

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 351

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 mei 2020

In deze brief informeer ik u, mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport (MZS), de Minister van Justitie en Veiligheid (JenV), de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), de Minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media (BVOM), de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), en de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) over de actuele stand van zaken met betrekking tot de uitbraak van COVID-19.

Het aantal nieuwe besmettingen met het coronavirus en het aantal ziekenhuis- en IC-opnames blijven afnemen. De hoopvolle ontwikkelingen van de afgelopen weken lijken daarmee door te zetten. Dit stelt het kabinet in staat om, conform de routekaart zoals in de laatste kamerbrief is gepresenteerd (Kamerstuk 25 295, nr. 315), de stapsgewijze versoepeling van de maatregelen door te zetten. Tegelijkertijd blijven we waakzaam en bereiden we ons óók goed voor op de mogelijke situatie dat het virus weer oplaait. En hoewel ook de sterftcijfers afnemen, worden nog veel Nederlanders dagelijks geconfronteerd met het verlies van dierbaren. Ons medeleven gaat naar hen uit.

Leeswijzer

In deze brief ga ik allereerst in op de strategie die het kabinet hanteert (paragraaf 1) en de stapsgewijze versoepeling van maatregelen inclusief het meest recente OMT-advies (paragraaf 2). Vervolgens breng ik u op de hoogte van de actuele situatie op het gebied van testbeleid en bron- en contactonderzoek (paragraaf 3), persoonlijke beschermingsmiddelen (paragraaf 4), zorg voor patiënten in de curatieve sector (paragraaf 5), versoepeling maatregelen voor mensen met een kwetsbare gezondheid (paragraaf 6), sportscholen, binnen sporten en sauna's (paragraaf 7), Caribisch Nederland (paragraaf 8), vaccinontwikkeling en ander COVID-19 onderzoek (paragraaf 9), informatie- en verwijscentrum COVID-19

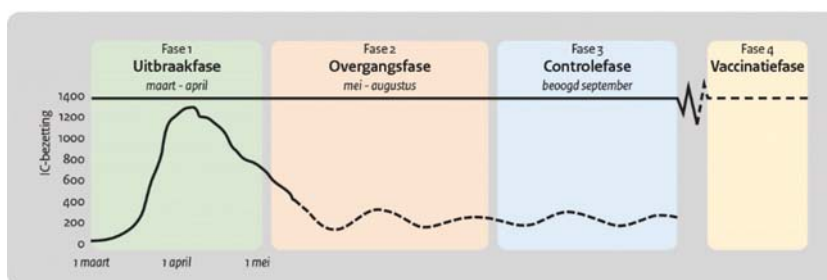
(paragraaf 10) en enkele overige punten met betrekking tot de coronacrisis (paragraaf 11).

1. Maximale controle en fasering van de aanpak

In het debat van 7 mei jl. heb ik aan uw Kamer toegezegd de termen en begrippen uit de strategische aanpak van het kabinet toe te lichten (Handelingen II 2019/20, nr. 70, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus). Vanaf het begin van de uitbraak is de strategie van het kabinet gericht op het maximaal controleren van het virus. Daarbij staan twee doelen centraal: (1) Het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid en (2) zorgen dat de zorg niet overbelast raakt. Dit vereist zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus.

Elke fase in deze pandemie vraagt om een op maat gemaakte aanpak die bijdraagt aan de strategie van maximaal controleren. Het kabinet heeft in de aanpak een aantal fasen onderscheiden. Deze fasen staan ook omschreven in de Kamerbrief van 6 mei jl.¹ en zijn weergegeven in figuur 1.

Figuur 1. De vier fasen van de epidemie schematisch weergegeven.



In de uitbraakfase was een intelligente *lockdown* nodig om weer *in control* te komen. In de huidige overgangsfase is het van groot belang om ook *in control* te blijven, de voorwaarden daarvoor te creëren en zo toe te werken naar de controlefase. Dit doen we door het zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus te versterken en maatregelen stap voor stap te versoepelen. Zo wordt vanaf juni iedereen bij klachten getest, en wordt het contactonderzoek geïntensiveerd en opgeschaald. Nauwe contacten van een besmet persoon worden gevraagd om gedurende 14 dagen thuis te blijven en zich te laten testen bij medische klachten. Zo sturen we sneller en gericht en dammen we het virus in.

