proof of concept* projecten gestart, maar ook hier treedt vertraging op, waarvoor na overleg met het ministerie van LNV, net als voor andere project, budgetneutrale verlenging is gegeven. De besluiten over fase 2 van Create2Solve worden daardoor ook met drie maanden uitgesteld tot april 2021. Om het MKMD-programma 2018 - 2021 goed te kunnen afronden, is in overleg met het ministerie van LNV besloten de einddatum van het gehele MKMD-programma drie maanden te verschuiven naar april 2021.
- *Talentprogramma/Rubicon*: Vanwege de COVID-19 uitbraak zijn er [aanpassingen](#) in het Talentprogramma (voorheen Vernieuwingsimpuls) en het Rubicon-programma. Alle rondes hebben aanpassingen in hun tijdsplanning gedaan en bij Rubicon zijn twee rondes later in 2020 samengevoegd tot 1 ronde.
- *ZonMw Open Competitie*: Vanwege de COVID-19 uitbraak is de deadline van de open competitie verplaatst van 16 april naar 16 juni.
- *Klinische Fellows*: Vanwege de COVID-19 uitbraak is de deadline verplaatst van 14 april naar 18 juni.

## Gehandicapten en Chronisch zieken

### Wapenfeiten

In het jaarplan 2020 was één van onze voornemens om onze communicatie op 3 centrale thema's te richten. Daar zijn inmiddels stappen in gemaakt. Er zijn vier thema's benoemd: impact, participatie, inclusieve samenleving, en samenwerking in de kenniscyclus. Deze thema's komen onder andere terug in de nieuwsbrief Gehandicapten en Chronisch zieken. Tijdens de coronacrisis is er tweemaal een [nieuwsbrief](#) uitgebracht waarin verhalen van ervaringsdeskundigen, naasten en zorgprofessionals over de coronacrisis centraal staan.

### Academische werkplaatsen verstandelijke beperkingen (AWVB)

In het jaarplan 2020 namen we onszelf voor om de samenwerking tussen wetenschap, praktijk, beleid en onderwijs te versterken. Daarom is er begin dit jaar extra budget toegekend om implementatie en de samenwerking tussen de academische werkplaatsen verstandelijke beperkingen (AWVB) en het onderwijs te versterken. Daarnaast worden er gesprekken gevoerd tussen de Associatie van Academische Werkplaatsen Verstandelijke Beperkingen, VGN, Vilans, ZonMw en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over het opzetten van een kenniscoalitie. De coalitie moet tot een betere onderlinge afstemming en samenwerking binnen de kenniscyclus leiden.

Verder heeft de Associatie van Academische Werkplaatsen Verstandelijke Beperkingen de afgelopen maanden kennisvragen van zorgorganisaties over corona verzameld en deze zo veel mogelijk beantwoord op basis van wetenschappelijke kennis uit binnen- en buitenland. De eerste antwoorden zijn al gepubliceerd op de [website](#) van de Associatie.

### Expertisefunctie Zintuiglijk Gehandicapten

Begin dit jaar zijn de deelsectoren auditief/communicatief en visueel gestart met de uitvoering van de meerjarige deelsectorplannen, die in 2019 zijn goedgekeurd. Deze plannen dragen bij aan het versterken van de kennisinfrastructuur. Er zijn voor de deelsector visueel inmiddels twee [subsidieoproepen](#) opgesteld. In het najaar volgen de subsidierondes voor de deelsector auditief/communicatief.

### Gewoon Bijzonder

Er is een subsidieronde geweest over niet-aangeboren hersenletsel. Uit die ronde zijn 9 projectideeën geselecteerd die nu verder worden uitgewerkt tot een definitieve subsidieaanvraag. Verder is er een klankbordgroep praktijkprofessionals opgericht, die gaat meedenken over waar de praktijk behoefte aan heeft qua onderzoek. Er was veel animo voor deze groep.

Op communicatief gebied wordt veel aandacht besteed aan Gewoon Bijzonder. Zo [blogt](#)

5.1.2e

5.1.2e

met enige regelmaat op de website van VGN. Ook is er een artikelenreeks in de maak over jongeren met een licht verstandelijke beperking die in aanraking dreigen te komen met justitie, of daar al mee in aanraking zijn gekomen. In die artikelenreeks worden 12 Gewoon Bijzonder-projecten uitgelicht die vanuit Gewoon Bijzonder en het Actieprogramma Personen met Verward Gedrag zijn gefinancierd.

### Kennisnetwerken Specifieke Doelgroepen

In december 2019 is de programmatekst voor het nieuwe programma Kennisnetwerken Specifieke Doelgroepen aangeboden aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Deze programmatekst is begin 2020 goedgekeurd. De eerste jaarplannen van de vijf kennisnetwerken zijn goedgekeurd. Inmiddels is er een onafhankelijk voorzitter benoemd, die onder andere de voor- en najaarsoverleggen van dit programma gaat leiden.

### Kennissynthese chronische vermoeidheid

In opdracht van de Samenwerkende Gezondheidsfondsen (SGF) en ZonMw maakt de Universiteit Maastricht een kennissynthese chronische vermoeidheid. Verwacht wordt dat in september een eerste deel wordt opgeleverd. De planning en werkwijze is aangepast door de coronacrisis.

### Onbeperkt meedoen i.o.

De begroting voor het programma Onbeperkt meedoen i.o. is goedgekeurd. Verder wordt er druk gewerkt aan de programmatekst. Deze wordt op korte termijn gedeeld met VWS. De verwachting is

dat VWS in juni de opdracht voor uitvoering van het programma verleent. Vooruitlopend hierop wordt er gewerkt aan de samenstelling van een programmacommissie. De beoogde leden zijn benaderd.

#### *Onderzoeksagenda ME/CVS*

ZonMw werkt aan een onderzoeksagenda ME/CVS, in samenwerking met de betrokken stakeholders. Eind 2019 is een plan van aanpak vastgesteld, waarin staat hoe er toegewerkt gaat worden naar een onderzoeksagenda ME/CVS. In 2020 is een stuurgroep ingesteld die dit proces gaat begeleiden. De stuurgroep bestaat uit wetenschappers en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. In mei heeft ZonMw een brief naar VWS gestuurd met een laatste stand van zaken.

#### *Voor elkaar!*

Binnen Voor elkaar! zijn er nieuwe projecten gehonoreerd binnen de subsidierondes '2<sup>e</sup> open oproep' en 'netwerkronde'. Momenteel staat de 3<sup>e</sup> open oproep open voor aanvragen.

Verder gaat sinds eind vorig jaar een Razende Reporter langs bij lopende projecten van Voor elkaar! Het doel is om geleerde lessen op te halen en deze te delen met andere projecten en de patiëntenbeweging. De interviews van de Razende Reporter zijn op deze [verzamel pagina](#) terug te vinden.

De reporter stelt bij ieder project vragen over impact en bereik, zodat we zicht krijgen op de factoren die een project succesvol maken. Dit sluit aan bij onze doelstellingen uit het jaarplan 2020. Uit een eerste inventarisatie blijkt dat goedlopende projecten goed aansluiten bij de criteria die het programma stelt. Later dit jaar volgt een uitgebreidere analyse.

Net als veel andere projecten hebben de projectleiders van Voor elkaar! te maken met de gevolgen van de coronacrisis. Sommige projectleiders weten toch creatieve oplossingen te vinden om door te gaan. In een [reeks interviews](#) vertellen zij meer over hoe ze deze crisis doormaken – en hoe ze toch door kunnen.

#### **Afwijkingen en knelpunten**

##### *Academische werkplaatsen Verstandelijke beperkingen*

Vanwege de coronamaatregelen zijn de geplande site-visits uitgesteld. Er zijn nog geen nieuwe data gepland. Verder is een geplande bijeenkomst over onderwijs uitgesteld naar het najaar. Ook de oplevering van de jaarverslagen is uitgesteld van 1 april naar 1 juni.

##### *Expertisefunctie ZG*

De deelsectoren hebben in verband met de coronacrisis aan ZonMw gevraagd om coulant te zijn als het gaat om de afwikkeling van de meerjarige deelsectorplannen. Een aantal plannen loopt vertraging op als gevolg van de crisis.

##### *Gewoon Bijzonder*

Een aantal projecten heeft uitstel aangevraagd vanwege de coronacrisis. Voor sommige projecten is budgetneutrale verlenging geen optie, omdat de salarissen van onderzoekers wel doorbetaald moeten worden.

##### *Kennisnetwerken Specifieke Doelgroepen*

Geen afwijkingen of knelpunten.

##### *Kennissynthese chronische vermoeidheid*

De planning en aanpak zijn aangepast naar aanleiding van de coronacrisis.

##### *Onbeperkt meedoen i.o.*

Geen afwijkingen of knelpunten.

##### *Onderzoeksagenda ME/CVS*

Als gevolg van de coronacrisis zijn de geplande werksessies en de programmadag verschoven naar het najaar. Deze bijeenkomsten waren als fysieke bijeenkomsten gepland, maar kunnen vanwege de afgekondigde maatregelen niet doorgaan. Er worden nu voorbereidingen getroffen voor bijeenkomsten in het najaar. Dit worden waarschijnlijk online bijeenkomsten, tenzij er tegen die tijd

weer fysieke bijeenkomsten mogelijk zijn. De onderzoeksagenda zelf wordt ook later opgeleverd, omdat voor de afronding hiervan de input uit de werksessies en de programmadag verwerkt moet worden.

Voor de werksessies worden onderzoekers uitgenodigd die interesse hebben in het doen van onderzoek naar ME/CVS. Het leggen van contacten met deze onderzoekers is lastiger geworden. De bedoeling was om informeel contact te leggen op bijvoorbeeld symposia, maar door het coronavirus is het leggen van informele contacten een stuk lastiger geworden.

*Voor elkaar!*

Vanwege de coronacrisis is het tijdpad van de 3<sup>e</sup> open oproep verschoven. De deadline voor het indienen van projectideeën is over de zomer heen getild. Daarnaast hebben veel lopende projecten uitstel aangevraagd, omdat geplande bijeenkomsten en activiteiten niet konden doorgaan.

## Geneesmiddelen

### Wapenfeiten

#### Programma

In Open Ronde 9 maakt het onderdeel complexe interventies voor de tweede keer deel uit van de subsidieoproep. Het gaat hierbij om projecten in de ketenzorg, eerste lijn en verpleeghuiszorg, gericht op complexe interventies ter verbetering van bijvoorbeeld polyfarmacie, therapietrouw, stoppen/afbouwen van medicatie of medicatieoverdracht. De selectie en toekenning vindt in juli plaats. Binnen de Rediscovery-rondes biedt ronde 4 ook de mogelijkheid tot het indienen van projecten die zich in een vroegere fase bevinden en waaraan nog geen humane pilotdata ten grondslag liggen. Hierbij is de insteek dat het product uiteindelijk voor een maatschappelijk aanvaardbare prijs beschikbaar komt voor de patiënt. Toekenning vindt plaats in september.

Binnen de STIP Ronde 4 Proeftuinen Therapietrouw zijn 10 projectideeën ingediend. Deze ronde richt zich op het bevorderen van de inzet van laagdrempelige en bewezen effectieve werkwijzen gericht op het verbeteren van de therapietrouw van thuiswonende patiënten. De nadruk ligt hierbij op relatief eenvoudige oplossingen ter ondersteuning van goed gebruik van geneesmiddelen, die eenvoudig implementeerbaar zijn. 4 projecten zijn geselecteerd voor verdere uitwerking. De deadline voor indiening is in verband met het coronavirus een aantal maanden uitgesteld. Hierdoor zal de besluitvorming over toekenning plaatsvinden in het najaar van 2020 en zullen de proeftuinen uiterlijk februari 2021 starten.

In de Grote Trials Ronde 4 zijn 28 projectideeën ontvangen. De deadline voor het indienen van uitgewerkte aanvragen is door het coronavirus een aantal maanden uitgesteld. In juni 2021 zal toekenning plaatsvinden. In de internationale samenwerking van GGG, DO en het Belgische KCE is aan [5 projecten](#) subsidie toegekend en deze projecten zijn - waar mogelijk - van start gegaan. Het gaat hierbij om comparative effectiveness studies met de focus op kosteneffectiviteit, waarbij het gaat om de vergelijking van bestaande interventies binnen de kaders van pakketwaardige zorg.

Vanuit het programma Personalised Medicine wordt de [ELSI-servicesdesk](#) verder uitgebouwd, onderzoekt het consortium ethiek en recht samenhangende ethische en juridische kaders voor de praktijk van personalised medicine, en zal het concrete suggesties bieden voor een verantwoorde implementatie van next-generation sequencing in de zorg. Het FAIRgenomes project ontwikkelt een breed gedragen werkwijzer voor het geschikt maken voor hergebruik van genoom-data. Interviews over de verschillende projecten vanuit personalised medicine zijn gebundeld in de uitgave: [Personalised Medicine: interviews met onderzoekers en stakeholders](#).

In de vraaggestuurde ronde lopen in 2020 twee topdown projecten: [Patiëntenregistratie voor betere antistolling en onderzoek naar therapietrouw bij atriumfibrilleren](#) en de [SONIA studie gericht op de inzet van CDK4/6 Inhibitors bij borstkanker](#).

Binnen de ronde Patiëntenregistraties zijn de lopende registerprojecten gemonitord en waar mogelijk begeleid richting duurzame registraties van zorggegevens die via kwaliteitsinformatie en data voor onderzoek en beleid bijdragen aan goed gebruik van geneesmiddelen.

Voor de opdracht vanuit VWS om meer kennis te genereren over de farmacologische eigenschappen

van medicinale cannabis en de meerwaarde in de behandeling van (neuropatische) pijn, vindt naar verwachting in juni subsidietoekenning plaats aan een partij die de beantwoording van de beschreven hypothesen in een geïntegreerd plan van aanpak gaat uitvoeren.

#### *Projectresultaten*

Uit de diverse onderdelen van het programma is in de eerste helft van 2020 over de volgende projecten en resultaten gepubliceerd:

- [Stoppen met medicatie bij jarenlange stabiele MS: DOT-MS \(discontinuation of therapy in multiple sclerosis\)](#)
- [Drankjes in plaats van pillen](#)
- [Geen Ritalin-recept zonder goede diagnostiek](#)
- ['HPV-vaccinatie heeft geen zin bij voorstadium anuskanker'](#)
- ['Levodopa bij Parkinson kan gerust vanaf het begin'](#)
- ['Maatwerk bij darmkanker kan alleen door integratie zorg en onderzoek'](#)
- [Moleculaire tumorboards: kennis delen levert voordelen op voor individuele patiënt](#)
- [Dijklander Ziekenhuis start met internationaal onderzoek naar bloedverdunders](#)
- [Stappenplan voor passend antipsychotica-gebruik in verpleeghuis](#)
- [Indicatoren helpen juiste medicatie bij nierschade te checken](#)
- [Speciale registratie voor patiënten met chronische darmziekten](#)

#### **Afwijkingen en knelpunten**

De coronapandemie is op verschillende manieren van grote invloed geweest op de voortgang van zowel subsidierondes als lopende onderzoeksprojecten. Zoals aangegeven zijn deadlines in een aantal rondes uitgesteld. Veel lopende studies zijn (tijdelijk) stopgezet en te starten studies zijn uitgesteld. De exacte gevolgen hiervan, zowel qua vertraging als in financieel opzicht, zijn op dit moment nog niet te overzien.

In algemene zin blijft achterlopende inclusie in veel studies een knelpunt.

#### *GGG-congres 2020*

De voorbereidingen voor het GGG-congres van 9 april waren in volle gang. De aanmeldingen stroomden binnen. Helaas hebben we op 12 maart het onvermijdelijke besluit moeten nemen het GGG-congres 2020 te annuleren vanwege de ontwikkelingen rondom de verspreiding van het coronavirus. De nieuwe datum is nu vastgesteld op 15 april 2021. In de hoop dat we het congres in fysieke vorm kunnen organiseren, worden ook digitale alternatieven onderzocht.

## **Gezondheidsbescherming**

### **Wapenfeiten**

#### *Algemeen*

- Het cluster Gezondheidsbescherming heeft samen met het cluster Preventie op verzoek van VWS een discussienota en rapportage 'Leefomgeving en gezondheid, kansen voor programmering' opgesteld. Deze analyse en daaruit voortkomende gespreksonderwerpen zijn input voor verdere gedachtenvorming over gewenste programmering.

#### *Antibioticaresistentie (ABR)*

- Voor de derde en laatste ronde in het programma ABR zijn 17 volledig uitgewerkte subsidieaanvragen ingediend.
- Er zijn initiatieven gestart om het Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance (JPIAMR) tijdelijk voort te zetten met behulp van ondersteuning van de JPIAMR-leden tot het nieuwe partnerschap een feit is en om aan te sluiten bij het toekomstige One Health AMR-partnerschap binnen Horizon Europe.
- Er wordt momenteel, mede als gevolg van de aspergillose-problematiek bij COVID-19 patiënten, een consultatie over antifungus-resistentie uitgezet om de JPIAMR SRIA hiermee uit te breiden.
- Op 28 mei was de deadline van de oproep JPIAMR Netwerk plus, waar ook Nederlandse onderzoekers konden indienen.

- In overleg met VWS neemt ZonMw namens Nederland deel aan een subsidieaanvraag voor een nieuw ERA-net onder Horizon 2020. Dit aangevraagde ERA-net heet JPIAMR-ACTION ERA-Net Co-fund.

#### *Infectieziektebestrijding (inclusief non-alimentaire zoönosen)*

- In januari is onderzoek naar Q-koorts bij kinderen van start gegaan.
- Op verzoek van zowel onderzoek als beleid zijn in zeer korte tijd subsidies en financieringsrondes uitgezet naar aanleiding van de coronacrisis en een programma COVID-19 opgezet (voor meer informatie zie COVID-19 programma).

#### *Klimaat en gezondheid*

- Er is een eerste bijeenkomst gehouden met experts uit het veld. Aan de hand van hun adviezen wordt een subsidie-oproep tekst geschreven (1 miljoen euro) voor klimaat en gezondheid. Vanwege de coronacrisis zal de publicatie hiervan pas in september 2020 zijn.
- Met NWO wordt samengewerkt aan de oproep tekst voor de NWA-oproep Klimaatadaptatie en gezondheid / gezonde leefomgeving.

#### *Voeding*

- Eind januari (21 – 24 januari 2020) hebben NWO & ZonMw een sandpit georganiseerd in het kader van de NWA-call Transitie naar een duurzaam voedselsysteem. Het doel van de sandpit was om tot 1 of 2 transdisciplinaire en kennisketen-brede consortia en tot 1 of meerdere innovatieve projectvoorstellen op hoofdlijnen te komen. Uiteindelijk is er 1 transdisciplinair consortium gevormd en is er een begin gemaakt met het onderzoeksvoorstel.
- De internationale subsidieoproep *PREPHOBES - Prevention of unhealthy weight gain and obesity during crucial phases throughout the lifespan* is begin dit jaar opengesteld. ZonMw doet mee aan deze internationale oproep (samenwerking tussen de clusters Preventie en Gezondheidsbescherming). In totaal zijn er 36 aanvragen ingediend, waarvan in 19 aanvragen Nederlandse onderzoekers betrokken zijn.
- Joint Programming Initiative - A Healthy Diet for a Healthy Life (JPI HDHL) heeft in de eerste helft van 2020 gefocust op het opzetten van de impactevaluatie van JPI HDHL. Daarnaast zijn de documenten rondom het invoeren van de management fee per 2021 afgemaakt. JPI HDHL is ook bezig geweest met het leggen van de verbinding tussen de onderzoeksagenda van JPI HDHL en het volgende EU-kaderprogramma HorizonEurope.
- In Fit4Food2030 werken de policy labs in 11 verschillende landen aan het vergoten van de impact van onderzoek op de transitie naar een toekomstbestendig voedselsysteem. Momenteel bevinden de policy labs zich in de experimenteerfase, wat tot uiting komt in het lanceren van innovatieve subsidieoproepen, het input leveren voor holistische onderzoeksagenda's en het verbinden van diverse initiatieven.
- De EU Think Tank van Fit4Food heeft begin mei een policy-brief uitgebracht met relevante inzichten over R&I als input voor de Farm to Fork strategie, onderdeel van de Green Deal van de Europese Commissie.

#### **Afwijkingen en knelpunten**

##### *Algemeen*

In verband met de corona-uitbraak en het feit dat de meeste indieners in de programma's van dit cluster professionals zijn die met name ingezet zijn in de bestrijding van de coronacrisis, zijn de deadlines van onderstaande rondes als volgt aangepast:

- Derde ronde ABR: de beoordeling van de ingediende projecten is uitgesteld van 7 mei naar 29 juni 2020.
- De doorlooptijd van de lopende ronde Infectieziektebestrijding 2019 is verlengd. Hiermee is de besluitdatum van begin juli 2020 verschoven naar begin oktober 2020.
- De NWA-subsidieoproep Transitie naar een duurzaam voedselsysteem is uitgesteld. De nieuwe deadline voor het indienen van het gezamenlijke onderzoeksvoorstel is 23 juni 2020.
- De beoordelingsvergadering om de ingediende onderzoeks aanvragen van *PREPHOBES - Prevention of unhealthy weight gain and obesity during crucial phases throughout the lifespan* te beoordelen is verplaatst naar juni 2020 en zal digitaal plaatsvinden.
- Het internationale JPI HDHL symposium is uitgesteld en wordt verplaatst naar begin 2021.

**Antibioticaresistentie**

- Met VWS is gesproken om in een vervolgprogramma invulling te geven aan kennisverspreiding en implementatie van het ABR-onderzoek in beleid en praktijk, zowel nationaal en internationaal, en aan ontwikkeling van kennis op het gebied van antimicrobiële resistentie. Door de coronacrisis is dit vooralsnog doorgeschoven naar het najaar.
- Er is tot eind 2021 uitstel aan de EC gevraagd met betrekking tot het ERAnet JPI-EC-AMR, dat eind 2020 zou aflopen. Dit heeft consequenties voor de doorlooptijden van projecten met Nederlandse onderzoekers die met financiering vanuit ABR hieraan deelnemen.

**Voeding**

- Het tussentijdse symposium van het Eranet INTIMIC is gewijzigd naar een digitaal symposium. Dit symposium vindt plaats op 18 juni 2020.
- Voor JPI HDHL CSA 2.0 is uitstel aangevraagd bij de Europese commissie tot 1 juli 2021. Aanleiding hiervoor is de COVID-19 pandemie waardoor onder andere de conferentie is uitgesteld tot 2021. Maar naar verwachting zal ook een aantal andere doelstellingen, waaronder samenwerking met niet EU-landen, vertraging oplopen.

**Geestelijke gezondheid****Wapenfeiten**

- Er zijn opdrachten verleend aan verschillende ggz-veldpartijen (o.a. NVvP, MIND, HAN) om te monitoren wat het effect is van de corona-maatregelen op patiënten, cliënten en behandelaars in de ggz. Het Trimbos-instituut is daarnaast onderdeel van een onderzoek vanuit het COVID-19 programma. Het ggz-specifieke gedeelte dat Trimbos uitvoert wordt samen met eerder genoemde resultaten uit opdrachten teruggekoppeld aan de coronacrisisteams van VWS. Ook vinden er publicaties plaats van sommige resultaten, zoals bij [MIND](#) en [Trimbos](#).
- ZonMw en de Hersenstichting willen met het [initiatief Hoofd-zaken](#) aandacht vragen voor een duurzame investering in hersen-breed onderzoek. Er wordt in het veld input opgehaald vanuit verschillende perspectieven om de startnotitie verder uit te werken tot een onderzoeksagenda.

