



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

verslag

Betreft	Verslag Bestuurlijk Overleg rol en positie GGD'en
Vergaderdatum	14 juli 2020
Vergaderplaats	Via webex
Aanwezig	<p>VWS</p> <ul style="list-style-type: none"> Hugo de Jonge, Minister van VWS (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <p>BZK</p> <ul style="list-style-type: none"> (10)(2e) (10)(2e) <p>VNG</p> <ul style="list-style-type: none"> bestuurlijke delegatie VNG (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) bestuurlijke adviescommissie Publieke Gezondheid (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) VNG/bureau (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <p>GGD GHOR Nederland</p> <ul style="list-style-type: none"> (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <p>VNG</p> <ul style="list-style-type: none"> (10)(2e)
Afwezig	(10)(2e)

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Publieke Gezondheid
Openbare en
Jeugdgezondheidszorg

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T (10)(2e)
F (10)(2e)
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

M (10)(2e)
(10)(2e) @minvws.nl

Datum
23 juli 2020

Bijlage(n)
-

Aantal pagina's
3

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

1. Opening en mededelingen

De bijeenkomst wordt geopend met de mededeling dat de Minister later bij het overleg aanschuift.

2. Afsprakenkader bekostiging GGD'en

In een eerder Bestuurlijk Overleg Publieke Gezondheid van 2 juni 2020 is gesproken over de financiële vergoeding van de COVID-19 maatregelen voor GGD'en en zijn afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn verwerkt in het meegestuurde afsprakenkader. Daarnaast is door AEF onderzoek uitgevoerd naar de indicatieve kosten van deze maatregelen. Partijen aan tafel geven aan in te stemmen met het voorliggende afsprakenkader en de daarin beschreven systematiek. Dit betekent in het kort dat de feitelijke kosten tot en met juni 2020 in rekening kunnen worden gebracht door de GGD'en. Vanaf juni 2020 wordt gewerkt met maandelijkse bevoorschottingen die door de GGD'en kunnen worden aangevraagd. Naast de systematiek uit het memo worden de volgende punten wat meer in detail besproken:

Directoraat Generaal
Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Openbare en
Jeugdgezondheidszorg

Datum
23 juli 2020

- **AEF-onderzoek**
Dit onderzoek is een momentopname waarin eventuele toekomstige opdrachten nog niet in zijn meegenomen. De vraag ligt voor of bij nieuwe opdrachten, de vergoeding daarvan dan ook onder deze regeling qua systematiek valt. Vanuit VWS wordt aangegeven dat indien aan GGD'en en/of veiligheidsregio's nieuwe opdrachten inzake de COVID-19 pandemie worden verstrekt door het Rijk, dan komen deze ook voor vergoeding in aanmerking.
- **Laboratoriumkosten**
Landelijk wordt het tarief voor laboratoriumkosten van 65 euro gehanteerd. Deze afspraak is gedeeld met de GGD'en en zij handelen hier ook naar in het maken van afspraken met laboratoria. Mocht een GGD echter met een hoger tarief worden geconfronteerd, dan is het pleidooi van de GGD'en dat het Rijk hierin de GGD'en tegemoet treedt. Het gaat hier dan om langlopende contracten waar hogere tarieven in zijn opgenomen. GGD'en doen een uiterste inspanning om de contractafspraken aan te passen op het landelijk tarief van € 65,-. GGD GHOR Nederland houdt VWS over de voortgang van deze onderhandelingen op de hoogte. Mocht ondanks alle inspanningen blijken dat GGD'en toch geconfronteerd worden met hogere kosten voor de uitvoering van de test op het laboratorium voor de achterliggende periode, dan komen deze meerkosten voor vergoeding in aanmerking. Wel dient e.e.a. goed te worden onderbouwd. De meerkosten kunnen echter niet blijvend van aard zijn, de GGD dienen in elk geval een afspraak te hebben gemaakt met de labs over een datum (niet te ver na 1 juni) vanaf wanneer het tarief van 65 euro wordt gehanteerd.
- **Bron- en contactonderzoek**
GGD GHOR Nederland geeft een korte toelichting op de gehanteerde percentages uit het AEF onderzoek en uit de reeds gemaakte financiële afspraken omdat deze van elkaar afwijken.
Het aantal uit te voeren BCO is gelijk aan het aantal positief geteste personen. Er wordt uitgegaan van een testcapaciteit van 30.000 testen per dag en 5% positieve testuitslagen. Dit betekent dat er 1.500 BCO's per dag moeten kunnen worden uitgevoerd. De huidige bekostigingsafpraak is gemaakt op een regionaal beschikbare capaciteit voor BCO gebaseerd op 30.000 testen per dag en 2% positieve testuitslagen. Daarnaast hebben we bekostigingsafspraken gemaakt over een aanvullende landelijke capaciteit voor BCO gebaseerd op 30.000 testen per dag en 5% positieve testuitslagen. Indien de aard van de crisis dusdanig verandert en er meer tests per dag moeten worden afgenomen dan geraamd (30.000) of er meer dan 5%