De meeste landen om ons heen volgen een strategie van maximale controle². Dat is nodig, omdat het virus voorlopig onder ons zal blijven. Uiteraard is dit niet wat we willen, maar het is volgens de medisch experts een onoverkomelijk gegeven. Dat komt omdat het coronavirus erg besmettelijk is en zich, vanwege de overwegend milde klachten bij het grootste deel van de mensen, voor een deel onder de radar verspreidt. Bovendien is Nederland geen eiland; er zullen altijd nieuwe introducties van het virus vanuit andere landen optreden. En ten derde: de gedragsadviezen (zoals thuisblijven bij klachten en de anderhalve meter afstand) zullen, ondanks de inzet op volledige *compliance*, nooit 100% worden nageleefd.

¹ Kamerstuk 25 295, nr. 315.

² Zoals ook is aangeraden door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Europees Centrum voor ziektepreventie en bestrijding (ECDC).

Met andere woorden, zelfs bij een langdurige voortzetting van de *lockdown* kan nooit helemaal – zelfs niet *bijna* helemaal – voorkomen worden dat mensen ziek worden. Nog los van de ingrijpende maatschappelijke en economische gevolgen van het langdurig voortzetten van een *lockdown*, is de verwachting dat dit de acceptatie van de maatregelen dusdanig op de proef stelt dat de *compliance* met de gedragsadviezen wordt ondermijnd. Dit zou de effectiviteit van de bestrijding van het virus nadelig beïnvloeden.

Het kabinet versoepelt maatregelen op een verantwoord pad. Daarom is het van groot belang dat we goed zicht hebben op de verspreiding van het virus, zodat we nieuwe uitbraken direct kunnen indammen. Hoe meer kennis we hebben en hoe nauwkeuriger de informatie is, hoe sneller en gerichter we de maatregelen kunnen bijsturen.

We moeten met het virus leren leven. De strategie van maximaal controleren houdt in dat we het virus indammen op het moment dat het de kop opsteekt, net als in de beginfase van de epidemie. Alleen zo kunnen we mensen met een kwetsbare gezondheid blijven beschermen en zorgen dat de zorg het aankan. Pas als we beschikken over een vaccin kunnen we groepsimmunititeit bereiken en zijn we beschermd tegen het virus.

Vanuit de huidige overgangsfase werken we toe naar de controlefase waarin we beschikken over instrumentarium waarmee de signaleringsfunctie van het RIVM wordt versterkt om zo snel mogelijk nieuwe oplevingen van het virus in beeld te krijgen en op basis daarvan te besluiten.