**Actieprogramma lokale initiatieven voor mensen met Verward Gedrag (AVG)**

- In de laatste fase van het Actieprogramma wordt toegewerkt naar het verbinden en borgen van de opgezette initiatieven.
  - In het kader van resultaten ophalen en borgen is er gestart met een breed opgezette centrale evaluatie. Deze wordt uitgevoerd door ESHPM (Erasmus Universiteit). Hierbij wordt gekeken naar de activiteiten van het programma omtrent de aanpak voor mensen met verward gedrag, alsook breder naar maatschappelijke en politieke factoren. De eerste analyse heeft een uitgebreide rapportage opgeleverd, die is gedeeld met de opdrachtgevers van het programma en het Verbindend Landelijke OndersteuningsTeam (VLOT). In oktober wordt een tweede tussenrapportage verwacht en de eindrapportage in juli 2021, tezamen met een handleiding voor de praktijk voor een goed werkende aanpak voor mensen met verward gedrag.
  - In het kader van inbedding, borging en verbinding is voor 23 regio's budget vrijgemaakt om in elke regio op maat te doen wat nodig is om ingezette initiatieven te borgen en verbinding te leggen met andere landelijke programma's zoals de Wvvggz en de Ketenveldnorm levensloofunctie. Daarnaast zijn er subsidies verstrekt voor 19 coördinatoren om de implementatie van de Wvvggz te stimuleren en worden 10 regio's (landelijke dekking) ondersteund bij de implementatie van de Ketenveldnorm levensloofunctie.
- Het Actieprogramma loopt eind 2020 af. In samenwerking met partijen van de Meerjarenagenda Beschermd Wonen en Maatschappelijke opvang wordt een groot eindcongres georganiseerd gericht op een inclusieve samenleving.
- Er is een voorstel in behandeling bij de opdrachtgevers van het Actieprogramma (VWS, J&V, BZK en VNG) over een vervolg van het programma. Er is inmiddels een formeel verzoek gedaan om de programmaschets verder uit te werken.
- Platform31 heeft een evaluatie uitgevoerd van de eerste onderwijsprojecten van het Actieprogramma.

**Onderzoeksprogramma ggz**

- 5.1.2e
- De resultaten van de eerste subsidieronde gericht op depressie zijn bekend. Deze worden nu onder de aandacht gebracht bij ggz-partijen.
- Deadline voor projectideeën voor klinisch toegepast heeft geleid tot 57 aanvragen, waarvan 13 een positief advies hebben gekregen voor verdere uitwerking.

**Beschermd Thuis**

- Met subsidie van ZonMw zijn ruim 30 van de 43 centrumgemeenten in Nederland aan de slag gegaan om plannen uit te werken in het kader van de Meerjarenagenda Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang. Zoals hierboven genoemd organiseren de partijen van deze Meerjarenagenda samen met het Actieprogramma verward gedrag een congres vanwege de overlap in doelgroep en activiteiten.

**Zorg voor Vluchtelingen**

- Het programma Zorg voor Vluchtelingen heeft veel aanvragen ontvangen voor de tweede subsidieronde gericht op het verbeteren van psychosociale zorg en ondersteuning aan statushouders in de nulde- en eerstelijnszorg. Deze ronde loopt momenteel nog.
- In samenwerking met Pharos organiseerde ZonMw het symposium [Psychische zorg voor vluchtelingen – hoe gaat het en wat kan beter?](#)

**Gender en gezondheid**

- Er zijn twee gezamenlijke subsidierondes met andere ZonMw-programma's (bijna) afgerond: aanvullend onderzoek op basis van bestaande databases naar sekse- en genderverschillen samen met het Preventieprogramma en praktijkprojecten gericht op het verbeteren van psychosociale zorg en ondersteuning aan statushouders samen met Zorg voor Vluchtelingen.
- In april zijn aanvullende toekenningen gedaan van €20.000,- elk voor de projecten [Negotiating Health](#), [SAFE](#) en [Symptomen & Gender](#) om corona-gerelateerde vragen in hun lopende project op te kunnen pakken.
- Ten aanzien van verankering van sekse en gender in onderzoek is een bijdrage geleverd in het ZonMw-brede traject rondom stroomlijning van relevantie- en kwaliteitscriteria. In de te ontwikkelen ZonMw Reporting Checklist wordt ook de SAGER Guideline (Sex and gender Equity in Research) meegenomen.

**Topspecialistische Zorg en Onderzoek**

- Binnen het programma Topspecialistische Zorg en Onderzoek hebben 6 projecten ieder een subsidie van 3 miljoen euro ontvangen om hun topspecialistische functie te versterken en te continueren op het gebied van Topspecialistische Zorg en Onderzoek. In de komende maanden gaan de projecten van start.

**Afwijkingen en knelpunten**

Door de coronacrisis zijn de deadlines van sommige rondes 2 of 4 maanden verplaatst. Deze aanvragen hadden betrekking op bijvoorbeeld de Fellowships in de ggz, borging van de regionale aanpak voor mensen met verward gedrag, de Wijk-GGD'er, Ketenveldnorm levensloopfunctie en Integraal aanbod zorg en begeleiding voor mensen met verward gedrag. De oorspronkelijke deadlines waren in de beginperiode van de intelligente lock-down. De indruk is dat aanvragers door het uitstel hierdoor voldoende tijd hadden om alsnog hun aanvraag in te dienen. Voor enkele programmalijnen is er daarnaast nog een nieuwe mogelijkheid om na de zomer op dezelfde thema's aanvragen in te dienen. Door rondes te herhalen kunnen partijen zelf inschatten welke deadline haalbaar is in verband met COVID-19.

Er zijn daarnaast veel vragen gekomen van lopende projecten over de invloed van de coronacrisis op hun activiteiten en de haalbaarheid van hun project. Bijvoorbeeld ook de inclusie van patiënten ligt stil of loopt langzamer dan gepland. Hier is per project naar gekeken en een passende oplossing voor getracht te vinden. Voor praktijkprojecten is dit vaak in de vorm van een budgetneutrale verlenging. Voor langlopende onderzoeken wordt expliciet gewacht met het verlenen van budgetneutrale verlengingen. Gezien de hoeveelheid (praktijk)projecten is voorsnog de vraag beperkt geweest voor aanvullend budget door COVID-19. Uitgangspunt is dat dit niet wordt gedaan.

## Jeugd

### Wapenfeiten

- In maart 2020 zijn [14 regionale kenniswerkplaatsen jeugd](#) gehonoreerd. Deze werkplaatsen gaan de komende vier jaar aan de slag met de belangrijkste regionale jeugdvragestukken. Door kennis vanuit verschillende perspectieven bij elkaar te brengen en gezamenlijk te leren, ondersteunen deze samenwerkingsverbanden de jeugdsector bij het vernieuwen en professionaliseren.
- De meeste werkplaatsen van het voorlopende programma [Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd](#) (2014-2020) zijn in de periode jan – mei 2020 afgerond.
- In april zijn vanuit het kennisontwikkelingsprogramma Wat werkt voor de jeugd 12 projecten gehonoreerd, gericht op het versterken en verbeteren van wijkgericht werken.
- De eerste projecten van het onderzoeksprogramma Geweld hoort nergens thuis zijn gestart en in april is de derde en laatste ronde van het programma opengesteld.
- Vanuit de eerste subsidierondes wordt momenteel in proeftuinen geëxperimenteerd met de inrichting van de maatschappelijke diensttijd (MDT). In 2020 startte de vierde subsidieronde, als uitwerking van de tweede fase waarin MDT officieel start. Deze heeft als doel toe te werken naar een landelijk dekkend MDT-netwerk. Er zijn inmiddels 27 partnerschappen gehonoreerd. Er zijn daarnaast 15 corona-hulpinitiatieven ontplooid als aanvulling op bestaande MDT-projecten waarin jongeren zich inzetten voor de maatschappelijke noden van anderen. Op 15 juni is de volgende mogelijkheid voor partnerschappen om subsidie aan te vragen.

### Afwijkingen en knelpunten

- De startdatum van de meeste regionale kenniswerkplaatsen jeugd is in verband met COVID-19 met 3 maanden uitgesteld tot september 2020.
- Niet alle geplande rondes van 'Wat werkt voor de jeugd' zijn opgestart. Het plan is om in de tweede helft van dit jaar en door meerdere subsidierondes parallel uit te werken een inhaalslag te maken.
- Een aantal projecten in de programma's Veilig opgroeien en het onderzoeksprogramma Geweld hoort nergens thuis lopen vertraging op door COVID-19. De bijeenkomst loverboys is in verband met COVID-19 uitgesteld.
- De laatste projecten binnen het programma Longitudinale effectmonitor JeugdzorgPlus lopen vertraging op door COVID-19.
- Het programma Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2019-2024 bevindt zich in de opstartfase en bereidt de nieuwe modulaire werkwijze voor. Het project [Modulaire vormgeving richtlijnen Jeugdgezondheidszorg](#) dat daarvoor de basis moet vormen, heeft vertraging opgelopen. De pilot om de werkwijze toe te passen kan naar verwachting voor de zomer van start. Indien dit goed verloopt, kunnen de bestaande richtlijnen in een volgende fase omgezet gaan worden naar modules.

## Kwaliteit van Zorg

### Wapenfeiten

Naast de activiteiten voor het COVID-19 Programma kijken we ook naar mogelijkheden om de activiteiten binnen Kwaliteit van Zorg aan te passen, door te zetten of uit te stellen.

- Binnen het programma *Kwaliteitsgelden* zijn de projecten van start op basis van de gemaakte kaderafspraken met de FMS, NHG, KNOV, Akwa GGZ, IKNL/Palliatieve zorg en Patiëntenfederatie. Partijen hebben inzicht geboden in de wijze waarop besluitvorming over de besteding van kwaliteitsgelden plaatsvindt. Daarmee zijn de eerste subsidies verstrekt. Bovendien zet de FMS extra activiteiten in vanwege de coronacrisis.
- Om innovatieve zorgprocessen om de Juiste Zorg op de Juiste Plek verder te stimuleren is met de commissie van het programma *Actieonderzoek Innovatieve Zorg* verder gesproken over de in te zetten subsidieoproep. Deze zal rekening houden met veranderingen door corona en nu nog actueler zijn.
- Uit het COVID-19 Programma blijkt dat vragen over kwaliteit en doelmatigheid essentieel zijn. Innovatieve initiatieven ten aanzien van de juiste zorg op de juiste plek en organisatie

- van zorg (taakherschikking, samenwerking, zorg voor professionals en e-Health) en vraagstukken rondom (kosten)effectiviteit (doelmatigheid) vragen om de nodige aandacht.
- De Koepelcommissie Kwaliteit van Zorg is in verband met de coronacrisis naar het najaar verplaatst. Deze zorgt voor de inhoudelijke verbinding over de programma's heen. Voor organisatie van zorgvraagstukken (*health services research*) is ZonMw aangesloten in het TO REACH project. Dit project werkt nu ook samen met *More Years Better Lives* en *Ambient Assisted Living*.
  - Binnen het programma *Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden: Wijkverpleging* zijn meerdere knelpuntenanalyses uitgezet. Voor de prioritering van onderwerpen, het patiëntenperspectief en de toepasbaarheid van kennis uit kwaliteitsstandaarden in de wijkverpleging is nogmaals extra aandacht gevraagd.
  - Het programma *Tussen Weten en Doen II*, is succesvol afgerond. Vervolgactiviteiten worden in het programma *Verpleging en Verzorging* opgepakt. Direct is gestart met een subsidieronde voor het beschrijven van goede praktijkvoorbeelden om zo de implementatie ervan te stimuleren. Eind zomer gaan 2 subsidierondes open: één gericht op grote complexe onderzoeksprojecten door samenwerkingsverbanden en één gericht op talentontwikkeling voor gepromoveerde verpleegkundigen die onderzoek en klinische praktijk of onderwijs willen combineren (fellows). Verder worden meer op implementatie gerichte subsidierondes voorbereid.
  - De geplande projectleidersbijeenkomst van de 13 leren & verbeteren-projecten van het programma *Ondersteuning Zorginstituut* is omgezet naar een digitale leren en verbeteren-sessie tot groot enthousiasme van de betrokken projectleiders. Daar is directe kennis met elkaar uitgewisseld.
  - Voor het Citrienfonds hebben site-visits plaatsgevonden voor *e-Health, Doen of laten* en *Naar regionale oncologienetwerken*. Zij hebben goedkeuring voor doorgang 2<sup>e</sup> fase. Voor *Registratie aan de Bron* nemen we meer tijd in verband met de samenhang met andere data-initiatieven, inclusief afstemming met het Informatieberaad. Deze site-visit vindt digitaal plaats op 18 juni.
  - De ad-hoc commissie Uitkomstgerichte Zorg heeft in januari een site-visit gehad bij een van de deelnemende Santeon-huizen. Santeon heeft goed laten zien waar ze staan met het experiment Uitkomstindicatoren. Dit vormt een goede basis voor het vervolg van het project.
  - Het onderzoeksprogramma voor *Safety II en veiligheidsergonomie* is gereed. In samenwerking met verschillende experts is ter verdieping van het onderwerp een kennissynthese opgesteld. Het openstellen van de subsidieoproep is vanwege COVID-19 uitgesteld naar september. Juist dit programma zet in op de flexibiliteit van zorgprofessionals die in tijden van corona zo gevraagd worden.
  - Binnen het programma *Paramedische Zorg 2019-2022* staan 6 subsidieoproepen open, gericht op het beantwoorden van vragen uit de kennisagenda's van 6 paramedische beroepsgroepen. De deadline van de subsidieronde is verlengd in verband met de coronacrisis.
  - Vanuit het *Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde* zijn actief andere ZonMw-programma's benaderd om mogelijkheden voor samenwerking op specifieke onderwerpen uit de kennisagenda te verkennen. Met het NHG vindt periodiek overleg plaats om af te stemmen en waar mogelijk samen te werken op relevante onderwerpen. Een nieuwe subsidieronde voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde is geopend in het eerste kwartaal van 2020.

#### Afwijkingen en knelpunten

Ook binnen Kwaliteit van Zorg zal een aantal projecten aangepast worden of vertraagd zijn door de coronacrisis. Individuele programma's hebben hierover contact met hun VWS-contactpersonen. Voor het programma *Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden: Wijkverpleging* zal deze vertraging wat groter zijn in verband met de noodzaak om juist nu visie te ontwikkelen voor richtlijnontwikkeling op de lange termijn. Het programma *Verpleging en Verzorging* loopt een lichte vertraging op. Om het veld niet te zwaar te belasten, worden de subsidierondes wel uitgezet, maar wordt de projectideefase verlengd.

Voor het programma *Kwaliteit van Zorg: Ondersteuning Zorginstituut* is in overleg met VWS en het Zorginstituut een verzoek ingediend voor een budgetneutrale verlenging en daarmee gepaard gaande verschuiving van kostenposten binnen de begroting.

## Life Sciences & Health

### Wapenfeiten

Er wordt door het cluster LSH invulling geven aan de coördinatie van de Kennis- en Innovatieagenda (KIA) Gezondheid & Zorg, en de uitvoering van het nieuwe Kennis- en innovatieconvenant (KIC), samen met NWO en de topsector LSH.

Binnen het IMDI-programma zijn twee subsidierondes in het kader van Technologie voor Bemensbare Zorg gestart. De ronde doorbraakprojecten is gericht op nieuwe ideeën in het medisch-technologische veld. De ronde demonstratieprojecten is gericht op het ontwerpen én klinisch testen van een *minimal viable product*. Hiervoor wordt nauw met TKI Health~ Holland en NWO/TTW samengewerkt. Vanuit het cluster wordt ook meegewerkt aan de MedTech Visie van VWS.

Zorg voor Innoveren (Zvi: VWS, ZonMw, NZA, ZIN, RVO) is gecontinueerd in een veel ambitieuzer opzet. De eerste resultaten - tot het uitbreken van de coronacrisis - zijn veelbelovend. Het vragenloket van Zvi is na de start van deze crisis op verzoek van VWS ook ingezet voor het adviseren bij vragen van ondernemers in het kader van de coronacrisis. Van de Zvi-vouchers voor coaching bij het implementeren van e-health en medtech wordt goed gebruik gemaakt.

De verkenning voor nieuwe technologieën die bijdragen aan succesvoller orgaan- en weefseltransplantatie is afgerond en aan VWS opgeleverd. VWS heeft verzocht het resultaat van de verkenning breed bekend te maken, maar ziet op dit moment geen mogelijkheden een onderzoeksprogramma op te starten.

Het ministerie van I&W heeft een opdracht verleend voor de verkenning van de kennisvragen rond de mogelijke gezondheidsrisico's van micro-plastics. Het doel van deze kennisagenda is het vormen van een vervolg op het onderzoeksprogramma Microplastics & Health.

### Afwijkingen en knelpunten

Voor de programma's IMDI, MPNN, SET, MKB in Europa en Zorg voor Innoveren (Zvi) zijn vanwege de coronacrisis fysieke bijeenkomsten afgelast of uitgesteld. Voor de programma's Zvi en BAD Award is gewerkt aan online alternatieven.

Deadlines voor subsidieoproepen zijn verplaatst voor de programma's IMDI, MPNN, Zorg voor innoveren. Voor het programma Partnership Diabetes is de deadline voor aanmelden met twee maanden uitgesteld, de honorering vindt nu naar verwachting eind 2020 plaats. Voor de IMDI-demonstratieronde geldt dat indien er een voorselectie gehouden moet worden, de honoreringen in het eerste kwartaal van 2021 plaats vinden.

Voor de SET is er naast de reguliere regeling een SET-COVID19 regeling gepubliceerd. Hiervoor is een bedrag van 23 miljoen euro dat bestemd was voor de reguliere regeling in 2021 door VWS gerealiseerd. Voor 2021 resteert nu nog 5 miljoen euro. De subsidietoekenningen voor SET verlopen via RVO. De uitvoering van de reguliere SET-regeling loopt vertraging op door additionele taken voor de SET-COVID19 door RVO.

## Ouderen

### Wapenfeiten

*Resultaten en opbrengsten laten zien, verspreiden en implementeren*

- In januari zijn de [resultaten van het PERSPECTIEF-onderzoek naar ouderen met een doodswens](#) uitgereikt aan de minister. Vanwege de gevoeligheid hebben zowel de uitreiking als de resultaten grote media-aandacht gehad.
- De *Academische werkplaatsen ouderenzorg* (KAWO) zijn diverse [COVID-19 initiatieven en onderzoeken](#) gestart, zoals monitoring van de verruiming van de bezoekregeling in verpleeghuizen.
- In opdracht van VWS hebben wij vanuit onder meer het programma *Beter Thuis* een belronde/inventarisatie uitgevoerd. Hierin is de behoefte aan revalidatie na doorgemaakte COVID-19 geïnventariseerd en de wenselijkheid van het opstellen van één of meerdere richtlijnen op dit gebied. In vervolg hierop is er een opdracht verstrekt aan de Long Alliantie Nederland voor het ontwikkelen van een voorlopige Kwaliteitsstandaard voor behandeling en begeleiding van patiënten met COVID-19.
- Vanuit de *lokale netwerken samenhangende ouderenzorg* hebben wij actief input geleverd aan het RIVM voor het opstellen van een interactieve kaart en factsheet. De kaart moet een overzicht bieden van de netwerken in Nederland die zich richten op thuiswonende ouderen. Beide resultaten worden naar verwachting binnenkort gepresenteerd.
- In het kader van evalueren en leren binnen het programma en het verbinden en leren voor de aanvragers, heeft het programma JZCJP een dashboard laten maken met informatie van ingediende aanvragen (zowel gehonoreerd als afgewezen). Met deze informatie krijgt ZonMw een beeld van de ontwikkelingen binnen de projecten en kunnen we inventariseren waar en/of op welke thema's er nog witte vlekken zijn. We zijn nog aan het verkennen hoe we dit dashboard breder kunnen inzetten.
- Het programma AAL heeft een [publicatie](#) geschreven over hoe je in coronatijd contact kunt houden met ouderen. In ieder geval twee AAL-oplossingen hebben subsidie gekregen vanuit de SET-(COVID)regeling, om hun projecten verder in praktijk te brengen.
- ZonMw heeft in 2019 als werkpakketleider Monitoring en evaluatie de JPNV interne evaluatie uitgevoerd en externe evaluatie gecoördineerd. In vervolg hierop zijn we begin 2020 uitgenodigd om een presentatie te houden bij de ERALEARN workshop Monitoring and evaluation of R&I partnerships in Manchester over de aanpak van de JPNV-evaluatie. Ook is er deelgenomen aan de vergaderingen van JPI's Task Force for Monitoring and Evaluation, waarin de 10 JPI's vertegenwoordigd zijn, met als doel de aanpak voor monitoring en evaluatie met elkaar uit te wisselen en gemeenschappelijke aspecten te stroomlijnen.

*Regionale en lokale netwerken versterken*

- In Fase I ronde 2 (ontwikkelingsubsidie) van het programma lokale netwerken zijn 36 *lokale netwerken* toegekend. 7 netwerken hebben een Fase 2 – Uitwerkingssubsidie toegekend gekregen. Vanuit een afgeronde Fase I ronde konden 11 netwerken doorstromen naar Fase 2. Oproepen voor nieuwe rondes worden geëvalueerd en zo goed mogelijk aangepast aan de behoefte van het veld.
- Momenteel worden de lokale netwerken geraadpleegd om input te krijgen voor een subsidieoproep voor Fase 3. Deze fase is gericht op verduurzaming en borging van lokale netwerken.
- JZCJP heeft, na de eerste rondes vorig jaar, het programma geëvalueerd en daarop de subsidieoproepen voor zowel de Start- en Regio-impuls als de vouchers verder aangescherpt.
- Verder is het programmabudget uitgebreid met in totaal 9 miljoen euro: 2,8 miljoen voor 2020, 3,5 miljoen voor 2021, 1,5 miljoen voor 2022 en daarnaast nog 1,2 miljoen vanuit de programmareserve. Met deze middelen zullen we specifiek de inzet op digitaal ondersteunende zorg stimuleren door in de komende rondes meer te focussen op e-Health en digitalisering.
- Vanuit de programma's KAWO, *Memorabel* en LZO (*Lijn 1: kennis- en talentontwikkeling*) werken we onverminderd aan het versterken van de kennisinfrastructuur in de ouderenzorg.

*Samenwerking met stakeholders en hen mee laten investeren*

- Voor de verspreiding van resultaten binnen het programma *Memorabel* wordt nauw samengewerkt met Alzheimer Nederland en in een pilot met partners in Dementiezorg Voor

Elkaar worden procesafspraken gemaakt om de doorgeleiding naar verschillende kennispleinen te verbeteren.