positieve testuitslagen zijn, kan er opgeschaald worden tot een capaciteit voor maximaal 70.000 tests per dag. Als van dat laatste sprake is, moet GGD GHOR NL aannemelijk maken dat deze opschaling noodzakelijk is.

Directoraat Generaal
Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Openbare en
Jeugdgezondheidszorg

- JGZ instellingen

Een groot deel van de GGD'en verzorgt ook de JGZ-taken in hun regio. De kosten voor bijvoorbeeld vervangende inzet van jeugdartsen zijn opgenomen in bovengenoemd AEF-onderzoek. Daar waar het JGZ-instellingen betreft die niet bij de GGD zijn ondergebracht, zijn die kosten voor gemeenten met een apart AEF-onderzoek in beeld gebracht. Deze meerkosten worden eveneens door het Rijk vergoed. Over de verdere uitwerking wordt door het Rijk en gemeenten nadere afspraken gemaakt.

Datum
23 juli 2020

3. Afsprakenkader bekostiging veiligheidsregio's

Dit agendapunt wordt ter kennisgeving besproken met de volgende toelichting. De veiligheidsregio's hebben een eigen kosten onderzoek laten uitvoeren door AEF. Besluitvorming vindt plaats in het Bestuurlijk Overleg Financiële Verhoudingen.

4. Corona kosten gemeenten

Dit agendapunt wordt ter kennisgeving besproken met de volgende toelichting. De andere meerkosten die betrekking hebben op COVID-19 maatregelen zijn door gemeenten in beeld gebracht. Het gaat hier om kosten die voortvloeien uit de maatregelen die de veiligheidsregio's hebben moeten nemen. Besluitvorming vindt plaats in het Bestuurlijk Overleg Financiële Verhoudingen.

5. Governance reguliere preventietaken gemeenten versus inzet op corona

In het bestrijden van de COVID-19 pandemie is een nieuwe fase ingegaan, die van maximaal controleren. Het is dan ook een goed moment om met elkaar terug te blikken op de afgelopen maanden, wat er de komende tijd te verwachten staat en de manier waarop de reguliere preventietaken weer vorm kunnen worden gegeven en hoe de geleerde lessen van belang zijn voor de infectieziektebestrijding. De VNG spreekt de wens uit om tot aan 1 januari 2021 regelmatig met MVWS hierover door te spreken. Een dergelijk gesprek is ook tussen ambtelijk VWS en GGD GHOR Nederland gestart. De centrale vraag is hoe we ervoor zorgen dat de opdrachtverlening van het Rijk in verhouding wordt gebracht met de taakopdracht die gemeenten hebben. De afspraak wordt gemaakt om in het najaar 2020 twee bestuurlijke overleggen publieke gezondheid te organiseren in aanwezigheid met zowel de minister van VWS als de Staatssecretaris.

6. Rondvraag en sluiting

Ter afsluiting van de bijeenkomst zegt VWS toe een brief aan de VNG, het Veiligheidsberaad en GGD GHOR Nederland te sturen waarin de financiële en bestuurlijke afspraken uit dit bestuurlijk overleg zijn verwoord. De basis van deze brief ligt in hetgeen is besproken bij agendapunten 2 en 3. *(NB: deze is reeds aan partijen toegestuurd)*

To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
From: (10)(2e)
Sent: Fri 10/23/2020 6:18:06 AM
Subject: Re: TC koppeling voor onderzoek Vektis- en NICE-data
Received: Fri 10/23/2020 6:18:07 AM

Aha, dank je, ik had al zo'n idee dat dit liep. Zal het eerst eens lezen. Overleg nog wel over woensdag.

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Date: 23 October 2020 at 08:06:46 CEST
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: FW: TC koppeling voor onderzoek Vektis- en NICE-data

Hoi (10)(2e)

Zie voorstel koppeling osiris, nice en vektis data aan cbs microdata. Later maar even over hebben. Kan en wil jij woensdag ook aansluiten?