1.1. Dashboard

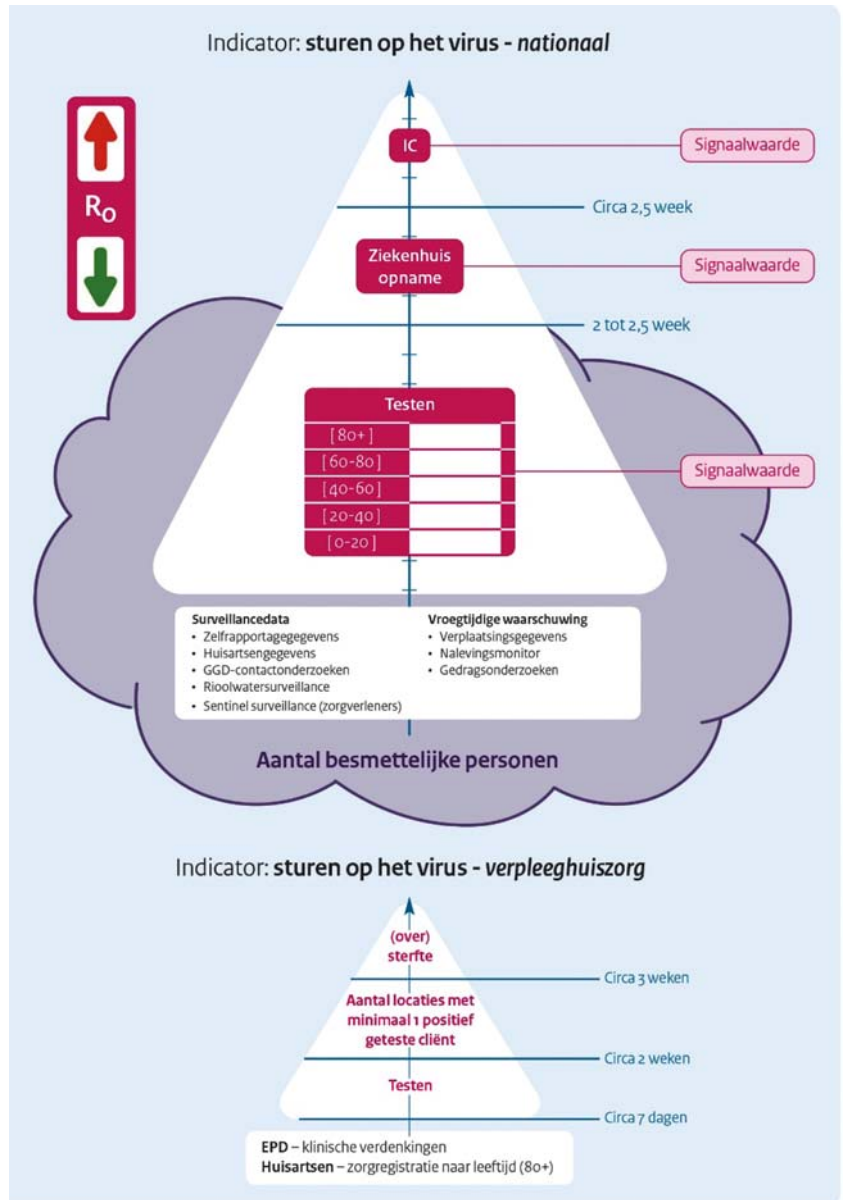
Om *in control* te blijven, is het van groot belang dat we goed zicht hebben op hoe (snel) het virus zich ontwikkelt. We moeten voorkomen dat het virus weer om zich heen grijpt. Zodat we als het ware razendsnel nieuwe brandjes blussen, zonder dat de brand overslaat naar de rest van het huis. We moeten voorkomen dat het aantal opnames in het ziekenhuis en op de IC weer zó sterk toeneemt, dat die de capaciteit gaat overstijgen en dat de reguliere zorg in de verdrukking komt. Of dat we nogmaals tot een *lockdown* over moeten gaan, met veel leed en schade voor de zorg, samenleving en economie als gevolg.

We hebben daarbij veel informatie tot onze beschikking van het RIVM, de GGD'en en de ziekenhuizen. Deze cijfers zijn enorm waardevol. Alleen: ze lopen wel achter op de werkelijke verspreiding van het virus en geven slechts een deel van de werkelijkheid weer. Dat levert onzekerheden op in de rekenmodellen. Met meer en snel testen, traceren, isoleren, rapporteren en verdere verbetering van de monitoring wil ik het zicht op de werkelijkheid verbeteren.

Om beter zicht te krijgen op de verspreiding van het virus ontwikkelen we een dashboard met een groot aantal indicatoren dat ons in staat stelt om sneller en gerichter te kunnen sturen. Deze is weergegeven in figuur 2. Het biedt inzicht om vroegtijdiger signalen van een toename van de verspreiding van het virus op te pikken. Dit dashboard bevat drie elementen die in samenhang met elkaar de impact, omvang en verwachting van de verspreiding van het virus weergeven. Allereerst een set hoofdindicatoren die een getalsmatig beeld van de epidemie geven. Ten tweede een set ondersteunende indicatoren die een indicatief maar completer beeld geven van de epidemie. En ten derde een set indicatoren die met minder vertragingstijd de potentiële risico's voor verspreiding van

het virus weergeven.

Figuur 2. Schematische weergave van het dashboard.