- Het programma AAL heeft samenwerking opgezocht met de Kamer van Koophandel. Deze begeleidt nu één project bij zijn stappen op de consumentenmarkt.
- Naar aanleiding van een Kamermotie is het programmabudget voor *Social Trials* met 1 miljoen euro uitgebreid. Daarnaast vinden er gesprekken plaats met Alzheimer Nederland en Gieskes-Strijbis Fonds over de mogelijkheden voor verdere uitbouw van het programma.
- In vervolg op de pilotfase zijn binnen het programma *Versterking aanpak eenzaamheid* drie subsidieoproepen in voorbereiding met als doel nog voor de zomer open te gaan. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met onder andere VWS, de WAC, landelijke partijen, Movisie en het actieprogramma Een tegen eenzaamheid.
- In samenwerking met Fonds Sluyterman van Loo, Stichting RCOAK en de ministeries OCW en VSW is binnen het programma *Kunst en cultuur in de langdurende zorg en ondersteuning* subsidie toegekend aan het project: [Art for Senior Positive Health and Well-Being. Capturing the Impact of Art\(s\)-based initiatives and Arts based programs](#). Dit project is in januari 2020 van start gegaan met als doel het uitvoeren van onderzoek bij 15 bestaande kunstinitiatieven en 4 kunstprogramma's in de LZO dat moet leiden tot meer kennis over en handvatten voor de werkzame elementen en effecten van bestaande kunstinitiatieven in de LZO.
- Als reactie op de coronapandemie (COVID-19) is voor het hierboven genoemde project een aanvullende subsidieoproep op uitnodiging uitgezet. Doel van het project is om inzicht te verkrijgen in de creatieve oplossingen die kunstenaars met ouderen vinden én de impact van de (alternatieve) kunstactiviteiten op het welbevinden van ouderen ten tijde van de coronamaatregelen. Ook voor de 15 bestaande kunstinitiatieven en 4 kunstprogramma's zijn aanvullende COVID-oproepen op uitnodiging ontwikkeld. Deze COVID-oproepen hebben tot doel om kunstenaars met ouderen de gelegenheid te bieden in te spelen op de pandemie en alternatieve aanpakken te ontwikkelen ten tijde van de COVID-19 pandemie.

#### Afwijkingen

De coronacrisis en bijbehorende maatregelen hebben grote impact op zowel de nationale als internationale programma's binnen het cluster Ouderen. Oplossingen zijn/worden gezocht door subsidierondes te verlengen, het verlenen van uitstel en/of budgetneutrale verlengingen toe te kennen aan projecten. Geplande bijeenkomsten zijn uitgesteld of op een alternatieve/online manier georganiseerd.

Daarnaast is er onder de lopende projecten van de praktijkgerichte programma's, zoals *Versterking aanpak eenzaamheid* een inventarisatie uitgevoerd. Hoewel vanuit de meeste projecten wordt geprobeerd om tijdens de crisis (via alternatieve vormen) contact te houden met de doelgroep, is het moeilijk om de projecten op de voorgenomen wijze uit te voeren. Projectbetrokkenen zijn bereid om en zien een noodzaak tot het ontwikkelen van alternatieve activiteiten ten behoeve van de doelgroep.

Anderzijds liggen er ook kansen en mogelijkheden voor doorontwikkeling van de gehonoreerde projecten binnen het programma *Versterking aanpak eenzaamheid*. De motivatie onder de projectbetrokkenen is groot om zich optimaal in te zetten voor de doelgroep en zij beschikken over een waardevol netwerk om deze groep te bereiken. Vanuit dit programma en in afstemming met VWS wordt nagedacht over de mogelijkheden om de initiatiefnemers hierin te begeleiden en te ondersteunen. Bijvoorbeeld ten aanzien van het onderhouden van contact met de doelgroep, de verdere uitwerking van hun aanpak, het bieden van ruimte om een corona-proof versie van het initiatief te ontwikkelen, het realiseren van alternatieve inzet, en het samen met Movisie verder vormgeven van een *learning community*.

#### Palliatieve zorg

##### Wapenfeiten

*Honoreringen subsidieronde onderzoek en praktijk*

In april 2020 zijn 8 onderzoeken gehonoreerd om bestaande interventies in de palliatieve zorg verder te onderbouwen, door te ontwikkelen en te implementeren in de praktijk. De Netwerken Palliatieve Zorg (NPZ) gaan samen met de onderzoekers aan de slag om de te onderzoeken interventie te implementeren in deelnemende praktijkorganisaties van het netwerk. 54 implementatievoorstellen van de NPZ zijn gehonoreerd. Parallel aan deze implementatie vindt ook het [onderzoek](#) plaats.

*Advance Care Planning (ACP) inventarisatiestudie*

In opdracht van ZonMw loopt er een inventarisatiestudie naar *Proactieve zorgplanning en Markering*. Alle ZonMw ACP-gerelateerde projecten worden in kaart gebracht om inzicht te geven in de waarde en toepasbaarheid van ontwikkelde interventies. Daarnaast ontwikkelt de projectgroep een handleiding voor de implementatie hiervan. Op verzoek van VWS is deze opdracht uitgebreid met een literatuuronderzoek naar het ACP-gesprek tussen specifiek huisarts en patiënt.

*Kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg*

ZonMw heeft de projectgroep van de bestaande landelijke monitor *Zorggerelateerde Schade* uitgenodigd om een aanvraag in te dienen over het extra meten van een aantal kwaliteitsindicatoren over de palliatieve zorg. Op basis van de resultaten kunnen aanknopingspunten voor verdere verbetering van de palliatieve zorg in ziekenhuizen worden gevonden. Naast dit initiatief heeft ZonMw verkennende gesprekken gevoerd met een aantal partijen zoals de Nederlandse Kanker Registratie en Nederlandse Hart Registratie om inzicht te krijgen in hoeverre we kunnen aansluiten bij al bestaande registraties.

*Implementatie*

Om kennisbenutting te stimuleren zijn alle 7 consortia palliatieve zorg uitgenodigd om met een kleine ZonMw-subsidie één of meerdere informatiebijeenkomsten te organiseren in de regio. Alle 7 consortia gaven aan gebruik hiervan te willen maken. Het doel van deze bijeenkomsten is potentiële gebruikers te informeren over projectresultaten (denk aan interventies, methodieken, tools) uit Palliantie, hen te motiveren om met deze resultaten aan de slag te gaan en daarvoor praktische tools aangereikt te krijgen. Ieder consortium bekijkt nu (gezien het coronavirus) op welke manier invulling hieraan wordt gegeven.

*Evaluatie programma*

De evaluatie van het huidige programma is in volle gang en wordt uitgevoerd door het externe bureau HHM. Het doel van de evaluatie is om inzicht te krijgen in de impact van het programma, in termen van (kans op) kennisbenutting. De evaluatie bestaat uit dossieronderzoek en interviews. Een externe evaluatiecommissie is ingesteld en heeft een aantal keren vergaderd.

*Palliantie II*

Om invulling te geven aan het vervolgprogramma van *Palliantie. Meer dan zorg* (Palliantie II) heeft ZonMw met verschillende partijen uit het veld gesproken. Uit deze interviews is een aantal inhoudelijke thema's naar voren gekomen. Deze zijn besproken tijdens de programmacommissievergadering op 24 april 2020. Palliantie II bouwt voort op de resultaten van de afgeronde en lopende projecten uit het huidige programma. Het stimuleren van doorontwikkeling, verspreiding en implementatie van bestaande innovaties komt centraal te staan. Minder accent komt te liggen op het ontwikkelen van nieuwe innovaties. Daarnaast zal ZonMw naar verwachting in Palliantie II bijdragen aan het verbreden van de palliatieve zorg naar de generalisten.

**Afwijkingen en knelpunten**

De projectleidersbijeenkomst *Mooie Resultaten! En nu? Borgen en verspreiden van resultaten van Palliantieprojecten* van 26 maart 2020 hebben we, in goed overleg met het gast-consortium Propallia, vanwege het coronavirus moeten doorschuiven naar 2021.

Projectleiders melden vertraging in hun Palliantie-projecten vanwege het corona-virus. Soms zijn ook inhoudelijke aanpassingen nodig in het project. Waar mogelijk en duidelijk is hoeveel vertraging opgelopen wordt, werkt ZonMw met budgetneutrale verlengingen.

**Preventie****Wapenfeiten***Programma Preventie 2019-2022*

- De subsidieoproep voor de ronde Werkzame elementen fase 2, met als thema's roken, alcohol en overgewicht, is in ontwikkeling. De commissie heeft het eerste concept op 15 mei besproken. Naar verwachting wordt de oproep eind juni gepubliceerd.

- De opdracht voor de uitvoering van een Kennissynthese Alcoholmarketing is uitgezet bij de Universiteit Twente. Het rapport, dat voor half oktober 2020 wordt opgeleverd, zal inzage geven in de beschikbare kennis over het effect van alcoholmarketing op [problematisch alcoholgebruik](#) en eventuele kennislacunes voor onderzoek.
- Tijdens het congres NNVT 2020 heeft ZonMw een workshop georganiseerd, samen met de Alliantie Nederland Rookvrij, KWF, Hartstichting, Longfonds en Diabetesfonds. In de sessie presenteerden 9 Onderzoeksconsortia Tabaksontmoediging hun voortgang met als doel de samenwerking tussen onderzoekers te stimuleren. In dit [filmpje](#) vind je een impressie van de dag en zijn 2 projecten uitgelicht.
- Het artikel voor Wereld Niet Roken Dag: [Voor vrouwen met een lage SES is stoppen met roken extra lastig](#).
- Binnen de programmalijn [Innovatie](#) zijn 12 projecten gehonoreerd over [genderverschillen in relatie tot preventie](#).
- De lopende subsidierondes voor e-health en [leefstijlgeneeskunde](#) worden in juni afgerond met besluiten over te honoreren aanvragen.
- Vanuit de innovatielijn is 1 miljoen euro toegevoegd aan een internationale call gericht op preventie van overgewicht en obesitas. Nederlandse onderzoekers kunnen in een internationaal consortium subsidie aanvragen. Recent is de call gesloten voor indiening.
- Binnen de subsidieoproep Implementatie in samenwerking zijn 9 projecten gehonoreerd.
- Er zijn 12 [Implementatie Impulsen](#) van start gegaan, waarbij praktijkorganisaties aan de slag gaan met kennis die is opgeleverd door ZonMw onderzoeksprojecten.
- Eind mei is de besluitvergadering voor twee rondes van het deelprogramma Vroege Opsporing. Binnen de ronde 2019-2020 zijn acht subsidieaanvragen ingediend, binnen de ronde RIVM-CvB vier.

#### *Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap*

- Voor de programmalijn Praktijkverbetering hebben 14 samenwerkingsverbanden begin april 2020 startbudget ontvangen. De subsidieaanvragen dienen begin november 2020 te worden ingediend.
- Voor de programmalijn Onderzoek was tot 10 maart 2020 een subsidieoproep opengesteld voor het indienen van projectideeën. In totaal zijn 26 projectideeën ingediend, waarvan 18 projectideeën medio mei 2020 een positief advies hebben ontvangen tot het uitwerken van een subsidieaanvraag.
- Op de ZonMw [website](#) is een pagina gemaakt waarop resultaten uit ZonMw-programma's en subsidiemogelijkheden die relevant zijn voor Kansrijke Start worden weergegeven.

Zie voor actuele informatie de [themapagina](#) Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap.

#### *Zwangerschap en geboorte II*

- In januari en februari 2020 vonden site visits aan de consortia Zwangerschap en geboorte plaats. De consortia zijn halverwege de tweede subsidieperiode. De commissie constateert dat de regionale functie van de consortia van meerwaarde is.
- In mei 2020 heeft Ecorys in opdracht van ZonMw het rapport *Consortia Zwangerschap en Geboorte: advies bestendinging en borging* opgeleverd waarin de positionering van de consortia nader is uitgewerkt. Daarnaast adviseert Ecorys welke stappen nog gezet kunnen worden om te trachten financiering van de consortia te realiseren. Het rapport wordt in mei 2020 met de consortia besproken waarna zij met de aanbevelingen aan de slag kunnen.
- In mei 2020 is een project gehonoreerd in het kader van de subsidieronde Landelijk onderzoek structureel echoscopisch onderzoek bij 13 weken zwangerschap. Communicatie hierover wordt nauw afgestemd met de onderzoekers, VWS en RIVM.

#### *Werk en gezondheid*

- Van de 20 lopende projecten van het programma Werk(en) is gezond zijn in deze periode 4 projecten afgerond. De overige projecten lopen tot halverwege 2021. Van een afgerond [project](#) is in samenwerking met RIVM een [nieuwsbericht](#) uitgegaan en een [factsheet](#) online gezet. Zie: [Verdiepend-onderzoek-aan-de-hand-van-meta-analyses](#).
- Het programma Verbetering Kwaliteit Poortwachtersproces in opdracht van het ministerie van SZW, directie werknemersregelingen (WR) is in februari 2020 van start gegaan. Er wordt op dit

moment gestreefd naar het openstellen van twee subsidieronden in het najaar van 2020. De planning vanaf 2021 blijft vooralsnog ongewijzigd.

- Het programma Vakkundig aan het werk 1 loopt af, maar er lopen nog erg veel projecten. We besteden veel aandacht aan de projecten qua communicatie door middel van artikelen/VIMP's, zoals een [artikelenreeks met Divosa](#) en een gezamenlijke VIMP voor projecten gericht op statushouders.
- De NWA-ronde Schulden en Armoede heeft drie mooie [projecten](#) opgeleverd die in september van start gaan. De projecten richten zich op drie thema's: leven in armoede en sociale uitsluiting, verborgen armoede en sociale uitsluiting en evaluatie- en effectiviteitsonderzoek naar integrale en samenlopende interventies.
- De ronde Economische Zelfstandigheid van vrouwen is in februari 2020 van start gegaan in opdracht van het ministerie van OCW. De eerste commissievergadering is 18 mei 2020 geweest, waarbij de commissie geïnstalleerd is.
- Experimenten Participatiewet: In opdracht van het ministerie van SZW heeft ZonMw de begeleiding van de zes experimenten op zich genomen en afgerond. De afronding ging gepaard met een procesevaluatie die in juni 2020 in de Tweede Kamer wordt besproken.
- De programmatekst van Vakkundig aan het werk 2 is goedgekeurd en het programma gaat begin 2021 van start. In het programma met een begroting van 8,5 miljoen euro is een subsidieronde opgenomen van 2 miljoen euro in opdracht van UWV.

#### Overige programma's

- In een van de projecten is een cursus voor naasten van mensen met suïcidale gedachten ontwikkeld. Over dit project is een [artikel](#) voor de Mediator gemaakt.
- De projecten van het deelprogramma Opvoeding en onderwijs lopen voorspoedig. Van de 11 gehonoreerde projecten zijn 6 projecten afgerond.

#### Afwijkingen en knelpunten

##### Algemeen Afwijkingen en knelpunten door Corona

- Door de Corona-epidemie starten de meeste projecten later dan gepland.
- Door de Corona-epidemie zijn projectleidersbijeenkomsten, centrale commissievergadering, expertbijeenkomsten en dergelijke verzet of niet doorgegaan.
- Vanuit enkele projecten is het verzoek gekomen om ten gevolge van de coronacrisis een budgetneutrale verlenging aan te vragen. Deze zijn gehonoreerd. De uiteindelijke looptijd van het deelprogramma hoeft hiervoor vooralsnog niet te wijzigen.
- De doorlooptijd van rondes zal vaak langer zijn in verband met coronamaatregelen: potentiële indieners krijgen langer de tijd om een aanvraag in te dienen.

##### Programma Preventie 2019-2022

- Mogelijkheden worden verkend om budget vanuit de Innovatielijlijn te alloceren voor Preventie-onderzoek dat is gerelateerd aan de gevolgen van COVID-19 in aanvulling op de subsidie-oproep die loopt.
- De aanvullende opdracht van VWS Implementatie van een wijkgerichte aanpak stoppen met roken onder lage ses wordt gecombineerd met de ronde Voortgang maken met gezondheidsbevordering in de gemeentelijke praktijk.

##### Zwangerschap en geboorte II

- Vijf projecten die gaan over uitbreiding van de neonatale hielprikscreening zijn vertraagd. Het gaat om de projecten die gaan over uitbreiding van de hielprik met aandoening OCTN2, GAMT, ALD en SCID en de PANDA-studie. De redenen hiervoor zijn divers.

#### Sport en bewegen

##### Wapenfeiten

- In januari zijn 15 living labs in gemeenten gestart. De community of practice van deze living labs heeft vorm gekregen door middel van digitale ontmoetingen en webinars.
- De voorlopige resultaten en ontwikkelde materialen van het Thermo Tokyo onderzoeksproject worden ingezet op IC's om hittestress onder ic-personeel te voorkomen. Hiervoor is een impuls van 50.000 euro beschikbaar gesteld.

- In een tweede tranche van het Sportinnovator-subsidietraject zijn in maart 6 haalbaarheidsstudies toegekend en op de thema's bewegen, materialen en duurzaamheid. Daarnaast is een haalbaarheidsstudie gestart op het onderwerp blessurepreventie.
- In maart opende de oproep voor Sportinnovator Vouchers. Deze voucher van maximaal 10.000 euro kunnen gemeenten of sportbonden verzilveren bij een sportinnovator-centrum om hun kennisvraag te laten beantwoorden.
- Bijna alle innovatiecentra (13 van de 14) hebben hun deelname aan het Certified Partner traject bevestigd. Twee centra hebben inmiddels ook hun beoordeling ontvangen en zijn officieel partner van Sportinnovator en NOC\*NSF. Ook is het eerste nieuwe centrum op het gebied van de paardensport tot het netwerk toegetreden.
- Sportinnovator is kennispartner van het programma BNR Zakendoen en heeft de mogelijkheid om interessante innovaties aan te dragen.

#### Afwijkingen en knelpunten

Vanwege de huidige situatie omtrent COVID-19 zijn verschillende evenementen niet doorgegaan of verplaatst, bijvoorbeeld:

- Het symposium sportblessurepreventie is verplaatst van najaar 2020 naar voorjaar 2021.
- Het Congres met de TU Delft over sportinnovaties voor de Olympische Spelen in Tokyo is verplaatst naar volgend jaar. Het evenement rond de start van de Vuelta is voorlopig afgelast. Ook gaan de tweedaagse bijeenkomsten met Sportinnovator Centra voorlopig niet door.

Gefinancierde projecten in verband met COVID-19:

- De grote meerderheid van de sportimpuls-projecten (90) heeft budgetneutrale verlenging (van minimaal 3 maanden) gekregen omdat de projecten of stil liggen of maar deels (op een andere manier) ingevuld kunnen worden.
- Enkele sportblessurepreventie-projecten (in de eindfase) hebben een budgetneutrale verlenging van 3 maanden gekregen.
- In het Sportonderzoek-programma is door een groot deel van de projecten gevraagd om uitstel. Sommige projecten krijgen financiële problemen.
- Ook bij de livings labs is als gevolg van de COVID-uitbraak het bouwen van een netwerk en het bevragen van eindgebruikers tijdsintensiever, en dit vraagt om een grotere investering van personeel.

#### Translatieel onderzoek

##### Wapenfeiten

##### *Evaluatie translatieel onderzoek*

Op basis van een offertetraject heeft de evaluatiecommissie de Technopolis Group uitgekozen om de externe evaluatie van verschillende translationele programma's uit te voeren. Op 28 april vond de startbijeenkomst plaats met de evaluatiecommissie en Technopolis Group. De externe evaluatie zal naar verwachting in december 2020 afgerond zijn. De evaluatie behelst verschillende translationele programma's uit de periode 2004-2020, waaronder onder andere het brede programma Translationeel Onderzoek maar ook het programma Translationeel Adult Stamcelonderzoek.

##### *Future Affordable and Sustainable Therapies (FAST)*

De ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen en medische interventies is sterk in beweging. Om de therapieën van morgen - *future therapies* - optimaal van het laboratorium naar de individuele patiënt te brengen is een nieuwe manier van werken nodig. De ministeries van VWS en EZK, hebben in februari 2020 ZonMw de opdracht gegeven voor een kwartiermakerschap om te werken aan FAST, een nationaal platform ter stimulering van therapieontwikkeling. De rapportage verschijnt in het najaar van 2020 ([www.zonmw.nl/fast](http://www.zonmw.nl/fast)).

##### *Start subsidierondes programma PSIDER*

Het programma Pluripotent Stem cells for Inherited Diseases and Embryonic Research is begin 2020 gestart en is bedoeld voor biomedisch onderzoek met geïnduceerde pluripotente stamcellen (iPS). De eerste twee subsidierondes staan open, één voor multidisciplinaire consortia en één voor ethische reflectie over het tot stand brengen van niet-levensvatbare embryo's. De ronde voor multidisciplinaire consortia richt zich op kennisontwikkeling op het gebied van (de behandeling van) ernstige erfelijke

aandoeningen en op ontwikkeling van humane embryo-achtige structuren met behulp van pluripotente stamcellen. Aanvragen kunnen worden ingediend tot 8 september 2020. Aanvragen voor de tweede subsidieronde Ethische reflectie over het tot stand brengen van niet-levensvatbare humane embryo's kunnen tot 23 juni 2020 worden ingediend.

#### *ERACoSysMed*

De zes projecten uit de eerste subsidieronde zijn afgerond. De *systems medicine* aanpak stond centraal, waarbij ook de vertaling naar de kliniek en Open Science aandacht kregen. Zo heeft één project wiskundige modellen gecombineerd om de beste plek op het hart te bepalen voor plaatsing van elektrodes van een pacemaker. Met het onderzoek kan ook de ontwikkeling van hartritmestoomissen beter begrepen worden. De broncode van modellen en methodiek van data-analyse zijn Open Access gepubliceerd, zodat anderen het kunnen gebruiken en herhalen.

#### *European Joint Programme on Rare Diseases (EJP RD)*

In de transnationale subsidieronde JTC 2019 van EJP RD zijn 22 projecten rond onderzoek aan zeldzame ziekten gehonoreerd, waarvan 4 projecten een Nederlandse coördinator hebben en daarnaast 6 projecten een Nederlandse partner hebben. Het doel van deze projecten is de diagnose te versnellen en/of de progressie van zeldzame ziekten en onderliggende mechanismen van zeldzame ziekten te onderzoeken. Deze projecten ontvangen cofinanciering van de Europese Commissie.

De evaluatieprocedure van de Europese netwerksubsidies binnen EJP RD is in het voorjaar ontwikkeld door ZonMw. Deze steunvorm wordt volledig gefinancierd door de Europese Commissie. De eerste evaluatieronde heeft plaatsgevonden in de periode maart tot mei. 6 van de 9 aanvragen voor het organiseren van een Networking event voor zeldzame ziekten zijn positief beoordeeld door de internationale evaluatiecommissie.

#### **Afwijkingen en knelpunten**

##### *PSIDER*

De deadline van de subsidieoproep het programma PSIDER voor multidisciplinaire consortia is vanwege de COVID-19 crisis verschoven naar 8 september 2020. In plaats van de matchmaking bijeenkomst kunnen onderzoekers een projectidee insturen om op de ZonMw-website te plaatsen om zo partners te vinden. Inmiddels zijn acht website-pitches ingediend met daarbij specifieke vragen voor aanvullende expertise. Dit kan op het gebied van Maatschappelijk Verantwoord Innoveren zijn, maar ook voor andere wetenschappelijke disciplines, zoals sociale wetenschappen.

##### *EJP-RD Europese netwerksubsidies*

De deadline voor de tweede ronde van deze steunvorm is 3 maanden verschoven van 2 juni naar 1 september 2020 vanwege de COVID-19 crisis. Geselecteerde aanvragers van de eerste en tweede ronde krijgen de mogelijkheid om hun bijeenkomst tussen 6 en 18 maanden in plaats van 6 en 12 maanden na de datum van ingediende aanvraag te organiseren. De geselecteerde aanvragers van de eerste ronde mogen er ook voor kiezen om hun bijeenkomst online te organiseren. Als ze dit kiezen vragen we ze hun begroting aan te passen en opnieuw in te dienen bij ZonMw.

##### *ERA-CVD*

De projecten uit de EC-cofunded call in 2016 hebben 6 maanden uitstel gekregen voor het indienen van de eindrapportage vanwege de COVID-19 crisis. Dit betreft ook de door ZonMw en de Hartstichting gefinancierde onderzoekers uit deze subsidieronde.