Groeten,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden op: donderdag 22 oktober 2020 22:33
Aan: "(10)(2e)" <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>, Margreet te Wierik <(10)(2e)@rivm.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@vektis.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>, Liselotte van Asten <(10)(2e)@rivm.nl>, "(10)(2e)" <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>, Don Klinkenberg <(10)(2e)@rivm.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@cbs.nl>, "(10)(2e)" <(10)(2e)@cbs.nl>
Onderwerp: Re: TC koppeling voor onderzoek Vektis- en NICE-data

beste mensen,

hierbij het projectvoorstel na alle opmerkingen en track changes verwerkt te hebben.

Volgende week woensdag 11 uur praten we verder. Vanuit CBS zal (10)(2e) deelnemen.

Uitnodiging voor GoToMeeting volgt.

Vriendelijke groet

(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>
Sent: Friday, 25 September 2020 10:56:06
To: (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e)@cbs.nl
Subject: RE: TC koppeling voor onderzoek Vektis- en NICE-data

Beste (10)(2e) (10)(2e)

Fijn dat er een afspraak staat met CBS, dank voor het organiseren.

Ik sprak (10)(2e) het en wij hebben allebei behoefte om voor 7 oktober ook meer helderheid te krijgen of er een juridisch draagvlak kan komen voor dit project, en dan met name het gebruik van BSN of wat daarvoor geregeld moet worden. En misschien ook nog wel hetzelfde voor de financiële kant omdat wij alle drie (RIVM, Vektis en NICE) eerder hebben aangegeven geen capaciteit

beschikbaar te hebben om in de onderzoeksvragen te steken.
 Hebben jullie ook al naar de juridische en financiële mogelijkheden gekeken?

De onderzoeksvragen die wij in eerste instantie hebben opgesteld, zoals wie heeft meeste baat om als eerste gevaccineerd te worden, gaan aan waarde verliezen als het nog maanden gaat duren voor we aan de slag kunnen. Dus als er langdurige barrières op technisch, juridisch of financieel vlak worden verwacht moeten we misschien pas op de plaats maken en concluderen dat het een mooi idee was om samen te werken aan deze onderzoeksvragen maar het helaas niet te realiseren is binnen de maatschappelijke deadlines.

Ik wil niet negatief overkomen, en ben nog steeds enthousiast over de plannen, maar ik denk dat we allemaal druk zijn en onze tijd goed willen besteden.

Groet
 (10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)> @rivm.nl>

Verzonden: dinsdag 22 september 2020 14:30

Aan: (10)(2e) <(10)(2e)> @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @vektis.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @amsterdamumc.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @amsterdamumc.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @cbs.nl

Onderwerp: TC koppeling voor onderzoek Vektis- en NICE-data

beste mensen, graag willen we woensdag 7 oktober 10:00 bellen samen met CBS (Dhr (10)(2e)) over stappen bij koppeling van databases. Groeten, (10)(2e)

From: (10)(2e)

Sent: Wednesday, 2 September 2020 11:46:50

To: (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e)

Subject: Re: Onderzoek Vektis- en NICE-data

besten,

We hebben nog geen afspraak kunnen maken met de mensen van CBS om te horen hoe we de gewenste koppeling kunnen vormgeven en waarom we dat belangrijk achten. Het proces tot toestemming vanuit de deelnemende partijen voor een eerste koppeling (= resultaten van teststraten met die van aan RIVM gemelde cases o.l.v. CBS) loopt, zodat deze extra stap met nog weer 2 nieuwe databases nu nog niet uitgewerkt kan worden. Vanuit RIVM is ons hoofd Epidemiologie (10)(2e) momenteel afwezig en zij beheert dit eerste initiatief tot koppeling. Dus het voorstel is in de week van 21 september weer te overleggen samen met haar erbij. Wij zijn zelf al praktisch begonnen een onderzoeksvoorstel uit te werken welke data we uit welke bestanden nodig hebben voor onze vraagstelling naar vaccinatieindicaties. Dan kunnen we dat straks helderder uitleggen aan de nog te vormen werkgroep vanuit CBS.

Vriendelijke groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e)

Sent: Thursday, 20 August 2020 11:31:49

To: (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e)

Subject: RE: Onderzoek Vektis- en NICE-data

Dag allemaal,

Beste (10)(2e) en (10)(2e) dank voor jullie verdere uitwerking. Ik heb net met (10)(2e) even overlegd.

We vinden het allemaal belangrijk om hiermee verder te gaan, en gezien de mogelijkheden maar ook de beleidsvragen die op korte termijn relevant zijn, lijkt het ons goed om woensdag aanstaande hierover verder van gedachten te wisselen. (10)(2e) kan alleen 's ochtends, dus ik hoop dat Niels dan ook kan. Ik stuur zo een vergaderverzoek rond.