1) Hoofdindicatoren

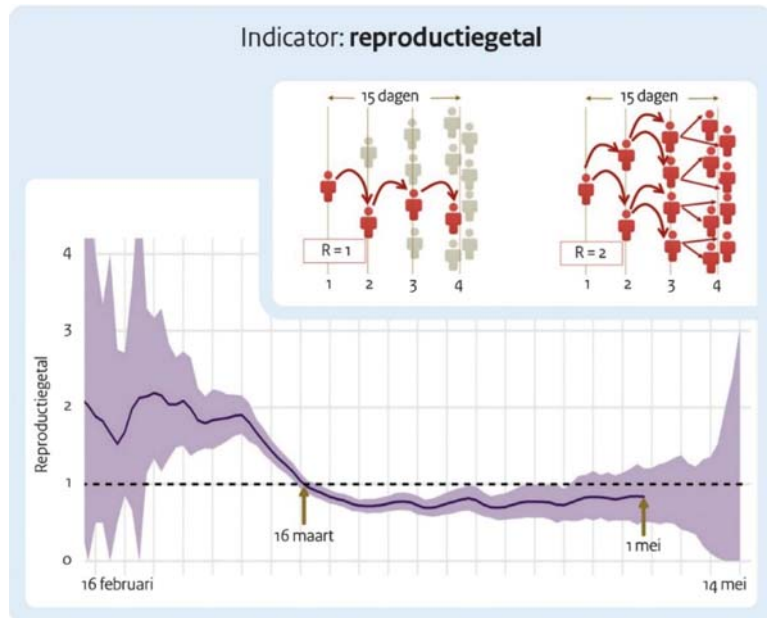
De set hoofdindicatoren omvat getallen die een getalsmatig beeld van de epidemie geven:

- IC-opnames (gemiddeld 15.2³ dagen opgenomen);
- Ziekenhuisopnames (gemiddelde vertragingstijd: 19.0 dagen opgenomen na infectie);
- Testuitslagen (gemiddeld 11.9 dagen op dit moment, dat moet dalen vanwege de opschaling van het testbeleid);

³ Verschil in dagen IC-opnames en ziekenhuisopnames vanwege verschil in rapportage snelheid in NICE.

- Reproductiegetal, de R-waarde (berekend);
- Het aantal besmettelijke personen (omvang).

Het aantal IC- en ziekenhuisopnames geven in de kern de ultieme waarschuwing. Als deze aantallen te hard oplopen is opschaling van maatregelen onontkoombaar. Maar eerder al komen de signalen door via de testuitslagen die vertaald worden naar het aantal positief geteste personen per 100.000 inwoners en uit te splitsen zijn naar leeftijdsgroepen. De testuitslagen geven het meest betrouwbaar zicht op de verspreiding van het virus en gaan minder ver terug in de tijd dan de ziekenhuisopnames. Wel is het zaak de gemiddelde duur van besmetting tot testen te verkorten, zodat de waarschuwing die uitgaat van een oplopend aantal positieve testuitslagen eerder binnenkomt en de effectiviteit van contactonderzoek wordt versterkt. Het reproductiegetal en de omvang van het aantal besmettelijke personen wordt berekend op basis van het aantal ziekenhuis- en IC-opnames en de testuitslagen.



Figuur 3. Het reproductiegetal (R_0) in de periode na 17 februari tot nu, zoals berekend door het RIVM. Het reproductiegetal beschrijft het gemiddeld aantal mensen dat door één persoon wordt geïnfecteerd, zonder immuniteit en in afwezigheid van maatregelen die de snelheid van verspreiding kunnen beïnvloeden. Onderzoekers hebben berekend dat de R_0 ongeveer 2,5 is als het virus ongehinderd zijn gang kan gaan en nog geen immuniteit heeft opgebouwd. Dat betekent dus dat een besmet persoon gemiddeld 2,5 anderen besmet, die na vijf dagen ook ieder weer 2,5 anderen besmetten. Hoe groter R_0 des te sneller neemt het aantal geïnfecteerde mensen toe, en des te moeilijker zal de infectie onder controle te krijgen zijn. Een rekenvoorbeeld: als er vandaag 210 patiënten op de IC liggen, dan zijn bij een R_0 van 2,5 na 20 dagen meer dan 8000 IC-bedden extra nodig zijn. En dat loopt in de dagen daarna alleen maar op. Een R_0 van 1,0 betekent dat het aantal besmettingen ongeveer gelijk blijft. We streven naar een reproductiegetal onder de 1,0, om zo het aantal besmettingen beheersbaar te houden.

2) Ondersteunende indicatoren

Daarnaast beschikt het RIVM over ondersteunende indicatoren die de epidemie beschrijven. Deze geven een minder accuraat, maar wel omvangrijker beeld van het verloop. Voorbeelden hiervan zijn:

- Zelfrapportagegegevens (gemiddelde vertragingstijd: 8,5 dagen na infectie);
- Huisartsengegevens, waaronder de gegevens uit de NIVEL-peilstations;
- Resultaten uit de contactonderzoeken van de GGD;
- Rioolwatersurveillance;
- Sentinel surveillance (zorgverleners).