#### **Overige programma's**

#### **Ethiek en Gezondheid**

##### **Wapenfeiten**

Begin 2020 is het laatste project van de 10 projecten vanuit de eerste ronde van pijler 1 gestart. Dit betreft rondes die op aanwijzing van de commissie worden uitgezet. De projecten bestrijken diverse velden in de zorg, zoals betrokkenheid van familie in dementiezorg, kwetsbare vrouwen en regie over hun eigen zwangerschap, burgerschap van mensen met ernstige en/of meervoudige verstandelijke beperking, de belangen van pleegkinderen die in een religieus niet overeenkomend pleeggezin

opgroeien, de ethische dilemma's van een gemeente bij gezondheidsverschillen tussen arm en rijk, en *shared decision making* in oncologiezorg bij mensen met een migratie-achtergrond.

In de ronde Preconceptionele dragerschapsscreening: Onderzoek naar de opbrengsten en gevolgen van dragerschap, de (ethische) kaders en het maatschappelijk draagvlak is één subsidieaanvraag ontvangen. Deze aanvraag is gehonoreerd en het project zal zo snel mogelijk van start gaan om oplevering van de resultaten in de eerste helft van 2021 mogelijk te maken. Deze ronde is gefinancierd vanuit pijler 2, die door VWS aangereikte onderzoeks- c.q. beleidsvragen op het terrein van ethiek en gezondheid betreft.

#### **Afwijkingen en knelpunten**

Door het plotselinge overlijden van de voorzitter van de programmacommissie en de maatregelen rondom het Coronavirus is de in april 2020 geplande strategische vergadering geannuleerd. Het enige lopende subsidietraject (zie hierboven) is uitgevoerd zoals gepland. Naar verwachting zal de vergadering in de tweede helft van 2020 plaats vinden. De planning van het programma zal hierop worden aangepast.

### **Programma Evaluatie Regelgeving**

#### **Wapenfeiten**

In het voorjaar van 2020 zijn drie wetsevaluaties in het programma afgerond. Dit zijn de tweede evaluatie van de Wet afbrekingen zwangerschap, de evaluatie de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en de tweede evaluatie van de Wet verwijsindex risicojongeren. Deze evaluaties zullen voor het zomerreces aan de Tweede Kamer worden aangeboden en openbaar worden.

In mei is de oproep tot het indienen van subsidieaanvragen voor de evaluatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang opengesteld. Daarnaast zal in juni een oproep tot het indienen van subsidieaanvragen voor de evaluatie van de Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen worden opengesteld.

#### **Afwijkingen en knelpunten**

Vanwege de coronacrisis lopen de lopende evaluaties van de Embryowet en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg mogelijk enige vertraging op. Eventueel verlengen van de looptijd van een evaluatie zal per evaluatie met VWS besproken worden. Vanwege de coronacrisis is inmiddels in overleg met VWS besloten om de evaluatie van de euthanasiewet en het sterfgevallenonderzoek pas in 2021/2022 te laten plaatsvinden.

## Strategie & Innovatie

### Kwaliteitsbeleid

#### Wapenfeiten

De samenwerking met de clusters is geïntensiveerd, wat heeft geleid tot meer kennisuitwisseling over de procedures en een dialoog over onduidelijkheden in de procedures. Op deze manier werken we aan een gedeeld begrip over de procedures. Indien nodig werken we onderdelen nader uit.

Voor de stroomlijning van processen wordt gewerkt aan een scala van processchema's die de verschillende onderdelen van het primair proces van ZonMw bevatten. Middels een intensief afstemmings- en accorderingstraject worden de processen nader uitgewerkt. Dit zal onder andere het geval zijn bij documentatie en het nieuwe projectmanagement systeem AIMS.

#### Afwijkingen en knelpunten

De coronacrisis heeft ervoor gezorgd dat geplande bijeenkomsten met de externe auditcommissie nog geen doorgang hebben kunnen vinden. Doel is om deze later in 2020 in te plannen.

### Implementatie

#### Wapenfeiten

De in 2019 uitgevoerde analyses van ZonMw-implementatieprojecten en verspreidings- en implementatie-instrumenten en het nieuwe ZonMw-beleidsplan vormen de basis voor het (door)ontwikkelen en aanscherpen van het implementatiebeleid. We hebben in deze periode het Werkplan Implementatie 2020-2024 geschreven met daarin 3 pijlers:

1. i-functie en i-formatie per cluster
2. i-kennis en expertise intern en extern
3. i-instrumenten en mogelijkheden

In het werkplan staan activiteiten, taakverdeling en tijdspaden beschreven. De uitvoering vindt plaats in regulier i-teamoverleg, onder andere middels inzet casuïstiek, in specifieke bijeenkomsten en trainingen voor i-teamleden, implementatie trainees en andere ZonMw-collega's en middels overleg tussen i-staf met i-specialisten en clusterhoofden.

We zijn gestart met het Trainee-traject Implementatie Specialist. De basistraining Impact Versterken hebben we online voortgezet, de e-learning Impact versterken gelanceerd en een praatplaat over Impact ontwikkeld en verspreid. Verder staat er een verdiepingsslag op vormen van succesvolle samenwerking in ZonMw-programma's en projecten gepland. We oriënteren ons op de mogelijke langetermijneffecten van corona voor implementatie in de sectoren van zorg en welzijn en voor ons eigen implementatiebeleid.

We werken aan de opname van standaardinformatievragen in het nieuwe projectsubsidiesysteem voor het plannen, monitoren en evalueren op impact. Daarnaast werken we aan een verkenning voor een Funder Innovation Lab over 'implementeren met impact': voor het doorontwikkelen en versnellen van ons implementatiebeleid en het leren over de eigen effectiviteit/meerwaarde in het versterken van impact. Verder werken we in opdracht van het ministerie van VWS aan een verkenning naar de behoeften aan en haalbaarheid van een organisatie gericht op de professionalisering van het vakgebied Implementatie in gezondheid, zorg en ondersteuning (Nederlands Implementatie Collectief NIC).

#### Afwijkingen en knelpunten

Vanwege de coronacrisis is de European Implementation Event in Rotterdam, waar ZonMw mede organisator en sponsor van is, uitgesteld tot mei 2021. Bijeenkomsten van het internationale Ensuring Value in Research Funders Forum worden omgezet naar virtuele bijeenkomsten en webinars (onder andere over de gevolgen van corona voor de wetenschap en onderzoeksfinanciers).

## Communicatie

### Wapenfeiten

Ook ZonMw heeft te maken met de gevolgen van de coronacrisis. Enerzijds heeft deze crisis een effect op de lopende activiteiten en anderzijds zijn binnen zeer korte tijd subsidieprogramma's opgezet rond actuele thema's in de bestrijding van deze crisis. Communicatie speelt in beide activiteiten een belangrijke rol. Dit vraagt een grote inzet van de communicatieprofessionals binnen de clusters en S&I, en drukt zwaar op de beschikbare capaciteit.

In het begin van dit jaar is het kwantitatieve deel van het reputatie-onderzoek dat door Motivaction wordt uitgevoerd afgerond. De conclusies uit het eerdere kwalitatieve onderzoek zijn grotendeels bevestigd. Het huidige externe beeld van ZonMw is: 'ZonMw is een degelijke, betrouwbare en toegankelijke organisatie met het verlenen van subsidie als kerntaak. Impact genereren en signaleren/agenderen worden minder herkend.' Hoe deze andere kerntaken van ZonMw beter voor het voetlicht kunnen worden gebracht, wordt later dit jaar tijdens een paneldiscussie uitgewerkt. Door de coronacrisis is dit naar achteren geschoven.

Het huidige sociale intranet is aan vervanging toe. In het eerste half jaar is de aanbesteding en opdrachtverlening afgerond.

### Afwijkingen en knelpunten

Gezien de coronacrisis is het oppakken van de stroomlijning communicatie vanuit ZonMw als geheel naar achteren geschoven. Deze stroomlijning past in de ambitie alle rollen van ZonMw goed over het voetlicht te brengen.

## Internationaal

### Wapenfeiten

De implementatie van het overzicht van internationale onderzoeksrondes waar de ZonMw-programma's bij kunnen aansluiten wordt voortgezet en zal ook opengesteld worden voor ministeries en gezondheidsfondsen. Hierdoor verbetert onder andere de verbinding tussen ZonMw-programma's (dan wel -clusters) en internationale subsidierondes en activiteiten. Het nieuwe EC-kaderprogramma Horizon Europe krijgt steeds meer vorm en ZonMw blijft actief participeren op verschillende niveaus in de totstandkoming van de toekomstige partnerschappen, gerelateerd aan voeding en Health.

### Afwijkingen en knelpunten

Geen

## Bedrijfsvoering

De afdeling Bedrijfsvoering bestaat uit de afdelingen Financiën & Control (F&C), Human Resources (HR) en Informatie & Automatisering (I&A). Daarnaast maken de medewerkers van Documentaire Informatiehuishouding (DIH), Facilitaire Dienst (FD), Project- en managementondersteuning en Receptie deel uit van Bedrijfsvoering.

### Wapenfeiten

De coronacrisis heeft vanaf half maart een belangrijk stempel gedrukt op de bedrijfsvoering. In navolging van de Rijksoverheid en VWS zijn maatregelen genomen om de verdere verspreiding van het virus te voorkomen en onze medewerkers te beschermen. Beide kantoorpanden zijn gesloten en thuiswerken is beter gefaciliteerd door het in bruikleen beschikbaar stellen van computerapparatuur en bureaustoelen, en de implementatie van applicaties om digitaal vergaderen te ondersteunen. ZonMw volgt de richtlijnen van de Rijksoverheid waarbij nadrukkelijk ook aandacht wordt geschonken aan de ondersteuning van medewerkers bij het thuiswerken door het beschikbaar stellen van tools en tips en het vinden van een goede balans tussen werk en privéleven.

De in 2021 aflopende huurovereenkomst voor het kantoorpand aan de Laan van NOI is met een korte periode verlengd tot 1 januari 2023. Daarmee loopt deze overeenkomst gelijk met de maximaal te verlengen huurperiode voor ons kantoor in het voormalige pand van het ministerie van SZW. Dit geeft ZonMw ruimte om tijdig een huisvestingsvisie te ontwikkelen waarbij kan worden ingespeeld op de

gevolgen van de coronacrisis, waaronder de gewijzigde balans tussen werken op kantoor en thuiswerken.

## Financiën en control

### Wapenfeiten

De jaarrekening is in februari 2020 tijdig opgeleverd voor de accountantscontrole, door onze externe accountant PwC gecontroleerd en goedgekeurd en vóór 15 maart 2020 aangeboden aan de beide hoofdopdrachtgevers VWS en NWO. In juni 2020 wordt een Europese aanbesteding gepubliceerd voor de accountantscontrole voor de komende jaren. In het voorjaar van 2020 is door een interne projectgroep gewerkt aan het bestek. De gunning van de opdracht is voorzien in augustus/september 2020. Daarnaast is de procedure voor de externe inhuur van specialistische medewerkers aangescherpt en wordt een pilot uitgevoerd met een Dynamisch Aankoop Systeem (DAS).

Met de implementatie van de nieuwe personeels- en salarisapplicatie per 1 januari 2020 is (deels) afscheid genomen van de applicatie PeopleInc, die vanaf 1 januari 2020 alleen nog in gebruik is voor tijdschrijven en personeelsplanning. In de loop van 2020 wordt bekeken welke applicatie tijdschrijven en personeelsplanning in de verdere toekomst het meest efficiënt en effectief kan faciliteren.

### Afwijkingen en knelpunten

De door de sterke groei van ZonMw noodzakelijke capaciteitsuitbreiding van F&C is deels gerealiseerd en deels in uitvoering. De capaciteitsuitbreiding komt ook voort uit de uitbreiding van de F&C-aandachtsgebieden met Inkoop, tijdschrijven en personeelsplanning in het verlengde van de nieuwe financieringssysteem. Daarnaast is het aantal opdrachtgevers toegenomen en is sprake van een grotere diversiteit en omvang van opdrachten. Dit vraagt specifieke expertise, bijvoorbeeld in het beoordelen van complexe begrotingen en eindafrekeningen.

## Informatisering en automatisering

### Wapenfeiten

I&A heeft vernieuwingen doorgevoerd met betrekking tot werkplekbeheer die ervoor zorgen dat snel en makkelijk nieuwe apparatuur zoals laptops kunnen worden beheerd en uitgeleverd. Daarnaast is een start gemaakt met de vervanging van de afgeschreven apparatuur. In het kader van duurzaamheid is besloten de afschrijvingstermijnen met 2 jaar te verlengen. De staat en kwaliteit van de apparatuur is dusdanig dat een gemiddelde levensduur van 5 jaar realistisch is. Vanwege de forse groei van de organisatie zijn voorbereidingen getroffen voor een nieuwe aanbesteding voor de aanschaf van computerapparatuur.

De kwaliteit van de dataopslag is verbeterd en de capaciteit is uitgebreid. Hiermee is voorzien in oplossingen voor de korte termijn, waarmee ruimte en tijd is gecreëerd om de geplande verduurzaming en verbetering van de IT-infrastructuur goed voor te bereiden.

De implementatie van het nieuwe PSA-systeem AFAS (HR Portaal) is dit voorjaar succesvol afgerond. I&A heeft alle technische koppelingen kunnen realiseren die noodzakelijk zijn voor de verschillende processen in de bedrijfsvoering. I&A heeft deelgenomen aan het aanbestedingstraject voor het nieuwe intranet, waarvan de implementatie in het najaar zal plaatsvinden. De voorbereidingen voor de nieuwe ZonMw-website zijn gestart.

In het AVG-project zijn met behulp van externe ondersteuning belangrijke stappen gezet om de implementatie in de lijnorganisatie te realiseren, waaronder het introduceren van een tool voor de gegevensverwerking van persoonsregistraties. De voorbereidingen voor de organisatie-brede implementatie van het Grant Management Systeem AIMS zijn in volle gang. Er is een externe projectleider aangesteld en de projectorganisatie en werkwijze zijn op onderdelen aangepast om efficiënter te kunnen werken.

### Afwijkingen en knelpunten

De implementatie van een IT-applicatie voor het gebruik en beheer van werkplekken en de vindbaarheid van collega's (werkplekchecker) is vanwege de coronacrisis uitgesteld. Alle

voorbereidingen zijn wel getroffen zodat deze applicatie later dit jaar alsnog in gebruik kan worden genomen.

## Human Resources

### Wapenfeiten

Op 1 januari 2020 is heel ZonMw overgegaan naar een nieuw PSA-systeem van AFAS (HR Portaal) dat volledig digitaal werkt. Tijdens de implementatieperiode van juni tot en met december is het systeem gevuld met HR-processen en workflows. Managers en medewerkers zijn meer 'in control' doordat zij zelf mutaties invoeren en altijd toegang hebben tot personele informatie. De reacties op het gebruik van het HR Portaal zijn positief. De applicatie zal komend jaar verder worden geoptimaliseerd en doorontwikkeld.

In juni wordt gestart met het project Ontwikkelen visie en strategie HR(D) beleid. De resultaten van de vorig jaar gehouden evaluatie onder begeleiding van een extern adviesbureau dienen hierbij als input. Bij dit traject worden leidinggevend en medewerkers meegenomen in de visie op de doelen die ZonMw de komende 4 jaar wil bereiken op het gebied van leren en ontwikkelen, diversiteit, en vitaliteit en de snel ontwikkelende arbeidsmarkt.

Vorig jaar is gestart met het organiseren van welkomstbijeenkomsten voor nieuwe medewerkers. Uit de evaluaties blijkt dat deze bijeenkomsten zowel bij nieuwe medewerkers als managers zeer goed zijn ontvangen. Dit jaar is een onboarding-traject ontwikkeld waarbij nieuwe medewerkers binnen een periode van ongeveer 8 maanden worden ingewerkt en begeleid, en waarbinnen zij diverse interne trainingen ontvangen, zodat zij zich welkom voelen binnen ZonMw. Dit onboarding-traject wordt tijdens terugkombijeenkomsten regelmatig geëvalueerd en vervolgens verbeterd.

ZonMw kent een grote diversiteit aan medewerkers met een grote vertegenwoordiging van vrouwen. Streven is om diversiteit en inclusiviteit verder te bevorderen. Daartoe is een startnotitie opgesteld ter voorbereiding op een plan van aanpak om doelgroepen actiever te bereiken en met elkaar in gesprek te gaan over een betere inbedding van iedere doelgroep in de ZonMw-organisatie.

Voor de gesprekkencyclus is werkbalans als organisatiethema vastgesteld. Op deze manier borgen we dat medewerkers en leidinggevend met elkaar in gesprek gaan over wat werkbalans voor hen betekent en hoe deze met de juiste balans tussen energienemers en energiegevers bewaakt kan worden.

In het najaar van 2019 zijn per etage ergo-coaches benoemd. Deze collega's zijn getraind om werkplekonderzoeken uit te voeren en collega's op hun etage te adviseren over een gezonde werkhouding en voldoende afwisseling tijdens het werk. Ook denken zij mee over vitaliteitsinitiatieven.

### Afwijkingen en knelpunten

Besloten is het voor 2020 voorgenomen medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) uit te stellen tot 2021. De organisatie is ten gevolge van de snelle groei, de ingebruikname van een tweede kantoorpand en de aanstelling van de nieuwe directeur te zeer in beweging om uit een MTO een betrouwbaar beeld te destilleren.

## Documentaire informatiehuishouding

### Wapenfeiten

Het plan van aanpak om achterstanden in te lopen is klaar en op basis daarvan wordt aan de achterstanden gewerkt. De planning van de activiteiten is gebaseerd op werken op kantoor. Door het thuiswerken is een aantal activiteiten zoals de selectie van papieren dossiers uitgesteld.

De selectielijst van ZonMw was niet meer actueel. Om pragmatische redenen is besloten om deze te laten vervallen en een nieuwe selectielijst te schrijven. Op 19 mei 2020 is het vaststellingsbesluit getekend door de Algemene Rijksarchivaris namens de minister van Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media. De selectielijst is eind mei in de Staatscourant gepubliceerd en het vaststellingsbesluit is daarmee inmiddels in werking is getreden.

COVID-19 is een hotspot. Dit betekent dat de archivering van de informatie over COVID-19 gerelateerde zaken extra aandacht vraagt. De medewerkers DIH coördineren de werkzaamheden en geven richtlijnen aan de ZonMw-medewerkers om de informatie (die verspreid is over de organisatie) te inventariseren. De medewerkers DIH onderhouden de contacten met externen en dragen in de toekomst de dossiers over aan het Nationaal Archief.

**Afwijkingen en knelpunten**

Het verder implementeren en toetsen van het Kwaliteitssysteem DIH is ten gevolge van de coronacrisis uitgesteld. De vervanging van Projectnet/Delfi door AIMS en de daarmee samenhangende aanschaf en inrichting van een nieuw DMS is later dit jaar voorzien.

Op dit moment wordt gewerkt aan een beleidsplan om de kwaliteit van DIH te verbeteren. Dit is dit voorjaar opgepakt en was niet voorzien in het jaarplan. Leidraad hierbij zijn de behoefte van de organisatie en de resultaten van de monitor van de Inspectie Overheidsinformatie en Erfgoed.

## Dwarse onderwerpen

### Onderwijs

#### Wapenfeiten

- De aandacht binnen ZonMw voor deskundigheidsbevordering van en kennis en kunde voor professionals in preventie, zorg en welzijn groeit. De komende jaren is stimulering en sturing daarop nog noodzakelijk. Het team *Onderwijs Dwars* heeft een concept visie en meerjarenplan voor de jaren 2021 – 2025 ontwikkeld. Op 8 april zijn ZonMw-collega's en externe experts bijeengekomen om de visie en strategie op onderwijs in ZonMw-programma's te bespreken. Naar aanleiding van deze bijeenkomst zijn verbeteringen in het plan doorgevoerd.
- 20 April is de eerste van de tweejaarlijkse training *Onderwijs komt naar je toe* georganiseerd voor collega's met nog weinig ervaring met onderwijs en deskundigheidsbevordering binnen programma's. 11 collega's uit 6 verschillende clusters namen deel aan de training. In deze training wordt kennisgemaakt met de verschillende manieren waarop je onderwijs kan betrekken in je programma. De training richt zich op alle programmafases en zowel op mbo-, hbo-, als wo-niveau en bij- en nascholing.
- Voor de meer gevorderde collega's vond 18 mei de eerste *Intervisietraining Onderwijs* plaats. 10 collega's uit 4 verschillende clusters waren aanwezig. Deze training is geschikt voor collega's die zich richten op het stimuleren van betrokkenheid van opleidingen bij hun programmering. En op een plek voor deskundigheidsbevordering en kennis en kunde in projecten en resultaten. Tijdens deze bijeenkomst wisselden collega's en experts uit het mbo en hbo ervaringen uit om elkaar te inspireren en werden nieuwe vergezichten en mogelijkheden verkend. Vanwege de positieve reacties is besloten deze intervisietraining nog een keer dit najaar te organiseren.
- Het rapport [Eindevaluatie onderwijsprojecten van het programma AVG](#) is recent gepubliceerd. In dit evaluatieonderzoek is de opbrengst van dertien onderwijsprojecten, de toepassing hiervan en de overdraagbaarheid onderzocht. Het team *Onderwijs Dwars* heeft onder andere geadviseerd bij subsidierondes en bij de opdrachtverstrekking van de evaluatie. De geleerde lessen hieruit worden opgenomen in de werkwijzer Onderwijs.
- Binnen diverse programma's wordt gewerkt aan projecten Leernetwerken en Leren & verbeteren op de werkvloer. Onderwijs Dwars stimuleert het onderling delen en leren van de ervaringen hiermee, zowel intern als extern. De informatie is in het voorjaar van 2020 gebundeld op de website van ZonMw: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/leren-en-verbeteren/>.

### Participatie

#### Wapenfeiten

De afgelopen maanden is er veel tijd besteed aan het vernieuwen en updaten van de [participatiepagina](#) op de website van ZonMw. Met deze update verbeteren we de informatievoorziening aan onderzoekers en andere belanghebbenden die met participatie aan de slag willen. Verder komt er eind juni een nieuwsbriefspecial over participatie uit met informatie, inspiratie en concrete tips en tools om aan de slag te kunnen. Gedurende de zomer zullen er ook andere nieuwsberichten over participatie vanuit ZonMw worden geplaatst op de website.

In februari is een stagiaire een veldonderzoek gestart naar de werkwijze van het panel met ervaringsdeskundigen. Dit panel wordt aangestuurd vanuit de Patiëntenfederatie Nederland en wordt ingezet voor de beoordeling van aanvragen bij ZonMw op relevantie. De stage loopt eind juni af. Uit de stage volgt een rapport met bevindingen en aanbevelingen.

Ten slotte is er vanuit ZonMw gewerkt aan het opstellen van een signalement voor de inzet van ervaringsdeskundigen. Dit signalement wordt in de zomer 2020 definitief afgerond. Ook is input verzorgd voor het ZonMw-beleidsplan, zodat participatie van ervaringsdeskundigen daarin weer een plek krijgt.

#### Afwijkingen en knelpunten

Er zou in mei 2020 een congres over participatie plaatsvinden, maar dat ging niet door vanwege corona. Verder gingen interne trainingen om dezelfde reden niet door.

## Open Science (Toegang tot data)

Open Science kent bij de ZonMw de pijlers FAIR data, Open Access en Reflectie op de wetenschap. Daarnaast zijn onderwerpen zoals Citizen Science, talentontwikkeling, en data stewardship van belang voor Open Science.