(10)(2e) zal nog een verdere uitwerking maken, en ook zullen we dit project onze collega's bij VWS 'in de week leggen'.

Met groeten,

(10)(2e)

Dr. (10)(2e)
(10)(2e)

RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding (Cib)
Postbus 1 (postbak (10)(2e))
3720 BA Bilthoven
Tel: (10)(2e)
Mob: 06 (10)(2e)

Maandag afwezig

From: (10)(2e) <(10)(2e)@vektis.nl>

Sent: vrijdag 31 juli 2020 13:33

To: (10)(2e) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>

Subject: RE: Onderzoek Vektis- en NICE-data

Dag allen,

Zoals (10)(2e) al aangaf in haar mail zouden wij nog even kijken aan de hand van de beschikbare data bij Vektis welke vragen we wanneer ongeveer kunnen beantwoorden.

Zoals jullie weten zijn de declaratiegegevens die wij van alle zorgverzekeraars ontvangen voor ons de belangrijkste bron. Per sector/zorgsoort kan het verschillen wanneer we die kunnen opnemen in onze database. Dit betekent dat we bijvoorbeeld veel langer moeten wachten op een declaratie van een ziekenhuis of revalidatiecentrum (die kunnen 120 dagen open staan, met een gemiddelde van 90 dagen voor revalidatie) dan op een farmacie declaratie (we hebben nu eind juli al een beeld van wat er in mei dit jaar door apothekers (extramuraal) is verstrekt). Dit is dus ook van invloed op de mogelijkheden ten aanzien van de vragen die zijn gedefinieerd. Hieronder per vraag een korte schets van de mogelijkheden op basis van de beschikbare

declaratiegegevens:

Wat is de 'burden of disease' van COVID-19 voor wat betreft beloop bij zowel niet-opgenomen als bij opgenomen patiënten. Dit kan van belang zijn voor planning van de regionale zorgcapaciteit.

Dit zal voor de patiënten van de eerste golf op z'n vroegst in het najaar van 2020 in kaart kunnen worden gebracht

Wat is de 'impact of disease' van op de IC en op verpleegafdelingen opgenomen COVID-19-patiënten voor wat betreft De duur en uitkomst van de opname op de verpleegafdeling en/of IC? Dit is o.a. van belang voor berekeningen van de zorgcapaciteit en doorcalculeren van impact op non-COVID zorg.

De intra- en/of extramurale revalidatiebehoefte van uit het ziekenhuis ontslagen COVID-19-patiënten?

De inzetbaarheid van personen in het arbeidsproces na het doormaken van een ernstige COVID-19-infectie?

Dit zal voor de patiënten van de eerste golf op z'n vroegst in het najaar van 2020 in kaart kunnen worden gebracht. Omdat hierbij ook episodes na het ziekenhuis in kaart moeten worden gebracht is mogelijk een latere update/uitbreiding noodzakelijk.

Wat zijn de risicofactoren voor opname op de IC? Zijn er binnen de huidige omschreven risicogroepen voor een ernstig beloop van COVID-19 subgroepen te onderscheiden met een verhoogd risico voor IC-opname en overlijden?

Antwoord op deze vraag is van belang voor de COVID-19-vaccinatiestrategie, die voorbereid wordt. Omdat een deel van deze subgroepen mogelijk een verminderde vaccinatierespons heeft, moet verhelderd worden bij wie er winst van vaccinatie van henzelf of van hun huisgenoten te verwachten valt, of bij wie strikte hygiëne- en sociale maatregelen blijvend van kracht zijn zolang COVID-19 circuleert.

Het historisch zorggebruik van de COVID patiënten is al bij Vektis beschikbaar en op grond hiervan zijn risicofactoren/co morbiditeiten in kaart te brengen op het moment wanneer wij weten wie de COVID patiënten zijn (zoals voorgesteld op basis van BSN, wanneer toegestaan).

Met dit onderdeel, zou je dus kunnen starten

Welke invloed heeft het doormaken van een ernstige COVID-19-infectie op het gebruik van chronische medicatie?

Zoals geschetst zijn de extramuraal verstrekte geneesmiddelen snel beschikbaar binnen de Vektis database en zouden we hiervoor in het najaar een beeld kunnen schetsen

Wat zijn de kosten van milde en ernstig verlopende COVID-19-infecties? Het antwoord op deze vraag kan gebruikt worden om de kosteneffectiviteit van toekomstige maatregelen zoals vaccinaties te berekenen.