De zelfrapportagegegevens worden door het RIVM verzameld via www.infectieradar.nl. Mensen kunnen hier wekelijks doorgeven of zij klachten ervaren. De huisartsengegevens worden verzameld vanuit een landelijk dekkend netwerk van huisartsenpraktijken en geven inzicht in het aantal klinisch bevestigde COVID-19 patiënten, het aantal patiënten met een verdenking van COVID-19 en het aantal patiënten met griepachtige verschijnselen. De resultaten uit de contactonderzoeken geven het aantal personen weer met wie positief geteste personen (vermoedelijk) in contact zijn geweest.

De sentinel surveillance van het RIVM bevat gegevens van geteste zorgverleners in alle zorginstellingen. De rioolwatergegevens worden wekelijks door het RIVM verzameld en zijn een indicator voor het aantal mensen dat in het brongebied van een rioolwaterzuiveringsbedrijf besmettelijk is. Daarnaast geven de sterftecijfers, zoals geregistreerd door de GGD en het CBS, een beeld van de epidemie.

3) Indicatoren voor vroegtijdige waarschuwing

De derde set bestaat uit informatiebronnen die op zichzelf niet de epidemie beschrijven. Maar hieruit kunnen wel veel sneller waarschuwingssignalen opgepikt worden in vergelijking met de epidemiologische indicatoren. Die worden namelijk sterk beïnvloed door de incubatietijd van het virus (gemiddeld 5 tot 6 dagen met een maximum van 12 dagen).

In de kern gaat het in deze set om data die beschrijven in welke mate de RIVM-adviezen worden opgevolgd en daarmee dus het risico dat virussen overgedragen worden overgedragen tussen personen. Voorbeelden zijn:

- Verplaatsingsgegevens (gemiddelde vertragingstijd: 1 tot 2 dagen);
- Nalevingsmonitor (gemiddelde vertragingstijd: 1 tot 2 dagen);
- Gedragsonderzoeken

De verplaatsingsgegevens geven het meest direct inzicht in hoeveel bewegingen er plaatsvinden binnen en tussen gemeenten. Deze geaggregeerde data zeggen niets over de verspreiding van het virus zelf, maar wel over het potentiële risico van virusoverdracht tussen personen. Daarmee kunnen ze een eerste signaal geven dat er sprake kan zijn van een risico op het opleven van het virus, bijvoorbeeld bij grote drukte in de parken, op de stranden of in winkelcentra. Op basis van deze op gemeentelijk niveau geaggregeerde data kunnen GGD'en, veiligheidsregio's en zorgaanbieders in alertheid gebracht worden als dat nodig is.

Vanuit de Nalevingsmonitor geven de veiligheidsregio's hun algemene beeld door tijdens (specifieke) weekenden of voor specifieke plekken, zoals stranden, natuurgebieden of centra van steden. Hierin worden ook signalen van de Kustwacht en Koninklijke Marechaussee verwerkt, die onder meer gaan over de hoeveelheid (dag)toerisme en (buitenlands) verkeer. Die gegevens zijn belangrijk om patronen te herkennen en om een verband te kunnen leggen tussen verhoogde activiteit in de publieke

ruimte en een latere lokale toename van het virus. Een eventuele toename zal via het testbeleid zichtbaar moeten worden. Gegevens vanuit de Nalevingsmonitor zijn meestal met een dag vertraging beschikbaar.

Gegevens uit gedragsonderzoeken worden iedere twee weken verzameld door het RIVM. De gegevens laten geen actueel beeld zien van de mate waarin de basisadviezen van het RIVM worden opgevolgd, maar geven wel goed inzicht in de trend daarvan. Het gaat bijvoorbeeld om de mate waarin mensen hun handen wassen, thuisblijven bij klachten en drukte vermijden.

Telecom als onderdeel van surveillance

Tijdens het plenaire debat van 7 mei jl. heb ik uw Kamer toegezegd u nader te informeren over het doel van aanvullende gegevensverzameling ten behoeve van onderzoek naar de verspreiding van het coronavirus. Zoals ook beschreven in paragraaf 3, beschrijven deze gegevens op zichzelf niet de epidemie, maar kunnen hieruit wel veel sneller waarschuwingssignalen opgepikt worden vergeleken met epidemiologische indicatoren. Het doel is dus sec het versterken van het vroegtijdig signaleren van nieuwe oplevingen van het virus.