### Wapenfeiten

#### *Reflectie op de wetenschap*

De [nieuwe manier](#) van erkennen en waarderen wordt binnen ZonMw doorgevoerd, hetgeen beter past bij de kerntaken van de kennisinstellingen op het gebied van onderwijs, onderzoek, impact en patiëntenzorg. De waardering die wetenschappers krijgen sluit daarmee beter aan bij de behoeften van de maatschappij. Als startpunt is binnen het Vici-programma de kwaliteit van de aanvrager beoordeeld middels een narratief academisch profiel en een lijst van maximaal tien belangrijke producten (publicaties, boeken, software). Het geheel geeft de mogelijkheid om verschillende talenten van aanvragers mee te wegen in de beoordeling. Bibliometrische gegevens zoals H-index, Journal Impact Factor of andere hiervan afgeleide statistieken worden niet meer in de beoordeling meegenomen. Ook andere ZonMw-programma's zullen het nieuwe erkennen en waarderen gaan hanteren.

#### *Open Access*

ZonMw scherpt het [Open Access beleid](#) aan, zodat dit vanaf 2021 in lijn is met [Plan S](#). In het overgangsjaar 2020 stimuleert ZonMw de volledig 'gouden' Open Access route door financiële middelen beschikbaar te stellen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen lopende projecten en nieuwe programma's / projecten.

Begin 2020 is een slag gemaakt in communicatie en advies over het vernieuwde Open Access beleid, zowel intern (ZonMw-medewerkers, via meetings en intranet) als extern (projectleiders, via internet, nieuwsbrieven en persoonlijk contact over projectverloop). Overgangsjaar 2020 staat daarmee in het teken van informeren, faciliteren en feedback vergaren.

De wijze van monitoring van het Open Access beleid wordt verkend. Doel is een semi-automatische methodiek op te zetten. Begin 2020 is een eerste [analyse](#) uitgevoerd van het aantal Open Access beschikbare publicaties met vermelding van de onderzoeksfinancier, gebaseerd op projecten gefinancierd door NWO en ZonMw in de periode 2015-2018. Het percentage voor ZonMw bedroeg in die periode circa 60%. Middels aangescherpt beleid streeft ZonMw naar 100% Open Access eind 2020.

#### *FAIR data*

Zowel binnen ZonMw als bij de kennisinstellingen raakt men steeds meer vertrouwd met de nieuwe werkwijze die ZonMw in 2019 heeft geïntroduceerd voor het [creëren van herbruikbare \(FAIR\) data in ZonMw-projecten](#). In de nieuwe werkwijze ligt de verantwoordelijkheid voor goed datamanagement bij de onderzoeker en de datasteward, gefaciliteerd door de kennisinstelling. De focus ligt nu bij de erkenning van de templates voor datamanagement. In deze periode is NWO op dat gebied gaan samenwerken met ZonMw. ZonMw monitort de uitkomsten van het datamanagement middels [kerngegevens](#). De informatie van de onderzoekers over de kerngegevens is enerzijds een verantwoording van het datamanagement in hun projecten. Anderzijds biedt het inzicht in de keuzes voor bepaalde standaarden of platforms in een onderzoeksdiscipline. Een volgende stap is om deze informatie goed te verzamelen uit de projecten en te gebruiken voor het optimaliseren van de werkwijzen.

ZonMw stimuleert onderzoekers bij datamanagementplanning keuzes te maken voor standaarden die in hun vakgebied gebruikelijk zijn. Dit bevordert de herbruikbaarheid van data. In deze periode is volop ingezet op het onderzoeksgebied rond COVID-19. ZonMw heeft een startsubsidie gegeven aan Virus Outbreak Data Network ([VODAN](#)) om datamodellen te maken waarmee onderzoeksdata geschikt worden voor artificiële intelligentie (benaderbaar voor leer algoritmen). Vervolgens is de bovenbeschreven aanpak verder ontwikkeld met specifieke informatie over FAIR data in COVID-19 projecten. Ook hierbij gaat veel aandacht uit naar ondersteuning door datastewards van onderzoekers die in zeer korte tijd een onderzoeksproject moeten voorbereiden (zie [Support & community building](#) en de [webinar voor datastewards](#)).

Tot slot coördineert ZonMw vanuit de FAIR data groep een van de projecten van het Nationaal Programma Open Science: [professionalisering van de functie van datasteward](#).

## Positieve gezondheid

### Wapenfeiten

ZonMw hecht aan de brede benadering van gezondheid, waaronder Positieve gezondheid, en heeft hiervoor een viertal doelstellingen geformuleerd waarop mooie resultaten zijn bereikt.

*1. Bijdragen aan de operationalisering en doorontwikkeling van de brede benadering van gezondheid, waaronder Positieve gezondheid, in de ZonMw-programmering*

In steeds meer subsidieoproepen en projecten is een brede benadering van gezondheid, waaronder Positieve gezondheid, uitgangspunt voor programmering. Veelal wordt in deze programma's het functioneren van mensen centraal gesteld en gestimuleerd om aan te sluiten op de interesses, behoeften en wensen van de betreffende doelgroep. Enkele voorbeelden hiervan zijn programma's gericht op e-Health & preventie, paramedische zorg, mensen met een chronische ziekte of beperking en hun naasten, mensen met verward gedrag, geestelijke verzorging thuis, de Juiste Zorg op de Juiste Plek en Maatschappelijke diensttijd van jongeren.

*2. Bijdragen aan het verkrijgen van inzicht op welke wijze en in welke mate ZonMw Positieve gezondheid gebruikt bij gezondheidsonderzoek en innovatie*

Het ZonMw-project *Limburg als broedplaats voor Positieve Gezondheid: een procesevaluatie met lessen voor andere regio's* is halverwege zijn looptijd. Er ligt een mooie basis voor een kennisinfrastructuur op het meetbaar maken van de brede benadering van gezondheid. In het project wordt al succesvol samengewerkt met het RIVM en Institute Positive Health en wordt de zinvolheid en mogelijkheid van een groter landelijk consortium verkend.

*3. Bijdragen aan het verankeren van Positieve gezondheid in de organisatie, communicatie, en programmering*

Een integrale brede kijk op gezondheid heeft een structurele plek gekregen in het Toetsingskader Verantwoord Programmeren als onderdeel van de toets op maatschappelijke relevantie. Dit is onderdeel van de verplichte training Impact versterken voor alle (nieuwe) ZonMw-ers. Een evaluatie van de implementatie van de bredere benadering van gezondheid, waaronder Positieve gezondheid onder medewerkers van ZonMw, is als stage-opdracht gestart in voorjaar van 2020.

*4. Bijdragen aan impact in (inter)nationale discussies voor beleid (WHO) en onderzoek*

Als opbrengt van het [programma Kwaliteit van Leven en Gezondheid](#) is een [interactief dashboard](#) van Nederlandse gezondheid-gerelateerde (generieke en multidimensionale) meetinstrumenten ontwikkeld om kwaliteit van leven en gezondheid te evalueren in de gezondheidssector. Hiermee kan onderbouwd een keuze worden gemaakt voor een optimale en passende meting van kwaliteit van leven. Door bemiddeling vanuit ZonMw tussen NWO en het Zorginstituut wordt dit dashboard inmiddels via de website van het Zorginstituut Nederland beschikbaar gesteld.

### Afwijkingen en knelpunten

Door de corona-maatregelen heeft het Limburgse project wat vertraging opgelopen. De eindrapportage wordt in juli 2021 verwacht.

**Cofinanciering****Wapenfeiten**

Jaarlijks organiseren we in samenwerking met Health~Holland de LSH PPS-dag. De jubileumeditie heeft plaatsgevonden op 5 maart in de Jaarbeurs te Utrecht. Thematiek van de bijeenkomst betrof het missie-gedreven innovatiebeleid op het terrein van Gezondheid & Zorg.

**Afwijkingen en knelpunten**

Workshops en bijeenkomsten met fondsen zijn niet doorgevoerd in verband met de coronacrisis.

ZonMw stimuleert gezondheids-  
onderzoek en zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334  
2593 CE Den Haag  
Postbus 93245  
2509 AE Den Haag  
Telefoon 070 349 51 11  
Fax 070 349 51 00  
info@zonmw.nl  
www.zonmw.nl



Financiële rapportage behorende bij  
de Voortgangsrapportage ZonMw  
met betrekking tot de ZonMw-programma's  
over de periode januari t/m mei 2020

Den Haag, 22 juni 2020

Financiële rapportage behorende bij de voortgangsrapportage ZonMw met betrekking tot  
de ZonMw programma's over de periode januari t/m mei 2020  
bedragen x € 1.000

Inhoudsopgave	Pagina
<b>Inleiding</b>	2
<b>Financieel</b>	
1. Verplichtingen januari t/m mei 2020	3
2. Kasstroomoverzicht	3
<b>Liquiditeit</b>	
3. Toezeggingen financiers	4
4. Vergelijking betalingen toekenningen en kosten ten opzichte van de liquiditeitsbegroting 2020	4

**Inleiding**

In deze rapportage zijn de programma's ingedeeld in de verschillende programmaclusters zoals bij de verplichtingen en liquiditeiten is aangegeven.

De bedragen voor nieuwe programma-opdrachten, die zijn ontvangen na het samenstellen van de programmabegroting 2019, zijn toegevoegd aan de kolommen begroting. In eerdere jaren werden deze apart vermeld.

**Financiële rapportage behorende bij de voortgangsrapportage ZonMw met betrekking tot de ZonMw programma's over de periode januari t/m mei 2020**

bedragen < € 1.000

**1. Verplichtingen januari t/m mei 2019**

	Verplichtingen jan. t/m mei 2020		Begrote verplichtingen 2020		Percentage Gevolgd op 31 mei 2020 i.o.v. Begroot op 31 mei 2020
	Totaal Gerealiseerd jan t/m mei 2020		Begroot januari t/m mei 2020	Begroot voor- gesteld 2020	
Aan de cijfers van de Programmabegroting 2020 zijn de begrotingen van nieuwe programma's toegevoegd					
Exploitatiekosten *					118%
Verrichte loekeningen (incl vrijval **) en kosten					
DoelmatigheidsOnderzoek					30%
Fundamenteel onderzoek					78%
Geestelijke gezondheid					71%
Gehandicapten en Chronisch zieken					34%
Geneesmiddelen					21%
Gezondheidsbescherming					170%
Jeugd					83%
Kwaliteit van Zorg					70%
Life Sciences & Health					74%
Ouderen					73%
Palliatieve Zorg					349%
Preventie					191%
Sport en bewegen					102%
Translatie-onderzoek					483%
Overige programma's					73%
Totaal verrichte loekeningen incl. vrijval en kosten					73%

**Toelichting**

\* De exploitatiekosten tot en met mei vallen hoger uit dan begroot, tenzij er door nieuwe oproschien ook extra inkomsten i.o.v. de begroting worden worden genereerd naar het ach laat aanzien zal er, evenals in 2019, in het naaar een haalbaarheids worden gedaan op de lateven, zodat de coorbelasting aan programma's naar beneden zal worden bijgesteld.

\*\* Met vrijval wordt bedoeld het na afsluiten van een project niet bestede deel van de toekerning, welke ten gunste van het programma is getracht.

**Realisatie i.o.v. Begroting 2020**

De realisatie over de periode januari tot en met mei 2020 voor de programmclusters is ontleend aan de interne financiële managementrapportage en wordt met de clustercoördinatoren besproken. Clustercoördinatoren zullen waar nodig en mogelijk actie ondernemen om achterstanden i.o.v. de begroting in de loop van het jaar in te lopen. De corona-crisis heeft tot gevolg dat rondes later en/of langer worden open gezet, zodat verplichtingen later in het jaar worden aanpekaan.

**Financiële rapportage behorende bij de voortgangsrapportage ZonMw met betrekking tot de ZonMw programma's over de periode januari t/m mei 2020**

**2. Kasstroomoverzicht**

bedragen < € 1.000

Werkelijk t/m 31/05/2020

Stand geldmiddelen per 1 januari 2020  
Ontvangen Exploitatie subsidie VWS  
Af. Exploitatiekosten excl. Afschrijving  
Af. Investerings

**Subtotaal A**

Ontvangen van financiers programma's en projecten  
Ministerie van VWS  
NWO  
Overigen

**Subtotaal B**

**Totaal generaal A + B**

Kasuitgaven programma's en projecten  
Overige kasmutaties (overige debiteuren, crediteuren etc)

Stand geldmiddelen 31/5/2020

5.1.2b

Liquiditeitsrapportage behorende bij de verkorte voortgangsrapportage ZonMw met betrekking tot de ZonMw programma's over de periode januari t/m mei 2020							
bedragen x € 1.000							
3. Toezeggingen financiers							
bedragen x € 1.000							
	Toezeggingen per 1/1/2020	Toezeggingen per jan. t/m mei 2020*	Sub-totaal toezeggingen per 31/5/2020	Ontvangen subsidies per 1/1/2020	Ontvangsten jan. t/m mei 2020	Ontvangsten per 31/5/2020	Nog te ontvangen per 31/5/2020
<b>Lopende programma's</b>							
DoelmatigheidsOnderzoek	76						
Fundamenteel onderzoek	77						
Geestelijke gezondheid	78						
Gerandicapten en Chronisch zieken	79						
Geneesmiddelen	80						
Gezondheidsbescherming	81						
Jugend	82						
Kwaliteit van Zorg	83						
Life Sciences & Health	84						
Ouderen	85						
Palliatieve Zorg	86						
Preventie	87						
Sport en bewegen	88						
Transitietoets onderzoek	89						
Overige Programma's							
Voorschot bijdrage VWS *							
Voorschot bijdrage NWO *							
Kasschuif op afgesloten programma's							
Afgesloten programma's							
					5.1.2b		

\* De bevoorschotting van de hooftopdrachtgevers op de bijdrage over het jaar 2020 betreft een betaling voor de verschillende programma's. Uiteinde 2020 zullen de ontvangsten voorschotten verdeeld worden naar de programma's.

Liquiditeitsrapportage behorende bij de verkorte voortgangsrapportage ZonMw met betrekking tot de ZonMw programma's over de periode januari t/m mei 2020							
bedragen x € 1.000							
4. Vergelijking betaling toekenningen en kosten t/m mei 2020 t.o.v. liquiditeitsbegroting 2020							
	Geplande betalingen *			Realisatie kasuitgaven jan. t/m mei 2020	Begroting kasuitgaven 2020 **		Percentage realisatie t.o.v. van Begroot jan-mei
	Geblokkeerde betalingen vervaldatum t/m 2018	Mutuele geblokkeerde betalingen tot 31/05/2020	TOTAAL	Bereikte besparingen en kosten incl. verval	Begroot januari t/m mei 2020	Begroot voortgezet 2020	
DoelmatigheidsOnderzoek							58%
Fundamenteel onderzoek							79%
Geestelijke gezondheid							81%
Gerandicapten en Chronisch zieken							53%
Geneesmiddelen							43%
Gezondheidsbescherming							194%
Jugend							51%
Kwaliteit van Zorg							118%
Life Sciences & Health							100%
Ouderen							52%
Palliatieve Zorg							59%
Preventie							129%
Sport en bewegen							18%
Transitietoets onderzoek							83%
Programma's overige programma's							83%
							<b>70%</b>

#### Toelichting

\* Het bedrag geblokkeerde betalingen betreft geplande betalingen waarvan de vervaldatum reeds is verstreken, maar waarvan het wachten is op bevestiging van inhoudelijke vragen op eindrapportages, dan wel de ontvangst van een eindrapportage (inhoudelijk en/of financieel).

\*\* Dit is de som van de Programmabegroting 2020 en nieuwe programma's die in deze voortgangsrapportage zijn opgenomen

#### Realisatie t.o.v. begroting

De realisatie over de periode januari tot en met mei 2020 voor de programmaclusters is ontleend aan de interne financiële managementrapportage en wordt met de clustercoördinatoren besproken. Clustercoördinatoren zullen waar nodig en mogelijk actie ondernemen om overeenkomsten t.o.v. de begroting in de loop van het jaar in te lopen.

Periodiek vindt afstemming over de voortgang plaats tussen F&C en het management van de programmaclusters, met als doel de realisatie van de liquiditeiten zoveel als mogelijk conform de planning te laten plaatsvinden.



# Tweede Kamer

DER STATEN-GENERAAL

Commissie VWS

Aan de minister voor Medische Zorg

Plaats en datum: Den Haag, 9 november 2020  
Betreft: Brandbrief vitamine C-therapie bij COVID-19  
Ons kenmerk: 2020Z20996

Geachte mevrouw Van Ark,

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een brief ontvangen van Sepsis en daarna te Den Haag d.d. 26 oktober 2020 aangaande brandbrief vitamine C-therapie bij COVID-19.

In de procedurevergadering van 5 november 2020 heeft de commissie besloten graag een reactie van u op deze brief te ontvangen.

Hierbij breng ik u het verzoek van de commissie over.

Hoogachtend,

de griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

5.1.2e

Tweede Kamer der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag

T. 070- 5.1.2e  
E. 5.1.2e @tweedekamer.nl

Den Haag, 3-6-2020

Van: Idelette Nutma, Sepsis en daarna, patiëntenplatform

5.1.2e

Aan: De minister van VWS, H.M. de Jonge en

5.1.2a

5.1.2e

Betreft: Vitamine C als adjuvante behandeling bij COVID-19  
 Reactie op uw brief van 15 mei 2020, kenmerk 1685491-204918-PG

Geachte minister van VWS en directeur Publieke Gezondheid,

Hartelijk dank voor uw uitgebreide antwoord op de brief van 23 april 2020. We zijn blij dat u er inhoudelijk op in wilde gaan. Echter, wij constateren dat een aantal belangrijke aspecten niet zijn meegenomen of goed begrepen. En het zijn precies die aspecten die de afweging rond adjuvante behandeling met vitamine C in een ander licht zetten. We verduidelijken ze daarom hieronder graag. Ons betoog rust op 4 pijlers.

- A) **Patiënten die een ernstige infectie-reactie vertonen, ontwikkelen acuut een ernstig tekort aan vitamine C.** Dit is uitvoerig beschreven in wetenschappelijke publicaties.<sup>1</sup> Zonder aanvulling van dit tekort missen zij de stof die essentieel is voor de eigen afweer en die hen beschermt tegen een ontspoorde ontstekingsreactie. Zij voeren hierdoor een ongelijke strijd. Wij lichten dit hieronder toe.
- B) **Vitamine C heeft weliswaar niet een direct effect op het virus, maar door versterking van velerlei functies van het immuunsysteem versterkt het wel degelijk de bestrijding ervan. Daarnaast grijpt vitamine C op een andere manier in: het is een essentiële stof in het voorkomen van het ontsporen van de infectie.** Dit is een kernpunt. Een belangrijk deel van de schade en de sterfte wordt bepaald door de manier waarop het lichaam op het virus reageert. Het ziektebeeld sepsis (de ontregelde reactie van het lichaam op een infectie) heeft ons in de afgelopen decennia daarover genoeg geleerd. Voor de rol van vitamine C bij sepsis is veel wetenschappelijk bewijs. Daarbij is het aspect van tijdige toediening van cruciaal belang gebleken. Het blijven hangen in het 'dogma van wachten op meer studies' is onzes inziens niet op zijn plaats gezien het feit dat een kortdurend hoge dosering van vitamine C bij intensive care patiënten in gecontroleerde studies veilig is gebleken, en gezien het belang van de patiënten die door de toediening van vitamine C de kans hebben om minder ziek te worden. Voor een meta-analyse, zie Wang et al: "*Effects of different ascorbic acid doses on the mortality of critically ill patients.*"<sup>2</sup> Hierin geen enkele twijfel over de rol van vitamine C en het bewijs, alleen de aanmoediging om die rol verder te verhelderen. Wij benadrukken in dit verband ook dat de WHO vitamine C benoemt als adjuvante interventie.<sup>3</sup>
- C) **Het ethisch en urgentie-perspectief blijft tot nog toe buiten beeld.** Verdere versterking van het bewijs dat vitamine C, mits zo snel mogelijk toegediend, in belangrijke mate orgaanschade kan voorkomen of verminderen, is een kwestie van tijd. Maar die tijd hebben getroffen patiënten en naasten niet. En er is één groot verschil met alle andere middelen waar onderzoek naar wordt gedaan: vitamine C is in alle grote trials veilig gebleken. Wij zien vanuit patiënten- en ethisch perspectief geen denkbaar argument om vitamine C niet nú al op een gecontroleerde manier in de strijd tegen het virus in te zetten, is het niet in therapeutische (hoge) doseringen, dan in ieder geval in doseringen die het tekort aanvullen. U zegt zelf terecht dat vitamine C belangrijk is voor de

<sup>1</sup> Carr, A.C. et al. Hypovitaminosis C and vitamin C deficiency in critically ill patients despite recommended enteral and parenteral intakes, *Critical Care* (2017) 21:300, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29228951/>

<sup>2</sup> Wang, Y. et al. Effects of different ascorbic acid doses on the mortality of critically ill patients: a meta-analysis, *Annals of Intensive Care*, volume 9, Article number: 58 (2019) <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-019-0532-9>

<sup>3</sup> WHO, A coordinated global research roadmap: 2019 novel coronavirus, March 2020 [https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Coronavirus\\_Roadmap\\_V9.pdf](https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Coronavirus_Roadmap_V9.pdf), p. 37

weerstand. Hoeveel te meer geldt dit voor IC-patiënten bij wie een aangetoond tekort bestaat. Ex-patiënten en naasten zouden een hoofdrol moeten spelen bij ethische vragen als: *wat verdient een kans bij het verminderen van de impact van het virus voor patiënten en naasten en bij het bevorderen van een positieve uitkomst? Wat weegt daarbij voor hen het zwaarst?* Daarnaast is het buitensluiten van vitamine C t.o.v. het 'toelaten' van (risicovolle) andere middelen niet langer uit te leggen aan patiënten en naasten. Wie van hen zou desgevraagd tegenstander zijn van een natuurlijke stof waarmee het lichaam op een veilige manier kan worden ondersteund en de kans op herstel toeneemt? Het niet toepassen ervan stelt patiënten bloot aan veel grotere risico's.

- D) **Uit innovatief oogpunt vraagt dit nieuwe virus om een brede, vernieuwende aanpak** waarin meerdere aanvliegroutes elkaar versterken. Helaas heeft vitamine C als 'onschuldige stof' haar uitstraling niet mee in de 'high tech'-medische wereld. Het middel is goedkoop, eenvoudig en er berust geen patent op. Het is belangrijk dat onnodige weerstand wordt doorbroken. Terecht merkt u op dat bescherming door een vaccin nog ver weg is. Dat zou ons uit moeten dagen om alle opties die schade kunnen voorkomen of beperken in ogeschouw te nemen, zeker de opties die veilig zijn.

#### Voorstel

Hieronder doen wij een voorstel waarin de overheid een belangrijke rol zou kunnen vervullen. Het voorstel sluit aan bij het programma 'Zinnige zorg'<sup>4</sup> en het rapport '(Samen)leven is meer dan overleven - Breder kijken en kiezen in tijden van corona'<sup>5</sup> van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, waarin wordt opgeroepen om burgers en een bredere kring van experts (waaronder ethici) te betrekken bij het vaststellen van de toegevoegde waarde van behandelingen voor de gezondheid (en er staan hier levens op het spel). Zeker is in ieder geval dat het kostenaspect van vitamine C geen rol hoeft te spelen in de afwegingen.

- Bevorder de werkwijze 'Toepassing naast verder onderzoek', in samenspraak met (ex-)patiënten en naasten via o.a. cliëntenraden in ziekenhuizen en patiëntvertegenwoordigers.
- Stimuleer ziekenhuizen om in samenwerkingsverband, in de vorm van een 'voor- en na- studie' goed gemonitord, hoge doseringen vitamine C toe te passen (al of niet als onderdeel van de in de VS toegepaste MATH+ therapie (Methylprednisolone, Ascorbic Acid, Thiamine, low molecular weight Heparin), zo tijdig mogelijk toegediend, op de SEH en/of de IC. Wij wijzen in dit verband op de ervaringen zoals die zijn opgedaan door de (gerenommeerde en ervaren) Critical Care artsen die zich hebben verenigd in het Frontline COVID-19 Critical Care Consortium (FLCCC).<sup>6</sup> Zij zijn absoluut voorstander van verder onderzoek, maar laten het bewijs dat er tot nu toe ligt én het ethisch perspectief de doorslag geven. **'Waiting for the perfect will be an enemy of the good'** is een veelzeggende uitspraak van [redacted] die deel uitmaakt van het eerdergenoemde FLCCC.