Dit zal voor de patiënten van de eerste golf op z'n vroegst in het najaar van 2020 in kaart kunnen worden gebracht. Omdat hierbij ook episodes na het ziekenhuis in kaart moeten worden gebracht is mogelijk een latere update/uitbreiding noodzakelijk

Voor de planning van de meeting. Op woensdag 26 augustus heb ik nog volop ruimte in mijn agenda, met een voorkeur in de middag vanaf 14.00. Op dinsdag 1 september heb ik helaas al volop meetings staan dus dat gaat niet meer lukken.

Met vriendelijke groeten,

was zo. (10)(2e) heeft ons al eerder uitgelegd dat de verzekerden gegevens niet allemaal op hetzelfde moment (betrouwbaar) beschikbaar komen. Daarom zal (10)(2e) of collega vanuit Vektis) volgende week nog een kort overzicht opstellen welke vragen, zoals benoemd in jullie eerste uitwerking, het eerste beantwoord *kunnen* worden en welke nog even moeten wachten i.v.m. het later beschikbaar komen van de gegevens. Het lijkt me goed om eind augustus, begin september dan weer met elkaar te overleggen om de vragen te prioriteren. Deze prioriteit zal dan vastgesteld moeten worden vanuit het maatschappelijk belang van het antwoord alsmede de praktische mogelijkheid dat gegevens wel of niet al beschikbaar zijn. Uiteraard zullen we het ook moeten hebben over de beschikbare capaciteit om de vragen te onderzoeken want vorige keer gaven alle drie de partijen al aan dat dit niet voor het oprapen ligt.

(10)(2e) is terug van vakantie vanaf 25 aug, ik ben dan ook al terug. Voor mij zou 26 augustus of 1 september goed uitkomen, tijdstip maakt mij niet zo veel uit. Zou dat voor jullie ook lukken? Kunnen jullie een tijdsvoorstel doen? @ (10)(2e) kan jij ook aangeven of je die data op enig moment op de dag kan?

Groet

(10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)> @rivm.nl>

Verzonden: vrijdag 3 juli 2020 16:03

Aan: (10)(2e) <(10)(2e)> @amsterdamumc.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @vektis.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @vektis.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @amsterdamumc.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)> @rivm.nl>

Onderwerp: Onderzoek Vektis- en NICE-data

Beste mensen,

Inmiddels alweer een week geleden, hadden we het over mogelijk onderzoek indien Vektis en NICE-data gekoppeld zouden kunnen worden. (10)(2e) heeft al proefschrift doorgestuurd met daarin een aantal hoofdstukken waarin dit eerder gedaan is, om ons een idee van de mogelijkheden te geven.

In de bijlage een eerste uitwerking van (10)(2e) en ondergetekende. Graag jullie aanvullingen etc.

Ik ben vanaf nu 3 weken met vakantie. Ik haak daarna graag weer aan.

Goed weekend alvast en groeten,

(10)(2e)

Dr. (10)(2e)
Arts M&C, infectieziektebestrijding - epidemioloog
Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)

RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding (Cib)
Postbus 1 (postbak 0/2)
3720 BA Bilthoven
Tel: (10)(2e)
Mob: 06 (10)(2e)

Maandag afwezig

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl De zorg voor morgen begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

VUmc disclaimer : www.vumc.nl/disclaimer
AMC disclaimer : www.amc.nl/disclaimer

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl De zorg voor morgen begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

Verslag Bestuurlijk overleg Covid-19 strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte

Vergaderdatum en -tijd 16 juli 2020, 16.30-17.15 uur

Vergaderplaats Webex

Aanwezigen **Ministerie van VWS**

Hugo de Jonge

(10)(2e), (10)(2e) (DMO)
(10)(2e), (10)(2e) (LZ)

VNG

(10)(2e), (10)(2e)

VGN

(10)(2e), (10)(2e)

KNV

(10)(2e)

Cliëntorganisaties

(10)(2e), Ieder(in)
(10)(2e) (KansPlus)
(1 (10)(2e) (Per Saldo)

1. Opening en doel overleg

2. COVID-19 strategie

Alle partijen spreken hun commitment uit aan de Covid-19 strategie.

(10)(2e): kijken we terug of vooruit? Als branche graag meedoen aan Onbeperkt meedoen. Dat willen we graag.