Het kabinet is met het RIVM van mening dat geaggregeerde data afkomstig uit de mobiele telecomnetwerken daarvoor waardevol kunnen zijn. Parallel aan het uitwerken van het verzoek van het RIVM is een conceptvoorstel voor een tijdelijke wijziging van de Telecommunicatiewet voorbereid. Dit wetsvoorstel beoogt de noodzakelijke wettelijke grondslag te scheppen voor het verwerken van locatie- en verkeersgegevens ten behoeve van het verstrekken van de gewenste statistische informatie aan het RIVM. Het gaat het RIVM daarbij nadrukkelijk niet om het volgen van personen, maar om het verkrijgen van een geaggregeerd beeld van verplaatsingen op bevolkingsniveau. Het wetsvoorstel zal zich dan ook uitsluitend richten op het verstrekken van tellingen van het aantal personen – afgeleid uit de aantallen in de gemeente aanwezige mobiele telefoons- dat per uur in een gemeente aanwezig is. Op basis van deze gegevens kan het RIVM dagelijks statistisch in beeld brengen hoe de mobiliteit zich de voorgaande dag heeft ontwikkeld. Zo kan het RIVM sneller inspelen op actuele ontwikkelingen dan nu het geval is.

In het wetsvoorstel worden waarborgen voor de bescherming van de privacy bij dit proces vastgelegd. De Autoriteit Persoonsgegevens heeft hierover advies uitgebracht. Naar verwachting zal het ontwerpvoorstel, waarin het advies van de AP is verwerkt, deze week voor een spoedadvies worden aangeboden aan de Raad van State, waarna het aan uw Kamer ter behandeling zal worden gezonden. Het wetsvoorstel zal nadrukkelijk geen basis bieden voor het verwerken van informatie ten behoeve van andere doeleinden dan de wettelijke taak van het RIVM. Daarmee is uitgesloten dat informatie wordt ingezet voor doeleinden zoals opsporing, vervolging of het tegengaan van samenscholingen.

1.2. Dashboard voor verpleeghuizen

Ook in de controlefase waar we naartoe werken blijft beschermen van kwetsbare mensen het doel. Het zicht op – en het inzicht in – de verspreiding van het virus (ook specifiek bij ouderen) zorgt dat we snel en gericht kunnen ingrijpen als het virus weer om zich heen grijpt. Aanvullend op deze controlestrategie monitoren we hoe het virus zich in verpleeghuizen verspreidt. Zoals aangegeven in het dashboard (figuur 2) maken we daarvoor gebruik van een drietal indicatoren: de ontwikkeling van het aantal bevestigde besmettingen onder verpleeghuisbewoners, het

aantal locaties met één of meer positief geteste bewoners en de (over)sterftcijfers. Daarbij worden de beschikbare data uit de Elektronische Patiëntendossiers (EPD) en huisartseninformatie over oudere patiënten, waarin klinische informatie is vastgelegd, benut. Op basis van dit inzicht kunnen maatregelen worden genomen om verdere verspreiding binnen en buiten het verpleeghuis te beperken.

1.3. Regionaal dashboard

Op landelijk niveau biedt het dashboard inzicht in de ontwikkeling van 5 hoofdindicatoren, waar signaalwaarden aan gekoppeld worden: IC-opnames, ziekenhuisopnames, testuitslagen, het reproductiegetal, en het aantal besmettelijke personen.

Voor twee van deze indicatoren wordt per veiligheidsregio een vertaling gemaakt in een regionaal dashboard. Het gaat om ziekenhuis opnames en de uitkomsten van de testen, ofwel nieuwe besmettingen. Hiermee kan de actuele ontwikkeling per veiligheidsregio in kaart gebracht worden, aan de hand van een stoplichtmodel.

De signaalwaarden voor deze indicatoren moeten nog bepaald worden. We kiezen hier voorlopig voor twee indicatoren, omdat de verdeling van de overige landelijke indicatoren (zoals IC opnames) tot zeer geringe waarden zal leiden. Als stuurinformatie is de werking daarvan nuttiger op nationaal niveau. Bovendien vindt de verdeling van de IC-capaciteit sinds de coronacrisis op nationaal niveau plaats.

Figuur 4. Voorbeeld regionale indicatoren.