U kunt als overheid van doorslaggevende steun zijn voor de SEH/IC-artsen die wel willen, maar in de klem worden gehouden door bovengenoemd 'dogma' en niet op de voorgrond willen treden.

Hoogachtend en met vriendelijke groet, namens

Sepsis en daarna, patiëntenplatform

E-mail: [redacted]@sepsis-en-daarna.nl

[redacted] 5.1.2e

E-mail: [redacted]@home.nl en/of [redacted]@umcg.nl

[redacted] 5.1.2e

E-mail: [redacted]@gmail.com

Plaats: Den Haag

Datum: 3-6-2020

[redacted] 5.1.2e

Idelette Nutma

<sup>4</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/zinnige-zorg>

<sup>5</sup> <https://www.raadvvsn.nl/documenten/publicaties/2020/05/03/goed-samen-leven-in-tijden-van-corona>

<sup>6</sup> <https://covid19criticalcare.com/>

Den Haag, 26-10-2020

Van: Idelette Nutma, Sepsis en daarna, patiëntenplatform

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

Aan: Tweede Kamer Commissie van VWS

Betreft: Toepassing vitamine C therapie op ethische gronden

Geachte Tweede Kamer Commissie,

Steeds luider wordt de roep om de inzet van de beproefde en veilige vitamine C-therapie bij COVID-19, onder meer als onderdeel van het MATH+ protocol. Eerder al stuurden patiëntenplatform Sepsis en daarna, tezamen met prof. dr. H.M. Oudemans-van Straaten en dr. ir. R. Graaf, aan minister de Jonge daarover een brief. De Vereniging Hersenletsel, één van de grootste patiëntenverenigingen in Nederland heeft zich in juli bij deze lobby gevoegd. De laatste brief aan de minister betreffende 'Vitamine C als adjuvante behandeling bij COVID-19' dateert van 3 juni. Tot op heden kwam daarop helaas nog geen reactie. Wij hebben er uiteraard begrip voor dat een reactie in deze tijden van crisis meer tijd vergt, maar willen gezien de urgentie en het grote patiënten-belang toch nogmaals uw aandacht vragen voor dit onderwerp.

Gezien de 'tweede Corona-golf' en de onverminderde impact van het virus op onze samenleving, achten ondergetekenden het van groot belang dat de voorstellen zoals genoemd in onze laatste brief aan de minister (zie bijlage) nadrukkelijker aandacht krijgen. Vitamine C therapie is het experimentele stadium al lang ontstegen; het consortium van gerenommeerde Critical Care-artsen in de VS (verenigd in de FLCCC)<sup>1</sup> laat zien hoe het, mits vroeg toegediend, orgaanschade en IC-opname kan helpen voorkomen. Wij vragen u om meer prioriteit te geven aan het feit dat ernstig zieke COVID-19 patiënten (die vaak een sepsisbeeld laten zien) een zeer laag vitamine C gehalte vertonen, zoals opnieuw werd geconstateerd in recent onderzoek.<sup>2</sup> In de afwegingen die momenteel gemaakt worden rond de inzet van deze therapie verdient de vraag: 'wat is in het belang van de patiënt?' een antwoord dat veel meer focust op het aanvullen van het tekort dat deze kwetsbare patiënten in grote mate kenmerkt.

Het bevreemdt ons dat alléén andere middelen, die wél veiligheidsrisico's in zich dragen op de IC in het kader van 'compassionate use' zijn ingezet en sommige daarvan zelfs 'als behandeloptie in overweging worden gegeven', terwijl het verzamelde bewijs van de werking van vitamine C en de effecten ervan in de praktijk (zie ook de FLCCC) niet voor deze middelen onderdoen. De volksgezondheid is er ons inziens niet bij gebaat om vitamine C-therapie *geen* ruimte te geven in de zoektocht naar dát wat patiënten in hun strijd tegen het virus kan ondersteunen. Wij zien uit naar uw reactie,

Hoogachtend en met vriendelijke groet, namens

Sepsis en daarna, patiëntenplatform

E-mail: [5.1.2e@sepsis-en-daarna.nl](mailto:5.1.2e@sepsis-en-daarna.nl)

5.1.2e

E-Mail: [5.1.2e@hersenletsel.nl](mailto:5.1.2e@hersenletsel.nl)

Plaats: Den Haag

Datum: 26-10-2020

5.1.2e

Bijlage: Brief aan minister Hugo de Jonge (3-6-2020)

5.1.2e

<sup>1</sup> Frontline COVID-19 Critical Care Consortium. <https://covid19criticalcare.com/>

<sup>2</sup> Chiscano-Camon, L. et al. Vitamin C levels in patients with SARS-CoV-2-associated respiratory distress syndrome. Crit Care. 2020 Aug 26;24(1):522. doi: 10.1186/s13054-020-03249-y. PMID: 32847620; PMCID: PMC7447967.

**Overkoepelend advies selectie voorbeelden**

- Geef een koppeling met **“waarom”** de maatregelen nodig zijn
  - Dit draagt bij aan het verhogen van effectiviteit response
  - Dit kan bijvoorbeeld door het benadrukken van de **collectiviteit** (“Als we dit met zijn allen doen krijgen we samen corona onder controle”)
- **Verwachtingsmanagement** goed in kaart brengen in de communicatie: wat kan de patiënt verwachten van de zorg
- **Handelingsperspectief** bieden zodat risico inschatting versterkt wordt
- Goed om bij de communicatie in het achterhoofd te houden dat de **barrière om zorg te ontvangen** door **meerdere redenen** kan komen (zoals angst, praktische redenen)
- Erken eventuele **angstgevoelens**: erken de mogelijke emotie angst, en geef aan welke maatregelen zijn genomen om risico's te verminderen
  - Bijvoorbeeld: “Onze praktijk heeft veilige routes aangebracht en minder afspraken per dag waardoor risico op besmetting minimaal is”
- **Beginnen met belangrijkste informatie**
- Beperk de hoeveelheid aan informatie om **information overload** te voorkomen
- Tekstuele boodschap versterken met **visualisatie**

## Tops

### Video

- Opbouw van de video volgt een **logische structuur**:
  - Erkenning voor emotie (angst)
    - *“Misschien vraagt u zich af of het wel veilig is om naar het ziekenhuis te komen, wij begrijpen deze vraag”*
  - Gevolgd door gedetailleerde informatie over maatregelen
- Koppeling **“waarom”** deze maatregelen nodig zijn (veiligheid patiënt/personeel)
- Duidelijk **verwachtingsmanagement**: welke procedures kan de patiënt verwachten
- Woorden worden versterkt door het **tonen** van het beoogde gedrag
- Benadrukken van **collectiviteit**
  - *“Maatregelen werken het beste als we ons **allemaal** aan bepaalde hygiëne afspraken houden”*
  - Eind video: *“**Samen** houden we zorg veilig”*
- **Video** als communicatiemiddel
  - Voordeel: je kan je boodschap versterken door het tonen van beelden en het is makkelijker te begrijpen voor de laaggeletterden

### Poster

- Duidelijke **visuele weergave** waarin de verschillende doelgroepen duidelijk worden gescheiden (urgent, luchtwegklachten en overige klachten).
  - Ondersteuning door plaatjes is behulpzaam voor begrip tekst.
- **Verwachtingsmanagement** goed in kaart gebracht: wat kan de patiënt verwachten van de zorg (anders dan normaal - digitaal, uitleg over redenen beperkte afspraken)
- Duidelijk **handelingsperspectief**: wat zijn de klachten? Wat kan ik vervolgens **doen**.
- Duidelijke titel: informeert mensen over toegang tot zorg.

### Brief

- Mooi dat de huisarts zijn patiënten actief informeert over de stand van de zorg.
- **Verwachtingsmanagement**: doel van de brief in eerste zin. *“Graag willen wij u laten weten hoe onze hulpverlening er de komende tijd uitziet”*.
- Plaatsen **sociale norm**: *“Dank uitspreken voor het begrip dat we krijgen”, “en met dank voor uw begrip”*.
- **Voorkomen van weerstand**: *“Wij weten niet wat de toekomst gaat brengen”*. Door het benoemen van de onduidelijkheid van de toekomst kan de patiënt zich hier op voorbereiden en dit voorkomt verkeerde verwachtingen en weerstand.

### Website

- De **informatie over het coronavirus** staat **prominent** op de homepage, mensen hoeven er niet naar te zoeken.
- De maatregelen zijn **helder geschreven**, kort en bondig in 5 bullets.
- **Verwachtingsmanagement** goed verwoord voor verschillende scenario's ('wat als je verkouden bent...' 'hoe gaat het in de apotheek...'). Wat kan de patiënt verwachten van de apotheek, hoe krijgt hij zijn medicijnen in deze tijd.

## Tips

### Video

- Om een zo breed mogelijke doelgroep aan te spreken is het goed om meer **diversiteit** aan te brengen in de personages in beeld.
- **Video** als communicatiemiddel
  - Wellicht kan de drempel hoog zijn om een video (van ruim 3 minuten) te bekijken
    - Alleen mensen die al erg betrokken zijn zullen waarschijnlijk de video bekijken
- **Veel informatie** in één video
  - Hoeveel daarvan blijft hangen?
  - Is men geïnteresseerd in *alle* genomen maatregelen?
  - Wellicht beperken tot alleen de kern om **information overload** te voorkomen

### Poster

- Plaats **sociale norm**: "Bedankt voor uw begrip".
- Geef **feedback**: "Door uw bijdrage voorkomen we besmetting".
- Voor communicatie via poster staat hier vrij **veel tekst** benoemd, wellicht wat inkorten.

### Brief

- Ondersteun tekst met **visualisatie**. Voor veel patiënten en laaggeletterden kan dit stuk met alleen tekst lastig te interpreteren zijn. Suggesties:
  - Voeg een **plaatje** bij om te laten zien waar de ingang van het coronaconsult is.
  - Geef met een **kaart** aan waar de zorg normaal plaatsvindt en waar hij voor corona naar verplaatst is.
- Vermijd **dubbele informatie**: zelfde telefoonnummer wordt 2x benoemd
- Werk met **kopjes** zodat de brief makkelijk te scannen is op relevante punten voor de lezer.
  - Algemene aanpassingen in de praktijk
  - Wat moet je doen als je corona hebt?
- **Cluster** de aanpassingen in de praktijk
  - Plaats 1 boodschap per zin ("Kom met maximaal 1 begeleider")
  - Voorkom typfouten ("en gebruik de bel aan als er u er bent")
    - Geef duiding waarom dit soort verzoeken worden gesteld ("zodat we enkele vragen over uw gezondheid kunnen stellen voordat u binnenkomt").

### Website

- Bied informatie gelaagd aan. De **belangrijkste boodschap(pen)** eerst, bij voorkeur op de homepage. De rest een niveau lager achter een doorklik.
- Ondersteun de teksten met **visuele elementen**. Dan kunnen meer mensen de informatie begrijpen. Bijvoorbeeld maatregelen weergeven als kleine plaatjes of pictogrammen.
- Probeer aandacht te besteden aan een aantal elementen van het **Gedragmodel**:
  - Risico-inschatting, bijvoorbeeld:
    - Handelingsperspectieven, maatregelen.
    - Begrip/aandacht voor emoties ('*Het zijn voor iedereen spannende en verwarrende tijden*').
  - Effectiviteit respons: bijvoorbeeld:

- *'Samen corona de baas'* (collectieve effectiviteit)
- *'Ik kan helpen door mij aan de maatregelen te houden'*.
- Barrières en self-efficacy, bijvoorbeeld:
  - Concrete voorbeelden van hoe de zorg er nu uitziet
  - Q&A's (veelgestelde vragen) met herkenbare situaties en oplossingen
  - Een video met iemand in beeld die naar de betreffende apotheek/arts/instelling/... gaat, zodat de kijker zich een beeld kan vormen
- Cue tot actie: bijvoorbeeld:
  - Een zorgprofessional die uitdraagt dat het veilig is om te komen.

## Koppeling met Kader Preventiegedrag COVID-19

### 1a Risico inschatting

- Erkenning voor de **angst** voor besmetting
- Door het benoemen en tonen van alle genomen maatregelen om te beschermen tegen besmetting lijkt het **doel** de risico perceptie te verlagen om zodoende het maken van **reguliere afspraken weer te stimuleren**
- Inschatting van de vatbaarheid en ernst van het virus. Zorgmijding ontstaat o.a. door angst voor het virus en de angst om besmet te raken op openbare plekken zoals de huisartspraktijk.
  - Tip: *Geruststellend* bericht toevoegen: Erken de emotie, geef aan welke maatregelen zijn genomen om risico's te verminderen. Doel van de communicatie kan zijn om perceptie van risico weg te nemen. Bijvoorbeeld: "Onze praktijk heeft veilige routes aangebracht en minder afspraken per dag waardoor risico op besmetting minimaal is".
  - *Persoonlijk relevante informatie*: Er wordt goed aandacht geschonken aan *prioriteit* van de klacht van de patiënt en ook een onderverdeling met een duidelijk *handelingsperspectief*: "neem telefonisch contact op met uw huisarts".
- Bied een duidelijk *handelingsperspectief* aan (*Wat kan ik doen om veilig naar de apotheek te gaan*). Deze informatie zit momenteel wat 'verstopt' op de website.
  - Tip is om de informatie gelaagd aan te bieden. Bijvoorbeeld:
    - Niveau 1 (homepage): hoofdboodschap 'De apotheek is open. Als u geen klachten heeft bent u welkom. We vragen uw aandacht voor de volgende maatregelen... (inclusief visuele vertaling).
    - Niveau 2: Meer informatie, veelgestelde vragen, etc.
- Het kan zijn dat mensen niet naar de apotheek gaan vanwege angst om besmet te raken. Tip is om hier (meer) aandacht voor te hebben op de website. Bijvoorbeeld met een geruststellend bericht, en/of concrete voorbeelden die laten zien dat er maatregelen zijn genomen om een bezoek veilig te laten verlopen.

### 1b Effectiviteit response Geloof dat gedragsadviezen opvolgen helpt.

- Zou mooi zijn dit aan te vullen met "Samen houden we de zorg veilig"
- De benoemde maatregelen worden gekoppeld aan het resultaat: "Samen houden we de zorg veilig"
- Dit draagt bij aan de **collectieve effectiviteit** (als we dit samen doen dan kunnen we Corona onder controle krijgen)
- "Voor uw en onze *veiligheid* vragen wij uw aandacht voor een aantal maatregelen in de apotheek." Het willen beschermen van anderen (de apotheker) kan iemand motiveren.

### 1c (Sociale) barrières & Self-efficacy

- In de video worden alle mogelijke **barrières** doorgenomen en (minimaal) een maatregel aan gekoppeld om die barrière te overbruggen
- Ook wordt het **goede voorbeeld** getoond in de video (1,5 meter afstand, max 4 pers in lift, wachtkamer ingericht dat iedereen afstand kan houden, max 5 min voor aanvang afspraak in

wachtkamer zijn, gebruik handgel) waarbij een **sociale norm** in het ziekenhuis wordt neergezet

- Erken eventuele *barrières*: mensen kunnen weerstand ervaren tegen digitale afspraken (wellicht niet bedreven in de techniek) en daarmee een barrière ervaren om zorg te ontvangen. Geef aan dat ook voor hen oplossingen beschikbaar zijn.
- *Sociale norm*: door aan te geven dat ook andere patiënten op deze wijze zorg ontvangen wordt het idee dat de huidige vorm van zorgverlening “afwijkend” is tegengesproken. Dit kan bijvoorbeeld door aan te geven “80% van de huidige consulten worden digitaal afgehandeld.
- Op de pagina met maatregelen worden veel potentiële barrières weggenomen. Bijv., ‘als u verkouden bent mag u niet komen, maar de apotheker zorgt dat u wel uw medicijnen krijgt’. ‘Recepten kunnen digitaal, dat is veiliger’.

**Self-efficacy**: Denk ik dat ik in staat ben om de aanbevolen gedragingen uit te voeren?

- Om de self-efficacy te verhogen, zouden voorbeelden kunnen helpen. Bijvoorbeeld korte filmpjes van iemand die de apotheek bezoekt, of korte verhaaltjes met illustraties. Dit kan mensen vertrouwen geven dat ook zij veilig een bezoek aan de apotheek kunnen brengen.
- *Modelling*: als we anderen zien die overeenkomstig zijn met onszelf die eventuele barrières (zoals digitaal communiceren met de huisarts) ook overwinnen, zijn we geneigd om dit ook te integreren en dit te geloven.

**1d Cue tot actie** Interne of externe trigger om gedrag uit te voeren.

- Sectie “urgente klachten” geeft duidelijk informatie over wanneer echt moet worden overgegaan op actie.
- De video kan worden gezien als een “cue to action”. Door het bekijken van de video kan de **drempel** worden weggehaald bij patiënten om naar het ziekenhuis te komen.
- Op de homepage ontbreekt een concrete cue tot actie met betrekking tot een bezoek aan de apotheek. De teksten zijn heel informatief, maar zetten niet direct aan tot actie.
  - Op de homepage staat ook een oproep ‘Hang wit shirt met hart voor het raam’. Dit is wel een heel concrete cue tot actie, die mensen kan aanzetten om mee te doen aan deze actie.

**2a Motieven voor volhouden**

- Door het benoemen van de collectiviteit (“Samen houden we de zorg veilig”) kan dit inspelen op de perceptie van de **eigen identiteit** van mensen (ik vind mezelf iemand die zorg draagt voor het welzijn van anderen, daarom wil ik dit gedrag uitvoeren), wat de motivatie om zich aan de maatregelen te houden versterkt
- “Voor uw en onze veiligheid vragen wij uw aandacht voor een aantal maatregelen in de apotheek.” Het willen beschermen van anderen (de apotheker) kan een motief zijn om de maatregelen vol te houden.

**2d Capaciteit**

- Wellicht goed om in het achterhoofd te houden dat de doelgroep over het algemeen waarschijnlijk een lagere psychologische capaciteit heeft
  - Dus het is moeilijker voor hen om nieuwe gedragingen vol te houden
  - En de doelgroep heeft mogelijk ook een lagere capaciteit voor informatieverwerking
    - Dus extra bewustzijn is geadviseerd voor het toegankelijk maken van informatie (bijv. niet te veel tekst, meer ondersteuning door visualisaties)

**2e Omgeving & sociale invloeden**

- Het anders inrichten van de **fysieke omgeving** kunnen het makkelijker maken het **gedrag** uit te voeren en vormen ook een reminder voor het **gedrag**: verschillende triggers worden getoond in de video om een nieuw **gedrag** te stimuleren
- Zoals handgel bij de **ingang**, bordjes met waar mensen kunnen wachten om zodoende afstand te houden, pijlen op de **grond** met 1,5 meter afstand, etc

**Suggestie** 5.1.2e, mail 1 oktober

Het is een raar debat over die mondkapjes en je vraagt je af waarom die Nederlanders er zo moeilijk over doen.

Net zoals er voor de 1.5 meter is er geen sluitend bewijs dat mondkapjes de cijfers van besmettingen omlaag brengt. Dat is ook moeilijk vast te stellen omdat het iha gaat om een combinatie van maatregelen. Wat wel vast te stellen is met experimenten en ook veel gedaan is, is dat het dragen van mondkapjes de verspreiding van druppels (aerosolen of grotere druppels) drastisch vermindert. Vervolgens kan doorgerekend worden (net zoals met de 1.5 meter) wat het effect is van het dragen van mondkapjes door bv 60% van de mensen op het aantal besmettingen. Effecten zijn kleiner bij niet goed gebruik en minder perfecte maskers. Het is vreemd dat juist bij maskers sluitend epidemiologisch bewijs wordt gevraagd terwijl dat bij andere maatregelen niet zo is. Het veelvuldig op en af zetten van mondkapjes is voor de drager wellicht een klein risico, tenminste als deze het coronavirus bij zich heeft. Anders natuurlijk niet en die kans is sowieso klein. Ondertussen heeft het masker wel de druppels die een mogelijk besmettelijk persoon verspreidt tegengehouden. Mocht de persoon besmet zijn, dan is het goed om de desinfecterende gels voor de handen te gebruiken bij ingangen van winkels (vanwege aanraken masker). Dus altijd doen en vaak je handen wassen.

De situaties goed beschrijven waar het dragen van mondkapjes nodig is, is niet zo moeilijk. Zie het BMJ artikel waar 5.1.2e weer aan refereert. Die tabel 3 is hoewel ingewikkeld wel heel duidelijk. Em verder denk ik dat de drieslag van communicatie uit ons artikel in Sociale Vraagstukken ook hier geldt: (1) maak mensen bewust van de risico's in bepaalde situaties en alert; (2) geef concrete gedragsinformatie: hou altijd 1.5 m afstand en draag een mondkapje als dit niet kan (in binnenruimtes) en geef info hoe mondkapjes goed te gebruiken; (3) betrek de verschillende doelgroepen en gebruik verschillende kanalen (want niet iedereen kijkt naar de persconferenties).

Verder lijkt het me goed na te denken hoe het debat over mondkapjes te de-polariseren (een groot deel van de Ndl is voor is en een groot deel is echt tegen). Wat zou helpen is als het OMT zich duidelijk er voor uit spreekt en uitlegt waarom het eerder tegen was. Dus inzicht geeft in zijn afwegingen. Het is geen probleem terug te komen op een eerdere mening. Het is pas een probleem als experts niet erkennen dat de eerder gemaakte afwegingen nu anders gemaakt moeten worden (oftewel dat ze eerder fout zaten - hoewel het OMT wel gelijk heeft dat het niet duidelijk is wat het effect is van het dragen van mondkapjes op de cijfers).

Ik zou dat laatste (het de- polariseren) van het debat expliciet onder de aandacht brengen.

**Suggesties** 5.1.2e, mail 1 oktober

Vanuit communicatie en gedragsoogpunt gedacht, denk ik dat het beleid zo eenduidig mogelijk moet zijn, en zou het woord "publieke" moeten vervallen.

Bv., overal waar meer burgers (vluchtig) bij elkaar zijn die elkaar niet kennen, wordt een mondkapje gedragen. Het doet er dan niet toe wat voor ruimte het is. Eigenlijk geldt dit ook voor mensen die elkaar wel kennen en langer bij elkaar in 1 ruimte zijn, dus ook op kantoren in de gangen etc. (vanuit praktisch oogpunt/haalbaarheid wel afzetten bij zitten (op 1.5 meter minimaal).

Ik benoem dit even ook zo omdat bv. de UvA de regel zo heeft geïnterpreteerd dat we geen publieke ruimte zijn: *"Universiteitsgebouwen zijn geen publieke binnenruimtes. De UvA ruimtes zijn niet voor publiek toegankelijk en er geldt dus geen mondkapjesplicht."*

Ik weet uiteraard niet hoe andere grote bedrijven dit hebben geïnterpreteerd.

Ik denk dat dit heel verwarrend, en ook twijfels zaait over het nut en belang van mondkapjes.

Als je wilt uitstralen en motiveren dat mondkapjes nodig zijn, dan moet dit in ook in elke soortgelijke situatie.