(10)(2e) ook ons commitment aan strategie. Aardig aan strategie. We hebben dingen geleerd, ook dingen die beter kunnen. Inclusief voor iedereen mis ik nog een beetje, ook de kans om nu ze toch aan het verbouwen zijn. En we moeten dingen behouden, bijv. onderwijs op afstand. Goed om te benadrukken dat het voor het grootste deel gaat om mensen die thuis wonen.

(10)(2e) gaat inderdaad veel over sociaal domein.

(10)(2e): door COVID is een nieuwe groep (groep met medisch risico op ernstig verloop) is extra beperkt door COVID. Is lastig geweest om deze doelgroep op de agenda te krijgen en te houden.

(1 (10)(2e): groep met ernstig verloop en groep die geen 1,5 meter afstand te houden lopen een extra groot risico. Deze groep is onvoldoende in beeld bij het RIVM.

(10)(2e): is de strategie een onderdeel van het programma?

(10)(2e): programma is in feite smaller, want daarin zitten specifieke acties. Maar de doelen zijn erg met elkaar in overeenstemming.

3. Terugkijken en vooruitkijken

(10)(2e): het was een nare periode en is voor veel mensen nog steeds een nare periode. Nog steeds zoekend hoe we daar goed mee omgaan.

Wat wij doen op een drietal terreinen is leren en hoe zetten we dat om in actie? Ook als evt een tweede golf meemaken.

We hebben in maart, met beperkte kennis en mogelijkheden, ingrijpende maatregelen moeten nemen. Er is ons veel aan gelegen om het bij een tweede golf intelligenter en gericht te doen. Nu meer mogelijkheden met testen etc. Meer Kennis. We beseffen dat dat ook belangrijk is in verband met kwaliteit van het leven en de consequenties die de maatregelen ook daarop hebben gehad. We willen meer naar evenwicht tussen medische en menselijke.

(10)(2e): begrip dat er in het begin drastische maatregelen zijn genomen met het oog op de beperkte kennis. We hebben erg gemist dat er overleg is geweest met de mensen om wie het gaat.

Maatregelen moeten op zo laag mogelijk niveau worden genomen in overleg met bewoners en naasten. Samenspraak heeft maar in 20-30% van de gevallen plaatsgevonden, blijkt uit een enquête. Daar waar samenspraak heeft plaatsgevonden, is de tevredenheid heel groot. Gaat naar 95% tevredenheid.

We willen dat in aanloop naar een tweede golf die gesprekken al lokaal gevoerd wordt. Niet wachten tot die tweede golf er is, maar richt het nu vast in.

(10)(2e): ik mis in de strategie de positie van de medewerkers. Zowel verantwoordelijkheid voor cliënten, als voor medewerkers. Ook onder medewerkers is veel angst.

En aandacht voor mensen die thuis wonen.

(10)(2e): (10)(2e) je hebt gelijk. Plan is ontstaan vanuit de wens om een VN-verdrag-proof strategie te hebben die aandacht heeft voor de mensen met een beperking. Maar om daarin samen op te trekken moeten we inderdaad breder kijken.

Vanaf dag 1 zo'n groot gebrek dat 1,5 miljoen mensen met een beperking geen stem en plek hadden op de plek waar de maatregelen werden ontwikkeld en de beslissingen werden genomen. Dat moet op zijn minst op de plekken waar het structureel gebeurt. Mag ik eigen regie en autonomie en mag ik meedenken over de beslissingen die over mij worden genomen.

Doe dat in de volle breedte. VWS is één terrein, maar het lukt bijna niet op andere terreinen om allerlei protocollen inclusief te krijgen.

(10)(2e): betrokkenheid van mensen met een beperking is niet echt VN-verdrag-proof. Dat moet echt beter.

Gemeenten of regio's moeten dat lokaal ook doen, zeker bij een tweede golf waarin meer lokaal of regionaal zal gebeuren.

Wat zeer deed is dat in één van de bijlagen stond dat erin staat dat wij geen continuïteitsbijdrage gaven. Daar hebben we wel hard op gestuurd, anders dan we normaal doen als ledenpartij.

(1 (10)(2e)): ik sluit aan bij (10)(2e) en (10)(2e). Goede informatievoorziening was slecht ingevuld. Ik hoop dat dat in een tweede fase beter gaat. Voor budgethouders zijn ook maatregelen genomen, wat later dan voor de rest, maar het is goed gekomen. Ik denk dat er veel bereikt kan worden, als we meer kunnen doen met beschermend materiaal preventief. Dat kan een hele hoop schelen in niet in quarantaine, niet naar dagbesteding, niet een plek opvullen. We kunnen niet genoeg benadrukken: ga daarnaar kijken.