1.4. Uitwerking

Ik ga de komende tijd aan de slag om het dashboard in juni gereed te hebben en te operationaliseren langs twee lijnen.

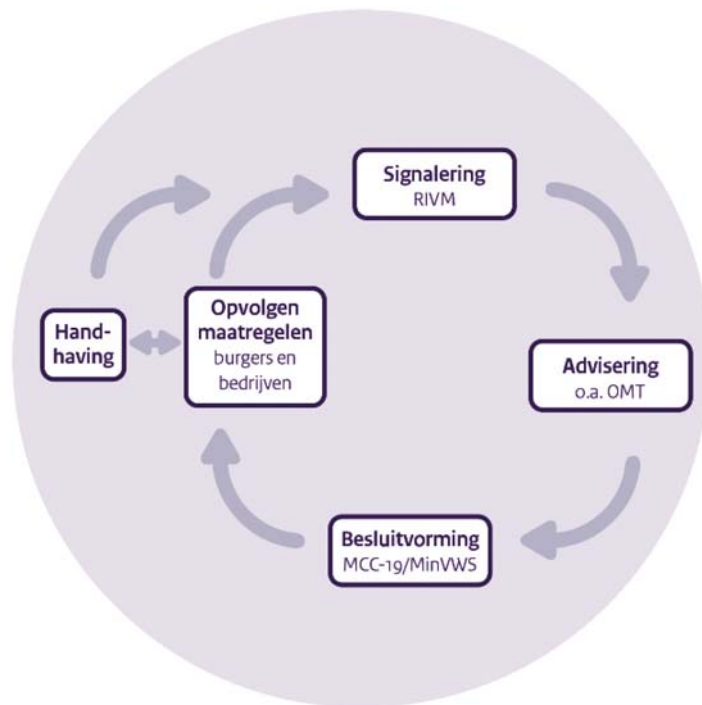
Allereerst versterkt het dashboard de signaleringsfunctie van het RIVM op het virus. Met het dashboard kan het RIVM snel nieuwe oplevingen van het virus in beeld krijgen, waarbij de indicatoren altijd in samenhang met elkaar worden bekeken. Ik heb het RIVM gevraagd om signaalwaarden te

berekenen voor de hoofdindicatoren waarboven we niet moeten uitkomen om maximale controle over het virus te houden.

Indien er op enig moment sprake is van een versnelling van de verspreiding van het virus, vraag ik het OMT (eventueel met spoed) te adviseren over de door het kabinet voorgestelde maatregelen. Dit advies wordt vervolgens besproken in de daarvoor geldende structuur waar besluitvorming plaatsvindt. Maatregelen vloeien niet rechtstreeks voort uit het dashboard, maar vragen altijd om integrale politiek wegging. En daarnaast wordt niet alleen het gezondheidsperspectief maar ook het maatschappelijk en economisch perspectief gewogen. Deze cyclus is weergegeven in onderstaande figuur en wordt de komende weken verder uitgewerkt.

Ten tweede wil ik de signalen uit het dashboard benutten om een signaleringsmodel te ontwikkelen op regionaal niveau, vanwaar publiekscommunicatie uit gaat en dat kan dienen als regionaal waarschuwingssysteem gericht op het algemeen publiek. Deze uitwerking kan handelingsperspectief bieden aan het publiek. Over de verdere uitwerking gaat het kabinet onder andere in gesprek met het RIVM en het veiligheidsberaad. Ik verwacht uw Kamer hierover in de loop van juni nader over te informeren. Een compleet overzicht van het dashboard is weergegeven in bijlage I: Dashboard COVID-19 Schema Sturen⁴.

Figuur 5. Schematische weergave van de structuur van signalering en besluitvorming



2. Versoepeling maatregelen per 1 juni

In de brief van 6 mei jl. heeft het kabinet een aantal stappen opgenomen met voorgenomen versoepelingen. Het OMT heeft op 15 mei geadviseerd over de voorgenomen versoepelingen per 1 juni (het OMT-advies is