Overigens drie dingen vind ik vanuit communicatief oogpunt tot nu toe niet uitstralen dan mondkapjes nodig zijn:

- Verdeeld advies van OMT. Dit brengt onzekerheid die mensen die twijfelen zeker niet motiveert.
- Hoe dringend het advies ook is, het is niet verplicht, dus schijnbaar niet echt heel noodzakelijk om het virus te bestrijden.

- Veel gekrakeel in de media en 2<sup>e</sup> kamer, maar weinig gehoord over waarom het beschermt. Als je draagvlak wilt voor verplichting, of vrijwillig gedrag stimuleren bij advies, essentieel dat mensen weten waarom mondkapje bijdraagt aan bestrijden virus.

Aan de eerste twee punten zou het OMT iets kunnen doen, en wat 3<sup>e</sup> punt betreft, zich liever niet laten verleiden om hun meningsverschillen in de media te etaleren.

Wat betreft je vraag over 10x per dag op en afzetten. Dit lijkt me vraag voor virologen/epidemiologen, of dit mondkapje inderdaad gevaarlijker maakt dan geen-mondkapje. Vanuit communicatie-oogpunt dat er dan een bijsluiter bij moet hoe je het veilig op- en afzet en tussen twee winkels in bewaart. Graag komende week een instructiefilmpje in elk reclameblok op televisie en banners/etc ruimschoots inzetten op sociale media.

**Suggesties** 5.1.2e, mail 1 oktober

5.1.2i

**Suggestie** 5.1.2e mail 29 september:

Het lijkt mij goed om ook aan te geven vanuit welk principe het advies wordt gegeven in verband met de transparantie, bv:

- vanuit schaarste --> alleen zorgpersoneel een mondkapje
- vanuit voorzorgprincipe --> iedereen een mondkapje (evt alleen binnen); er is dan minder eensluidend empirische ondersteuning nodig.
- vanuit effectiviteit om besmettingen te reduceren --> is contested: enig bewijs dat het anderen beschermd, minder bewijs dat het de drager zelf beschermd.
- vanuit gedragseffecten (maar recent onderzoek laat zien dat men niet voorzichtiger of onvoorzichtiger wordt) of als "back up" maatregel als 1,5 m afstand niet mogelijk is .....

Verder ook iets zeggen over verplicht versus vrijwillig. Literatuur laat zien dat er weinig verschil is in adherence. Probleem bij verplicht stellen is de onvoldoende handhaving (is vrijwel niet te doen) en het backlash effect op het dragen (en mogelijk negatief effect op het draagvlak van andere maatregelen). Verder: maatregel landelijk of lokaal invoeren: voor- en nadelen van de opties.

**Mail 30 september** 5.1.2e:

Het overleg van vrijdag gaat (begrijp ik uit de mail van 5.1.2e) over (a) gedragsaspecten en (b) communicatie. Maar welke onderwerpen moeten besproken worden?

Met betrekking tot gedrag; het zal niet meer gaan over schijnveiligheid want daar is al uitsluitel over. Maar gaat het dan wel bv over: voor- en nadelen van verplicht stellen en vrijwillig laten (o.m. mbt compliance); als mondkmaskers verplicht worden: hoe moet het dan met de handhaving en moet er wel gehandhaafd worden (effect van boetes op gedrag en draagvlak); hoe compliance van het dragen van mondkmaskers uberhaupt vergroten; is een risk-based approach zoals WHO voorstaat beter en hoe dit evt. te implementeren.

Met betrekking tot communicatie kunnen onderwerpen zijn: hoe mensen te informeren over de noodzaak mondkmaskers te dragen (in bepaalde situaties met verhoogd risico) en mensen bewust te maken van de risico's; hoe mensen te motiveren mondkapjes te dragen daar waar nodig; hoe moeten concrete gedagsvoorschriften van het dragen van maskers eruit zien; hoe mensen te ondersteunen in het juiste gebruik van mondkapjes; hoe groepen te bereiken die niet naar persconferenties kijken etc.. En wellicht ook: hoe mogelijke conflicten over het al dan niet dragen te voorkomen (bij bv. winkels); hoe tegemoet komen aan de bezwaren van tegenstanders (hoe het onderwerp te de-polariseren).

En er zijn vast nog meer aspecten die relevant zijn. Is het niet handiger om dit eerst te analyseren?

**Mail van** 5.1.2e **30 september**  
Dit is wat 5.1.2e schreef:

Mbt mondkapjes zit ik vooral op het punt van correct gebruik. Ik wil wel meegaan met het argument dat alle beetjes helpen maar alleen als er sprake is van correct gebruik, en daar schort het juist aan en waardoor dus 1.5 m veiliger is. Ik vrees echter dat de politiek ons inhaalt en het een politieke beslissing wordt, maar juist dan wordt het hameren op correct gebruik nog relevanter. Schijnveiligheid zit hem in incorrect gebruik. Men pakt de kapjes niet bij de touwtjes vast, men gebruikt niet steeds een schone en bovendien is er dus de vrees voor minder afstand nemen dan wenselijk, slechte handhygiëne (men zit steeds aan - vies - kapje maar wast handen niet vaker) en bij klachten toch ten tonele verschijnen. Probleem als je correct gebruik stimuleren het doel wordt, wat wel wenselijk is bij invoering, de moeilijkheid van dit gedrag weer zwaar onderschat wordt dat je niet simpelweg oplost met een poster of brochure. Training en elkaar erop aanspreken (feedback) is dan nodig. OK/IC personeel in ziekenhuis wordt daar vast op getraind of heeft er ervaring mee.

Ik denk dat hij groot gelijk heeft, dus het one probleem wordt opgelost met een nieuw probleem.



**To:** [redacted] [redacted] [redacted]@minvws.nl]  
**From:** [redacted]  
**Sent:** Tue 10/13/2020 3:01:01 PM  
**Subject:** Regierol GHOR  
**Received:** Tue 10/13/2020 3:01:05 PM

Geachte [redacted] beste [redacted]

Misschien kan je mij nog herinneren. We hebben elkaar ontmoet en gesproken eind augustus tijdens mijn bezoek aan VWS.

Ik maak mij zorgen over de verschillende mate van opschaling van de ziekenhuisbedden en daarmee de afschaffing van de reguliere zorg binnen de ROAZ regio's. Met name dat verschillende ziekenhuizen dit in verschillende mate doen waarbij een ongelijkheid dreigt te ontstaan.

Mijn vraag is of de GHOR een meer centrale regie zou kunnen nemen in de verdeling en spreiding van de COVID-patiënten. Dus een totale controle over de ziekenhuisbedden in de verschillende regio' om zo betere, en meer eerlijkere spreiding van deze patiënten te bewerkstelligen. Op de wijze waarop we nu de reguliere zorg afschalen, zullen we vrij snel (ik vrees binnen 2 weken) in code zwart zijn.

Daarnaast wil ik voorstellen om de GHOR ook regie te laten nemen voor de verdeling van de sneltesten. Dit laatste is een schaars goed en zal, conform de verdeling van de Persoons Beschermingsmiddelen in de eerste golf, ook op dezelfde wijze verdeeld kunnen worden.

Ik hoop dat je met deze informatie en input iets kan. Mocht je nog vragen hebben, dan hoor ik dit graag!

Met vriendelijke groet,

[redacted]  
06- [redacted]



5.1.2i

**Toelichting:**

5.1.2i

Succes met deze monsterklus. Als je nog vragen en opmerkingen hebt, bel me gerust (06- 5.1.2e of 5.1.2e (06- 5.1.2e

5.1.2e



5.1.2e | 5.1.2e | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |

5.1.2e

Directie Curatieve Zorg | Telefoon: (070) 5.1.2e | Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag |  
Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag | Mail: 5.1.2e@minvws.nl

**To:** [redacted] [redacted]@minvws.nl; [redacted] [redacted]@minvws.nl  
**From:** [redacted]  
**Sent:** Wed 11/11/2020 5:53:29 PM  
**Subject:** FW: concept communicatieplan covid-19 vaccinatie  
**Received:** Wed 11/11/2020 5:53:30 PM  
[concept communicatieplan vaccin d.d. 11.11.20.docx](#)

Beste [redacted] en [redacted]

Ter info, in de bijlage ter info het CONCEPT communicatieplan dat [redacted] vandaag de lijn in heeft gedaan. Moet vrijdag in tas minister. Zoals jullie zien vergt het nog een boel verdieping en uitwerking op onderdelen, maar dit is wat er nu haalbaar was. Ik begreep dat jullie waren verrast over de contacten met NOS over een mogelijke docu over vaccin. Sorry daarvoor, ik wist ook niet van het gesprek. We werken aan de afstemming ;-)

Ik hou jullie op de hoogte, fijne avond!

[redacted]

[redacted]

M:06 [redacted]

**Van:** [redacted] <[redacted]@minvws.nl>

**Verzonden:** woensdag 11 november 2020 16:47

**Aan:** [redacted] <[redacted]@rivm.nl>; [redacted] <[redacted]@rivm.nl>; [redacted] <[redacted]@minvws.nl>; [redacted] <[redacted]@minvws.nl>;

[redacted] <[redacted]@minvws.nl>; [redacted] <[redacted]@minvws.nl>; [redacted] <[redacted]@minvws.nl>

**CC:** [redacted] <[redacted]@minvws.nl>; [redacted] <[redacted]@minvws.nl>

**Onderwerp:** concept communicatieplan covid-19 vaccinatie

Dear all,

Met veel dank aan jullie kritische opmerkingen, suggesties etc. Ik heb geprobeerd alles te verwerken. Het ligt inmiddels in de lijn, zucht. Nu de volgende spoedjes ☺

Groet, [redacted]

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

.....  
**Programmadirectie COVID-19**

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag

Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag  
 .....

M +316 [redacted]

[redacted]@minvws.nl



**To:** [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>  
**From:** [5.1.2e]  
**Sent:** Wed 11/11/2020 10:21:54 PM  
**Subject:** RE: aanleveren stukken voor woensdag 11 november 15.00 uur  
**Received:** Wed 11/11/2020 10:21:55 PM  
[concept communicatieplan vaccin d.d. 11.11.20](#) [5.1.2e].docx

Ha [5.1.2e]

Heel veel dank voor deze nieuwe versie! Mooi om te zien wat er allemaal samenkomt en ik ben super benieuwd op welke manier de campagne verder vorm gaat krijgen. Vraagje, dit stuk was al helemaal gecheckt met DCo en RIVM toch? De mails buitelden over elkaar heen vandaag (niet alleen over communicatie hoor, ook andere onderwerpen) en ik heb het even niet meer scherp.

In de bijlage mijn opmerkingen en tekstsuggesties. Schrik niet van de eerste pagina, ik kreeg een brainwave dus ik heb daar nog even flink zitten sleutelen. Hopelijk heb ik er niks raars van gemaakt vanuit communicatieperspectief. Lukt het jou om dit morgen te verwerken/aan te vullen? Ik denk dat het mooi is om het A4 van DCo in deze versie te verwerken zodat we een overkoepelend verhaal hebben.

De oplegger moet ik nog bekijken, daar kunnen we morgenmiddag misschien nog even samen doorheen?

Groet!

[5.1.2e]

---

**Van:** [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>  
**Verzonden:** woensdag 11 november 2020 21:59  
**Aan:** [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** RE: aanleveren stukken voor woensdag 11 november 15.00 uur

Hi [5.1.2e]. Ik kan de stukken integreren. Wil je er wel een budget in? [5.1.2e] dacht aan 2,5mln. Maar wat we daar precies voor krijgen is niet duidelijk. Misschien dat bedrag niet noemen totdat we een echte specificatie ontvangen.

Integreren stuk. Kan dat morgenochtend? Als het nu moet. Kan ook maar laat dan ff weten met een papje of zo. Anders fijne avond. [5.1.2e]

Verzonden met BlackBerry Work  
[www.blackberry.com](http://www.blackberry.com)

---

**Van:** [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>  
**Datum:** woensdag 11 nov. 2020 9:25 PM  
**Aan:** [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** RE: aanleveren stukken voor woensdag 11 november 15.00 uur

Hoi [5.1.2e]

Dank! Ik vind het een mooi overzicht. Heb er nog een vraag over: waarom staan onder fase 3 specifiek de huisartsen benoemd? We gaan uiteindelijk met meerdere uitvoerders werken, dus ik ben even benieuwd waarom deze er juist zijn uitgelicht.

Als er veel overlap is tussen dit stuk en het communicatieplan, dan zou mijn advies zijn om de twee documenten volledig met elkaar te integreren. Dus meer dan alleen een deel. Wat denk jij?  
 En kunnen we voor de kosten een nadere specificatie krijgen?

Dank!

Groet,

[5.1.2e]

---

**Van:** [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>  
**Verzonden:** woensdag 11 november 2020 17:13  
**Aan:** [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** FW: aanleveren stukken voor woensdag 11 november 15.00 uur

Hi 5.1.2e

Wil je dit nog als bijlage bij het complan? Ik denk dat het nu misschien te algemeen is. De campagne wordt nu grofweg geschat op 2,5 mln, maar ik heb nog geen begroting gekregen, die is nog in de maak.  
Mijn advies is om het niet bij te voegen, ik heb nl. al een deel van deze tekst in het plan opgenomen. Maar wel handig als jij het los in de zak hebt.

Groet, 5.1.2e

---

**Van:** 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

**Verzonden:** woensdag 11 november 2020 15:17

**Aan:** 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

**CC:** 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

**Onderwerp:** RE: aanleveren stukken voor woensdag 11 november 15.00 uur

Hoi 5.1.2e

Bijgaand het A4-tje over de campagneactiviteiten met fasering en tijdspad.

De risico's/knelpunten zijn ook toegevoegd, maar die moeten geen onderdeel zijn van het verhaal over de campagne. Die zijn alleen bedoeld voor bij een algemeen verhaal.

Groet,  
5.1.2e

---

**Van:** 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

**Verzonden:** dinsdag 10 november 2020 16:25

**Aan:** 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

**CC:** 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

**Onderwerp:** aanleveren stukken voor woensdag 11 november 15.00 uur

**Urgentie:** Hoog

Hi 5.1.2e, 5.1.2e en 5.1.2e

Gisteren heeft het mt PDC en coördinator implementatie met de minister over de vaccinatiestrategie gesproken en alle communicatie daar om heen. De minister heeft aangegeven dat hij graag deze week een communicatieplan Covid-19 ontvangt met daarbij een aantal uitgewerkte stukken, zoals een overzicht / planning van de campagne.

Samenvattend moeten er de volgende stukken komen:

- Een uitgewerkt communicatieplan (het conceptcommunicatie plan ontvangt het kernteam comvac vanavond met het verzoek om voor woensdag 15.00 uur te reageren. Ik stel jullie expertise hierbij erg op prijs).
- Een overzicht van de campagne-activiteiten met een tijdlijn en een begroting.
- De minister is ook benieuwd over knelpunten en mogelijke risico's. Kunnen jullie een aanzet doen, zodat we dat er ook bij kunnen voegen? Ik vraag dat ook aan de andere deelnemers van het kernteam.

Groet,

5.1.2e

Met vriendelijke groet,

5.1.2e  
5.1.2e

.....  
**Programmadirectie COVID-19**  
**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag  
Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag  
.....

**M +316** — 5.1.2e  
5.1.2e [@minvws.nl](mailto:@minvws.nl)

**To:** [5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e] ([5.1.2e]@minvws.nl)  
**From:** [5.1.2e]  
**Sent:** Fri 11/6/2020 12:44:30 PM  
**Subject:** FW: Ondertekening brief PON aan ministerie en staatssecretaris VWS  
**Received:** Fri 11/6/2020 12:44:30 PM  
[Concept email VWS Covid-19 leefstijl aandacht 6 nov.dccx](#)

Jij hebt hm ook gehad denk ik?

---

**Van:** [5.1.2e] <[5.1.2e]@coincide.nl>

**Verzonden:** vrijdag 6 november 2020 09:50

**Onderwerp:** Ondertekening brief PON aan ministerie en staatssecretaris VWS

Beste allen,

Zoals woensdag tijdens de Preventiesessie beloofd sturen we iedereen de brief toe die we graag namens relevante stakeholders aan minister Hugo de Jonge en staatssecretaris Paul Blokhuis willen sturen.

Er is steeds meer bekend over de relatie tussen het immuunsysteem, obesitas en leefstijl. Aangezien het immuunsysteem een belangrijke rol speelt in de bescherming tegen virussen is dit een relevant focus om de Nederlandse bevolking te helpen in de strijd tegen corona. Naast uiteraard de talloze andere argumenten die we met zijn allen sowieso al hebben om een gezonde leefstijl en meer focus op preventie te willen.

De argumenten waarom het er *nu* een momentum is om de burgers hierbij te kunnen helpen staan in de brief.

Het ministerie van VWS zet reeds in op leefstijl binnen het Nationaal Preventie Akkoord. Voor de relatie tussen leefstijl en het corona-virus zou hieraan méér aandacht besteed kunnen worden. Daarom willen wij, in aanvulling op een eerdere oproep uit mei jl. op initiatief van Lifestyle4Health en Arts & Leefstijl, nu op korte termijn aandacht vragen voor deze belangrijke component in de strijd tegen corona.

Daarom verzoeken wij het ministerie van VWS nogmaals om meer aandacht te besteden aan leefstijl tijdens deze corona-pandemie. Zie de bijgesloten brief die daartoe opgesteld is. Indien u voorgenoemde urgentie met ons deelt, dan vragen wij u om samen met ons deze brief aan het ministerie van VWS te ondertekenen. Dit kunt u doen door ons uw volledige naam (titulatuur, voorletters, roepnaam, achternaam), uw functie en organisatienaam naar ons te e-mailen zodat wij u als mede-ondertekenaar op deze brief kunnen plaatsen. Uw gegevens kun u tot en met uiterlijk dinsdag 10 november a.s. mailen naar [5.1.2e]@erasmusmc.nl (met cc naar [5.1.2e]@erasmusmc.nl)

Let op! Er kunnen geen wijzigingen aangebracht worden in deze brief. Uw gegevens naar ons mailen, betekent een ondertekening van de huidige opzet van de brief.

De namen van degenen die in de chat per direct al aangaven mee te tekenen staan reeds in de brief vermeld.

Met vriendelijke groet,

mede namens het PON bestuur,

[5.1.2e]

[5.1.2e]@erasmusmc.nl

06- [5.1.2e]

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

ACC-19

Directoraat Generaal  
Volksgezondheid  
Programmadirectie COVID-19  
Team C

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 5.1.2e  
F 070

www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e @minws.nl

**Datum**

13 november 2020

**Aantal pagina's**

7

# memo

Vaccinatiestrategie COVID-19

## 1. Aanleiding

Het kabinet zet alles op alles om de ontwikkeling van een veilig, werkzaam en betrouwbaar vaccin te bespoedigen. Voor de zomer is samen met 5.1.2a en 5.1.2a de eerste deal met een vaccinproducent gesloten. Dit is vanuit samenwerking met de Europese Commissie vervolgens nog uitgebreid tot een portfolio van, op dit moment, zes kandidaat-vaccins.

Onderdeel van de voorbereiding is ook het vaststellen van een vaccinatiestrategie: op welke wijze wordt de Nederlandse samenleving gevaccineerd tegen het coronavirus? Hierbij spelen nog onzekerheden, want het is nu nog niet duidelijk welke vaccins alle testfasen succesvol zullen doorlopen en worden toegelaten tot de Europese markt en wanneer en in welke batches ze beschikbaar komen. Daarnaast brengt de Gezondheidsraad nog advies uit aan het kabinet, vanuit zijn wettelijke taak. Op basis van dit advies stelt het kabinet zijn strategie vast.

Ook de Tweede Kamer heeft het kabinet gevraagd om een uitgewerkte vaccinatiestrategie. In een regulier proces vraagt het kabinet na advisering door de Gezondheidsraad een uitvoeringstoets aan het RIVM. Om de uitvoering van de vaccinatie te bespoedigen, heeft het kabinet parallel aan het adviestraject aan het RIVM gevraagd een verkenning uit te voeren. Zowel het advies van de Gezondheidsraad als de verkenning van het RIVM worden verwerkt in de vaccinatiestrategie.

In deze notitie worden de hoofdlijnen van de vaccinatiestrategie benoemd. Dit wordt verder uitgewerkt in een Kamerbrief, die na het verschijnen van het advies van de Gezondheidsraad over de COVID-19 vaccinatie, verwacht op donderdag 19 november, aan de Tweede Kamer gestuurd zal worden. Bij onderstaand overzicht moet worden opgemerkt dat er nog verschillende onzekerheden meespelen.

**2. Inhoudsopgave vaccinatiestrategie COVID-19**

- a) Inleiding
- b) Aankoopstrategie COVID-19 vaccins
- c) Veiligheid, toelating en leveringstermijn
- d) Doelgroep en startdatum
- e) Oproepen en registratie
- f) Uitvoering COVID-19 vaccinatie
  - i. Europees Nederland
  - ii. Caribische delen van het koninkrijk
- g) Logistiek en veiligheidsaspecten
- h) Communicatie
- i) Monitoring en onderzoek

**3. Hoofdpijnen vaccinatiestrategie**

- a) Inleiding
- b) Aankoopstrategie COVID-19 vaccins en stand van zaken vaccinontwikkeling
  - Samen met de Europese Commissie ingezet op breed portfolio. Het *Joint Negotiation Team* heeft afspraken gemaakt met producenten van zes kandidaatvaccins, waarvan bij vier het onderliggende contract is getekend.
  - Stand van zaken testfasen en verwachtingen omtrent toelatingsprocedure – voor twee producenten loopt de toelatingsprocedure, in meest gunstige geval in december goedkeuring en markttoelating. Omdat nog niet alle onderzoeksdata beschikbaar zijn, is de kans aanwezig dat toelating gebeurt in het eerste kwartaal van 2021. De Europese Commissie verwacht dat er tussen markttoelating en levering enkele weken zitten, die producenten nodig hebben om volledig operationeel te worden. Nederland doet er alles aan om die periode zo kort mogelijk te houden.
  - De vaccins worden pro-rata verdeeld. EU geeft aan dat het de bedoeling is lidstaten op hetzelfde moment over vaccins kunnen beschikken, maar de kans is aanwezig dat landen die hun logistiek op orde hebben sneller vaccins kunnen ontvangen. De verwachting is dat Nederland in december gereed is om vaccins te ontvangen.
- c) Veiligheid, toelating en leveringstermijn
  - Het beschikbaar komen van vaccins is afhankelijk van de testresultaten, de daaropvolgende beoordeling door de EMA, maar ook van de productiecapaciteit.
  - De EMA en het CBG hanteren zeer strenge criteria die hetzelfde zijn als bij het toelaten van vaccins tegen andere infectieziekten. Vanwege de grote urgentie maken de medicijnautoriteiten nu meer snelheid met de beoordeling, door gebruik te maken van een 'rolling review'. Hierbij delen vaccinproducenten tijdens het klinische onderzoek al gegevens met de medicijnautoriteiten. Gedurende het proces worden nieuw onderzoeksresultaten gedeeld met de EMA en de nationale medicijnautoriteiten (zoals het CBG). Op deze manier

Directoraat Generaal  
Volksgezondheid  
Programmadirectie COVID19  
Team C

**Datum**  
13 november 2020

kunnen de medicijnautoriteiten eerder starten met de beoordeling. Dit levert tijdwinst op, zonder dat delen van het onderzoek worden overgeslagen en zonder dat concessies worden gedaan aan de beoordeling van de kwaliteit, veiligheid en effectiviteit van het vaccin.