(10)(2e): betere informatie kan ook helpen.

(10)(2e): Wij omarmen dat we dit lokaal en regionaal kunnen oppakken. De instituties zijn er nog niet klaar voor.

In RONAZ, GGD-regio's en veiligheidsregio's daarin moeten deze doelgroepen ook een plek hebben.

In antwoord op Hugo: zoveel mogelijk overlap tussen regio's, zodat daar waar cure of care wel aan tafel zitten.

(10)(2e) GGD's en veiligheidsregio's zijn synchroon. Kun je daar de RONAZ-en niet aan koppelen via de GGD's?

Hugo: als je daar naar kijkt dan zie je in Brabant wel dat het kan. Wel vaker zit de erpleeghuiscare dan de gehandicaptenzorg aan tafel.

(10)(2e) : zog die wij daarbij hebben: structuren worden ingericht met zorgaanbieders. Logisch, want die zijn goed georganiseerd. Mensen met zorg thuis zijn niet georganiseerd. Dus die zitten niet goed aan tafel. Voor het eerst bij LOTC. Al die groepen moeten zle faan tafel. Er zijn veel mensen die helemaal niet in een zorgstructuur zitten, maar die zitten wel thuis in quarantaine te wachten tot het veiliger voor ze wordt.

(10)(2e) : ethische en gedragskundige kant zou ook vertegenwoordigd moeten zijn.

Hugo: kijkend naar volgende fase. Generieke lockdown, daar heb ik vertrouwen in, gaan we niet meer zien. We hebben inmiddels scherp op het netvlies wat voor negatieve neveneffecten de geneireike lockdown hebben gehad. We zien ook dat die negatieve effecten er nog steeds zijn. De angst is er nog steeds.

Daarom moeten we heel dicht op de bal zitten. Daar waar het virus de kop opsteekt meteen bovenop zitten. Verder 1,5 meter strak aanhouden, thuisblijven, als je ziek bent. Dan kunnen we de maatregelen lokaal, specifiek treffen.

(10)(2e) : het is wel zo, daar hebben we met RIVM een gesprek over. Ongeveer 1 mln mensen valt onder risicogroep. De adviezen die daar nog steeds zijn verhinderen mensen om naar hun werk te gaan, kinderen naar school te laten gaan. Veel mensen nu nog in een lockdown. Daar moeten we nu op inzetten. Op allerlei fronten zien we daar conflicten ontstaan.

(10)(2e) : zeker om daaruit aan te sluiten: jullie hebben daar sessie over gehad met RIVM Goed om dat te vertellen naar de praktijk die jullie beter kennen: wat kan wel en wat kan niet.

Hugo: hoe wil je daar gevolg aan geven?

(10)(2e) : je kunt RIVM niet vragen werk dat even helemaal uit. RIVM maakt algemene inzichten. Met jullie samen specifieker maken.

Hugo'zo praktisch mogelijk vormgeven. Moet duet zijn tussen RIVM en Ieder(in)/Per Saldo.

(10)(2e) : ook OMT was daarbij aanwezig. Ik fleurde ervan op dat bij die meneer kwartjes vielen.

(10)(2e) : (10)(2e) (10)(2e) en ik zijn begin aan het maken met specifiekere Q&A's voor specifiek advies voor bepaalde groepen. We hebben jullie nodig in communicatie naar anderen.

(10)(2e)

Hugo: (10)(2e) , jij zorgt dat gesprek voldoende op gang blijft. Meer gelaagd advies ipv eendimensionaliteit. Ook overleg met arts is goed. Al te terughoudend leven moet niet hoeven.

Laat het mij weten, als jullie avstlopen.

4. **Routekaart: ervaringen met de uitvoering van de handreiking bezoek en dagbesteding en logeeropvang.**

(10)(2e) : Wij constateren dat het wisselt. Hele gevarieerde doelgroep. We werken er hard aan, maar nog niet overal alles goed en open. Verschillende reacties ook van ouders. Soms vinden ze dat het niet snel genoeg gaat, soms te snel. Bij Philadelphia alles open, behalve huiskamers.

Alleen dagbesteding lopen we nog tegenaan. 1,5 meter aanhouden kan niet overal g oeg.

(10)(2e) : Wisselende berichten. Bij sommige organisaties traag, bijvoorbeeld als combinaties moeten worden gemaakt (met vervoer, externe dagbesteding, etc). Dagbesteding idd het grootste probleem. In dezelfde groep blijven is heel goed voor tegengaan besmetting, maar niet persé voor de mentale gezondheid. Wordt nog wel erg van bovenaf besloten. Mensen voelen weinig invloed.

Dat geldt ook voor mensen die thuis wonen. Zelf regie kunnen voeren staat erg onder druk.

(10)(2e) overleg dat in de handreiking stond heeft weinig plaats gevonden. Zou ect leiden tot betere besluiten. Belangrijk om ook belang van medewerkers mee te nemen, dus belsuiten in de driehoek. Bezoek en naar hiis gaan is redelijk losgekomen. Nog wel rara dingen als 24 uur quarantaine na bezoek thuis. Zorgen over dagbesteding Weinig medezeggenschap of nog geen bericht dat er een alternatief is. Zorg over kleine dagbesetting. Alternatief wordt op de eigen locatie geboden. Maar daardoor op korte termijn krijgen niet meer de dagbesteding die voor hen het beste was, aar op lange termijn gaat het aanbod verschromen.

(10)(2e) bij PGB zien we dagbesteding is wel opgestart, maar in kleinere groepen, dus minder vaak. Bijv. maar 1 dag in de week. Zeker nog naar oude situatie. Logeren is stilgevallen. Komt nu wel wat o gang, maar lang nog niet overalg. Sommige aanbieders hebben nog gecommuniceerd: tot 1 oktober nog niet open. Vervoer is nog een probleem. Er wordt snel vanuit gegaan dat ouders of verwanten mensen zelf vervoeren. Vervoerder hebben toch nog eigen eisen.

(10)(2e) : wegvallen van dagbesteding heeft enorme impact. Dat herkennen we. In gesprek met aanbieders willen we stimuleren dat dat weer op gang wordt gebracht. Dit vergt in routekaart extra aandacht. Ingewikkeld met 1,5 meter. Dit gaat niet vanzelf. Is fundamenteel voor structuur, ontmoeten, gezinnen, etc.

(10)(2e) : Verversprotocol is per 1 juli aangepast. Met mondkapjes of met lagere bezetting, dan kan het. Ik hoor graag of er signalen zijn over specifieke vervoerders zijn die dit nog niet goed doen.

We zien dat de bezetting voor dagbestedingsvervoer achterlijft. Zorg dat dat op langere termijn achterblijft. De routes zijn er wel, maar er wordt geen gebruik van wordt gemaakt. We zien geen risico meer in tekeort aan auto's of chauffeurud.

Hugo: ik herken het, ook de individuele signalen. Moeilijk om er iets aan te doen. (10)(2e) van continuïteitsregeling zou moeten helpen om het enthousiasme weer aan te wakkeren om weer te starten.

Sommige dagbestedingsvormen op 1,5 meter zijn lastig. Dan moeten er afspraken worden gemaakt tussen gemeente/zorgkantoor en instelling. Dat is niet zomaar allemaal geregeld. Bijvoorbeeld ook kliene aanbieders.

Mijn grootste zorg: bij wie kunnen cliënten terecht, als het niet geregeld is. Je eigen gemeente of MZ. Weten de mensen dat ook. Evt ook via cliëntondersteuning. Zijn dat voldoende namen en rugnummers signalen om actie te laten ondernemen.

(10)(2e): begin vn gesprek over parallel met hulpmiddelenpact. Voor een meldpunt. Bijvoorbeeld via Juiste Loket. Wij voelen ervoor als het Juiste Loket daar een plek in krijgt. Kan alleen als we dat ook daarover eens zijn. Als het echt misloopt, dan hebben we dat overleg.

(10)(2e) : continuïteitsbijdrage. Andere kant van het verhaal is de meerkosten als er meer wordt worden geregeld/

(10)(2e) is geregeld via meerkostenregeling.

(10)(2e) Gemeenten hebben ruimte gegeven om het anders te doen dan wat was afgesproken. Kunnen we wat in doen: informatie uitwisselen. Kan nog wel wat innovatieslag in bij aanbieders.

Hugo: Juiste Loket vind ik een goed idee. Zijn we daar naar aan het kijken?

5. Frequentie bestuurlijk overleg en deelnemende partijen

Hugo: Is eens in de zes weken niet wat veel?

(10)(2e): ja en nee. Als we elkaar makkelijk kunnen vinden dan hoeft het niet. Problematiek uit deze golf moeten we niet te lang laten liggen.

Hugo: geen ritme, maar snel schakelen als het nodig is. In septmebtr nog een keer doen zien wat stavaza is.

Motie vd Berg moeten we mee verder. Leestip ^(10/26): brief van vandaag.