**Directoraat Generaal  
Volksgezondheid**  
Programmadirectie COVID19  
Team C

**Datum**  
13 november 2020

- Als vaccins worden toegelaten tot de markt, dan mogelijk eerste vaccins in eerste kwartaal van 2021.
- In het begin zal sprake zijn van beperkte leveringen en dat er dus nog niet voor iedereen vaccins zullen zijn. De afspraken met een producent bestaan steeds uit het over een periode van twee of meer kwartalen leveren van verschillende delen van het totaal overeengekomen aantal vaccins. Uiteindelijk komt het daarbij aan op de exacte leveringschema's waarvan op basis van daadwerkelijke productie vaccins beschikbaar komen.
- Ervan uitgaande dat er 2 partijen zijn die in het eerste kwartaal 2021 vaccins kunnen leveren, gaan we ervan uit dat er ongeveer 3,5 miljoen mensen gevaccineerd kunnen worden in de eerste fase. Voor de meeste vaccins uit het portfolio geldt dat er twee vaccins nodig zijn per te vaccineren persoon.
- PM toe te voegen tabel met hoeveelheden van vaccinaties die we gereserveerd hebben.

d) Doelgroep en startdatum

- Het is uiteindelijk de bedoeling dat er voor iedereen in Nederland een COVID-19 vaccinatie beschikbaar is. Omdat er in het begin zeer waarschijnlijk sprake is van beperkte leveringen, hebben we de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over de prioritering van verschillende doelgroepen.
- Dit advies wordt einde week van 16 november verwacht.
- Het GR advies is de basis voor het kabinet om tot een prioritering te komen.
- Bij de totstandkoming van het GR advies zijn ook internationale inzichten zoals de Europese strategie en het advies van de WHO betrokken.
- Het kabinet sluit aan bij de Europese aanpak. Daarin is sprake van prioritering voor zorgmedewerkers en kwetsbaren. Het ligt daarom in de lijn der verwachting dat deze groepen ook in Nederland het eerst in aanmerking komen voor een vaccin, maar de uiteindelijke prioritering zal worden bepaald op basis van het GR-advies.
- PM GR advies
- Bij de prioritering moet goed gekeken worden of het vaccin in alle groepen even werkzaam en veilig is én dat het vaccin zowel de ziektelast als verspreiding kan tegengaan. Dit is onderdeel van de beoordeling zoals de EMA deze opstelt. Na het beschikbaar komen van de vaccins zal de WHO hier ook over adviseren. Op het moment dat er meer gegevens, zoals definitieve resultaten uit de laatste fase van het klinisch onderzoek beschikbaar komen, moet de strategie aangepast kunnen worden. Hier werken we (VWS, RIVM en betrokken partijen) momenteel scenario's voor uit, waarbij we kijken welke partijen bij welke doelgroepen. Hoe eerder informatie

beschikbaar is, hoe sneller er kan worden gestart met de uiteindelijke toediening.

- Afhankelijk van wanneer er geregistreerd vaccin beschikbaar komt, zal een startdatum bepaald worden. De verwachting is momenteel op z'n vroegst begin 2021, maar ook de eventuele beschikbaarheid in december 2020 is onderdeel van de voorbereidingen.
- Ook houden we rekening met de mogelijkheid dat de COVID-19 vaccinatie een jaarlijks terugkerende vaccinatiecampagne moet worden, net als bij de griepvaccinatie. Het is lastig om daar, vooruitlopend op informatie over de beschermingsduur van de vaccins, al iets over te zeggen.

**Directoraat Generaal  
Volksgezondheid**  
Programmadirectie COVID19  
Team C

**Datum**  
13 november 2020

e) Oproepen, registratie

- Het RIVM werkt aan een landelijk registratiesysteem speciaal voor de COVID-19-vaccinatie. Hiermee zal worden aangesloten op de systematiek en infrastructuur van het Rijksvaccinatieprogramma.
- We maken gebruik van een bestaand systeem zodat er tijdig een centraal register gereed is.
- Dit systeem kan gebruikt worden voor het oproepen van leeftijdscohorten, maar ook voor het monitoren van vaccinatiegraad, veiligheid en effectiviteit.

f) Uitvoering COVID-19-vaccinatie

- Uiteindelijk is het de bedoeling dat iedereen in Nederland gevaccineerd kan worden tegen COVID-19 (mits de vaccins voor alle doelgroepen geschikt zijn).
- Uit onderzoeken van Ipsos en van de Gedragsunit van het RIVM blijkt dat zo'n 50-71% van de Nederlandse bevolking bereid is zich tegen het coronavirus te laten vaccineren. In de afgelopen jaren is binnen het Rijksvaccinatieprogramma sprake geweest van een dalende vaccinatiegraad. Sinds vorig jaar is deze trend gekeerd. Bij de griepvaccinatie kennen we ook een betrekkelijk lage vaccinatiegraad van ruim 50% tot dit jaar. Voor 2020 verwachten we – mede door Corona – een stijging.
- Het RIVM heeft een scenarioverkenning opgeleverd waarin beschreven is hoe de uitvoering op een efficiënte en laagdrempelige manier uitgevoerd kan worden. Er zijn verschillende uitvoerende partijen in beeld.
- VWS is in gesprek met mogelijke uitvoeringspartijen, zoals GGD'en, huisartsen, instellingsartsen en arboartsen. Met deze partijen bereiden we ons voor op het scenario dat januari landelijk gestart wordt met vaccineren. Ook wordt gekeken naar mogelijkheden als in december al eerste vaccins beschikbaar zijn.
- Het RIVM maakt afspraken met de partijen over uitvoeringstechnische aspecten van de implementatie (zoals het inrichten van ondersteunende IT-systemen, logistiek, locaties, veiligheid, communicatie, deskundigheidsbevordering en planning).
- Met VWS worden gesprekken gevoerd over verantwoordelijkheden, rollen, randvoorwaarden en financiën.

- Er zijn ook verschillende partijen die ondersteuning bij de uitvoering hebben aangeboden. We zijn in gesprek met het Rode Kruis en met de apothekers om hier verdere invulling aan te geven.
- Op dit moment zijn er verschillende werkgroepen ingericht met vertegenwoordigers van de BES- en de CAS-eilanden. Er wordt gekeken wat er nodig is om ook op het Caribisch deel van Nederland een goede vaccinatiecampagne op te kunnen zetten waarbij met name logistiek een cruciaal onderdeel is. Nederland heeft afgesproken dat ook de CAS-eilanden meedelen in de aantallen die voor Nederland beschikbaar komen.

**Directoraat Generaal  
Volksgezondheid**  
Programmadirectie COVID19  
Team C

**Datum**  
13 november 2020

g) Logistiek en veiligheidsaspecten

- Het betreft een unieke logistieke operatie, waarbij de vraag of en het moment waarop een kandidaat-vaccin beschikbaar zal komen onzeker is.
- Tegelijk worden momenteel volop voorbereidingen getroffen voor het logistieke proces. De koplopers zijn daarbij uiteraard leidend in ons totale tijdspad. Daarbij is aandacht voor de eigenschappen van de verschillende typen vaccins die zijn aangekocht. Dit heeft namelijk invloed op de opslag, verpakking en het transport. Het RIVM werkt aan het tijdig beschikbaar hebben van spuit en naalden (er zijn extra materialen ingekocht), maar ook voldoende koel- en vriescapaciteit. Met name dat laatste is een ingewikkelde operatie omdat er ook vaccins worden ontwikkeld die een erg lage opslagtemperatuur vereisen.
- Er zijn momenteel 25 miljoen extra veiligheidsnaalden en spuiten ingekocht voor de toediening van de COVID-19 vaccins. Tevens doet Nederland mee in de Joint Procurement van de Europese Commissie voor de aanschaf van veiligheidsnaalden.
- De faciliteiten voor diepgevroren vaccins (-70 graden) zijn eind december gereed.
- Gezien het nationale belang van de vaccins wordt ook gekeken naar veiligheidsaspecten van het gehele logistieke proces.
- Een overheidsbrede werkgroep (NCTV, nationale politie, IenW, Defensie, RIVM, VWS) werkt alle onderliggende afspraken nader uit zodat de vaccins veilig binnen Nederland kunnen worden vervoerd, opgeslagen en kunnen worden toegediend. Daarbij is vanzelfsprekend ook contact met lokale partijen, leveranciers, logistieke partijen etc. Het gaat hierbij niet alleen om security, maar ook om safety.

h) Communicatie

- Een belangrijke pijler in deze strategie vormt de communicatie en de dialoog met de samenleving. Iedereen moet over goede en toegankelijke informatie kunnen beschikken. Daarbij worden vaccins in een relatief korte tijd ontwikkeld. Ook al wordt er even streng als altijd beoordeeld, het is logisch dat er mensen zijn met vragen over bijvoorbeeld de veiligheid en effectiviteit van coronavaccins. Vragen en zorgen moeten we zo goed mogelijk adresseren.
- We richten ons op 3 pijlers: algemene publiekscommunicatie, communicatie gericht op doelgroepen (o.a. de uitnodigingen) en

communicatie naar professionals. De volgende stappen staan in de komende periode centraal:

- o Fase 1 (november – december 2020): informeren over werking/status van vaccin (voor zover bekend), een belangrijk onderdeel daarvan is het ontkrachten van desinformatie;
  - o Fase 2 (december – januari 2021): motiveren van de vaccinatiecampagne, het belang van vaccinatie bij het onder controle krijgen van het coronavirus;
  - o Fase 3 (periode nog te bepalen): informatie over de uitvoering van de vaccinatiecampagne, mensen activeren om zich te laten vaccineren. De campagne is in grote mate afhankelijk van het vaccinatieproces (welke groep eerst, hoeveelheden, etc.)
- RIVM zorgt voor het opstellen van de communicatie naar mensen die prik krijgen (dus de inhoud van uitnodiging). Het ligt voor de hand dat bepaalde groepen mensen de uitnodiging ontvangen van hun huisarts, net als bij de griep prik.
  - RIVM draagt ook zorg voor communicatie naar professionals.
  - Het ontkrachten van desinformatie zal een belangrijk onderdeel zijn van de communicatie, zoals we zien bij het huidige vaccinatiebeleid (RVP). Omdat het COVID-19 vaccin nog meer emoties op roept wordt hier extra op ingezet.

**Directoraat Generaal  
Volksgezondheid**  
Programmadirectie COVID19  
Team C

**Datum**  
13 november 2020

i) Monitoring en onderzoek

- Monitoring van de vaccinatiegraad, effectiviteit en mogelijke bijwerkingen is in deze pandemie en bij deze vaccins cruciaal. Gezien de bijzondere maatschappelijke omstandigheden en impact die het coronavirus heeft wordt hier extra op ingezet. Het RIVM werkt de monitoring en onderzoek momenteel met andere partijen nu nader uit. Om deze taak uit te kunnen voeren is het verkrijgen van vaccinatiegegevens via het landelijke registratiesysteem essentieel.
- Ook op Europees niveau is een project opgestart om de werkzaamheid en veiligheid van de nieuwe COVID-19 vaccins te bewaken. Utrechtse wetenschappers leiden dit project, dat wordt gefinancierd door de European Medicines Agency (EMA).
- In het project zal de komende maanden ook het onderzoek worden voorbereid om snel de effectiviteit, het aantal vaccinaties en de veiligheid van de vaccinaties te kunnen bestuderen op het moment dat vaccins gebruikt gaan worden. Tevens zullen afspraken worden gemaakt en de infrastructuur gebouwd om deze bewaking gezamenlijk uit te voeren. De resultaten zullen in december 2020 beschikbaar komen zodat een Europees systeem voor het monitoren van de veiligheid en effectiviteit van COVID-19-vaccins tijdig gereed is.
- Bijwerkingencentrum Lareb is aangesloten op de Europese infrastructuur en bezig met de technische/personele voorbereidingen om vanaf januari klaar te zijn voor het ontvangen en verwerken van meldingen van eventuele bijwerkingen die gemeld worden door patiënten of zorgverleners.

- In dit kader werkt het Lareb aan een app om groepen mensen vrijwillig actief te volgen om bijwerkingen te monitoren. Door in te zetten op actieve monitoring, zijn we sneller op de hoogte van mogelijke bijwerkingen. Bij een nieuw vaccin is dit extra belangrijk.
- Bijwerkingencentrum Lareb, het RIVM, en het CBG werken nauw samen rondom de veiligheidsbewaking. Mocht er ondanks alle voorzorg onverhoopt sprake zijn van enige calamiteit met een vaccin, dan kan daarop snel geïntervenieerd worden door bijvoorbeeld te herleiden om welke batch het gaat. Goed zicht en vroegtijdige informatie zijn belangrijk, zeker in een context waarin mogelijk verschillende vaccins in omloop zijn. Ook is een goede registratie essentieel omdat mensen bij de meeste kandidaten twee vaccinaties ontvangen.

Directoraat Generaal  
Volksgezondheid  
Programmadirectie COVID19  
Team C

**Datum**  
13 november 2020

#### **Tot slot**

Het ontwikkelen van een nationale vaccinatiestrategie brengt veel uitdagingen met zich mee, met name omdat er nog veel onzekerheden zijn rondom de nieuwe vaccins. De belangrijkste stappen hebben we in beeld: vaccins moeten een grondige toelatingsprocedure doorlopen voordat ze mogen worden gebruikt, er moet een zorgvuldig onderbouwde prioritering van doelgroepen zijn, en de uitvoering van de vaccinatie moet hierop worden aangesloten. Waar mogelijk maken we daarbij gebruik van bestaande structuren. Tegelijkertijd kent deze operatie unieke kenmerken, die vragen om een groot aanpassingsvermogen van alle betrokken partijen. Er wordt door deze partijen ontzettend hard gewerkt om zo snel mogelijk na de eerste leveringen van COVID-19 vaccins te kunnen starten met het daadwerkelijk vaccineren van de samenleving. Hierbij werken we nauw samen met andere Europese landen, zowel voor de aankoop van de vaccins als bij het voorbereiden van de vaccinatiecampagne. Hoewel de gezondheidssystemen per land verschillen, zien we dat bij alle lidstaten dezelfde vragen spelen over logistiek, uitvoering, registratie, monitoring en veiligheidsbewaking. Vanzelfsprekend wisselen we deze ervaringen ook uit op Europees niveau, en kijken we op welke manieren we elkaar daarbij kunnen ondersteunen. Naast het verder uitwerken van bovengenoemde stappen dient, gezien de maatschappelijke impact, veel aandacht te zijn voor transparante, toegankelijke en duidelijke informatie waarbij oog is voor vragen en zorgen vanuit de samenleving.

De stap naar vaccinatie is ook een stap in het virus beter onder controle te krijgen en het weer verder openen van onze maatschappij. Dat betekent dat we met deze stap ook de andere maatregelen tegen het licht zullen houden. Is het mogelijk om maatregelen te versoepelen en vanaf wanneer is dat mogelijk? De epidemiologische situatie zullen we nauw laten monitoren door het RIVM en het OMT. Ook zullen we het OMT vragen de verhouding tot de teststrategie in ogenschouw te nemen. Vanaf welke vaccinatiegraad is het mogelijk de teststrategie te wijzigen? Of hangt dit van de epidemiologische situatie af, of van de gevaccineerde doelgroepen. Een adviesaanvraag aan het OMT zal worden voorbereid.

5.1.2e

5.1.2e

# Corona Gedragsunit @ RIVM

Response team 3 / 11/2020

## Onderwerpen

- Coderen gedragsregels websites: gedragstaxonomie 👍
- Template voor beschrijving gedragsadviezen 👍
  
- Omgaan met cijfers gedragsonderzoek
  
- Gedragscijfers op Corona Dashboard
  
- Interventieontwikkeling Rapid Response Team

## Coderen websites RIVM & Rijksoverheid

- Doel: beoordelen van de vindbaarheid, duidelijkheid, consistentie en voor gedrag relevante aspecten van de adviezen
- Criteria
  - Gedrag(sketen) concreet beschreven
  - Doelgroep (mensen met klachten) en definitie vd doelgroep (klachten: ...)
  - Context (thuis werk etc) en definitie context (publieke binnenruimte...)
  - Uitvoerbaarheid/complexiteit gedrag (→ meer communicatie/steun nodig)
  - Waarom maatregel: mechanisme infectiepreventie & effectiviteit
  - Bij restrictieve maatregel: Hoe dan wel?
  - Inconsistenties tussen maatregelen

## Algemene reflecties na codering websites

Vrijwel overal zijn stevige verbeteringen mogelijk. Informatie is verouderd zonder datumvermelding, spreekt elkaar/zichzelf tegen en verwijst naar elkaar terug. Soms ook ineens informatie over politieke besluitvorming (bij mondkapjes).

Standaard templates voor de pagina's (wie moet wat doen waar wanneer waarom hoe lang etc)

Flowcharts en/of calculators (6 situaties met thuisblijfadvis met verschillende duur en regels voor huisgenoten en zelf)

Etc.

Oplevering scoringsdocument deze week tbv verbetering Rijksoverheid.nl & RIVM.nl



5.1.21

Eind vorige week opgeleverd – benieuwd naar eerste ervaringen?

## Omgang met gedragsdata

- Resultaten 6e ronde: 2 van de 10 met besmetting gaat naar buiten en 7 op de 10 met klachten
- Uit interview ronde blijkt dat deze mensen extra voorzichtig zijn, en bij het naar buitengaan risico's zo veel mogelijk proberen te vermijden (hond uit laten 's avonds laat, geen boodschappen doen).
- Van de mensen met klachten die thuis moeten blijven, blijken mensen o.a. aan te geven dat ze naar buiten zijn gegaan omdat ze naar de teststraat gingen.

## Focus on ongewenst of gewenst gedrag?

- Om de cijfers het gewenste gedrag te laten ondersteunen is het belangrijk om te focussen op de meerderheid die het juist goed doet (bekraching van de positieve sociale norm):

In nieuwsbericht 6e ronde

- 8 van de 10 mensen blijft thuis met vastgestelde COVID infectie
- 6 van de 10 blijft thuis als huisgenoot positief is.

En niet: 2 op de 10 besmette mensen gaat boodschappen doen

- Niet juist
- Versterkt beeld dat de 'anderen' het allemaal niet goed doen, dus waarom zou ik?

# Gedrag op Corona Dashboard: Focus op basisregels



**CLEVER°FRANKE**  
DATA DRIVEN EXPERIENCES

## Geselecteerde gedragsregels:

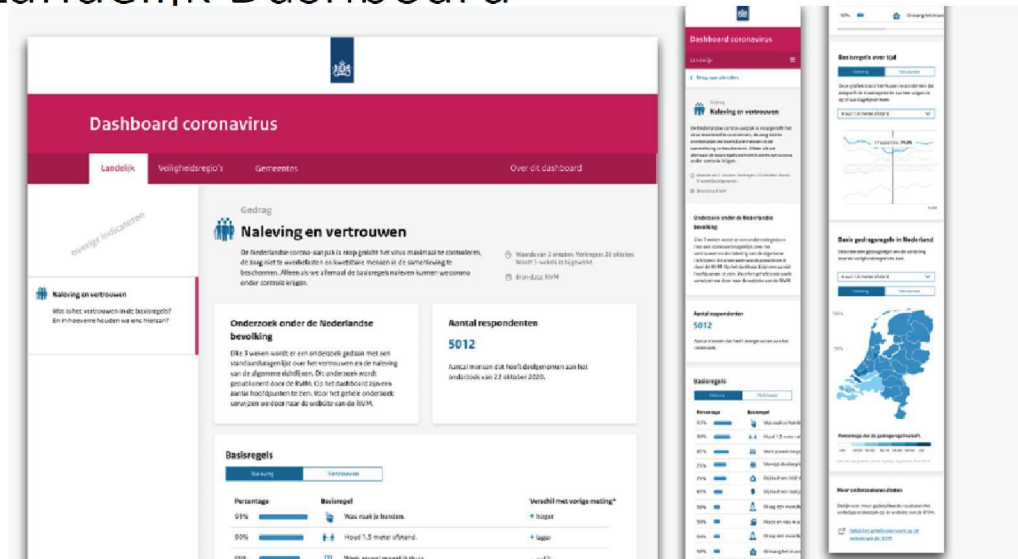
1. Bij klachten: blijf thuis.
2. Bij klachten: laat u testen.
3. Was vaak je handen.
4. Houd 1,5 meter afstand.
5. Werk thuis, tenzij het niet anders kan.
6. Vermijd drukke plekken.
7. Ontvang maximale aantal bezoekers thuis.
8. Hoest en nies in je elleboog
9. Draag een mondkapje in publieke binnenruimtes
10. Draag een mondkapje in het ov.

Hiervoor is zowel een score berekend voor:

**Naleving (%)**

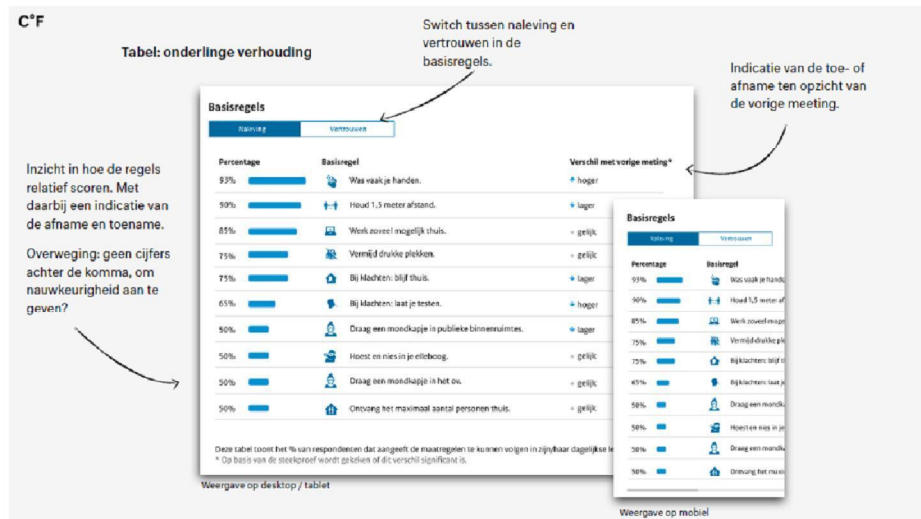
**Draagvlak (%)**

# Voorstel Gedragsindicatoren op Landelijk Dashboard



# Voorstel Naleving & Draagvlak

op 12 November release op dashboard





## Gedrag & COVID-19

Kansrijke gedragsinterventies  
*door het rapid response team*

## Rapid Response Team

- Team van gedragsdeskundigen werkzaam bij verschillende departementen en uitvoeringsorganisaties van het rijk
- Focus op interventie-ontwikkeling gericht op bevorderen naleving gedragsregels (→ verlagen non-compliance)

Corona gedragsunit RIVM als adviseur betrokken

# Kansrijke gedragsinterventies

## 1. (Thuis)werken

- minSZW werkt aan digitaal platform met tips & tricks
- Onderzoek naar weerstanden & motieven naar thuiswerken

## 2. Prijsvraag: nudging the curve

→ welke onderwerpen prio? Of wat mis je?

- Thuisblijven
- laten vaccineren
- corona-proof samen leven/werken
- afstand houden op drukke plekken

# Kansrijke gedragsinterventies

## 1. Thuis blijven bij klachten

- Social commitment – Ik beloof dat .. (bijv. bij maken testafspraak)
- Presentje voor mensen die zich laten testen  
GGD niet enthousiast; zonder steun GGD niet uitvoerbaar
- Quarantaine – buddy: maak tijdig een afspraak wie jou kan helpen

## 2. Supermarkt

- Online boodschappen bevorderen / prio voor mensen in quarantaine of kwetsbaar
- Consumenten informeren over rustige en drukke tijden
- Spaaracties – 6 tot 9 maanden voorbereidingstijd

## 3. Een band op afstand: armbandje voor buitenruimte

- Signaal functie – eerst nu kleine pilot; bij succes onderzoek met camerabeelden in A'dam