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

bijgevoegd, zie bijlagen II en III)⁵. Het gaat hierbij om sectoren die lokaal of regionaal georiënteerd zijn, waarbij gehanteerde maximale bezoekersaantallen een beheersbaar beroep doen op de openbare ruimte en mobiliteitsstromen. Drukke dient ook hierbij voorkomen te worden. Voorwaarden voor opening zijn dat sectoren in staat zijn om de anderhalve meter maatregel in te voeren, werken op basis van reservering én triage of situatiebeoordeling, en zij moeten hygiënemaatregelen op locatie kunnen realiseren. Belangrijk voor het slagen van deze versoepeling is dat alleen mensen uit de buurt of directe omgeving van de voorziening er gebruik van maken, omdat daarmee het openbaar vervoer wordt ontlast. Zo nodig is nader overleg met gemeenten en veiligheidsregio's aangewezen. Het OMT benadrukt dat versoepelen alleen mogelijk is als dit, gelet op de randvoorwaarden ten aanzien van het beschermen van kwetsbaren en het voorkomen van overbelasting van de zorg, verantwoord is.

Afstandsnorm en groepen

Buiten mogen mensen bij elkaar komen als zij 1,5 meter afstand tot elkaar bewaren. De voorwaarde van 1,5 meter geldt niet voor mensen uit hetzelfde huishouden. Hierbij geldt dat de 1,5 meter gehandhaafd wordt vanaf drie personen. In alle gebouwen die publiek toegankelijk zijn, mogen vanaf 1 juni maximaal 30 mensen per gebouw bij elkaar komen, exclusief personeel. Wel hanteren we daarbij de volgende voorwaarden: ook hier de 1,5 meter afstand tot elkaar – uitzondering op de 1,5 meter voorwaarde zijn gezamenlijke huishoudingen, kinderen tot en met 12 jaar en hulpbehoevenden met begeleiders –, hygiënemaatregelen moeten op locatie worden gerealiseerd, er wordt gewerkt op basis van reserveringen en triage. Voor iedereen geldt het advies om zoveel mogelijk gebruik te maken van lokale voorzieningen en dus in de eigen regio te blijven om het OV te ontlasten. Hierover wordt overlegd met gemeenten en veiligheidsregio's.

2.1. Onderwijs

Voortgezet onderwijs en speciaal voortgezet onderwijs

Het voortgezet onderwijs heeft zich de afgelopen periode voor kunnen bereiden op opening. Het OMT adviseert dat het openstellen van het voortgezet onderwijs verantwoord is, onder de voorwaarde dat er hygiënemaatregelen op locatie worden gerealiseerd, en de anderhalvemetermaatregel wordt geïmplementeerd. Dat betekent in de praktijk dat niet alle leerlingen tegelijk op school kunnen zijn. De scholen krijgen zoveel mogelijk ruimte om tot werkbare roosters te komen en zijn daar ook al mee aan de slag. Daarnaast moeten scholen aan de volgende voorschriften voldoen:

- Scholen geven alle leerlingen fysiek onderwijs. Het is niet de bedoeling dat dit wordt beperkt tot een mentoruur en een paar toetsen;
- De onderwijstijd wordt zo over de dagen verdeeld dat het aantal vervoersbewegingen zo beperkt mogelijk is;
- Het openbaar vervoer mag niet overbelast raken. Leerlingen komen dus lopend, met de fiets, scooter of brommer naar school. De VO-raad en regionale vervoerders maken afspraken over speciaal vervoer voor leerlingen die meer dan 8 kilometer van school wonen en van het openbaar vervoer afhankelijk zijn.

Het voortgezet onderwijs kan daarmee per 2 juni weer starten. Scholen voor voortgezet speciaal onderwijs mogen per 2 juni ook open, op basis van de anderhalvemetermaatregel. Het kabinet heeft besloten dat in het

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

voortgezet speciaal onderwijs (vso), net als in het voortgezet onderwijs, anderhalve meter afstand bewaard wordt tussen alle personen. Daarbij realiseren we ons natuurlijk dat voor deze scholen nog meer maatwerk nodig is om afstand te bewaren. Daarom wordt deze afstand in de school zo veel als mogelijk gehandhaafd. Dit is verantwoord omdat het doorgaans kleinere scholen betreft en de voorzorgsmaatregelen en hygiëneafspraken goed worden opgevolgd. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat bepaalde leerlingen om medische redenen niet, of niet meteen, volledig gebruik maken van fysiek onderwijs. En uiteraard is het in het vso nog belangrijker dat risicogroepen extra voorzichtig zijn en dat mensen met klachten thuisblijven. In het leerlingenvervoer voor het vso wordt gehandeld volgens het kader dat het RIVM heeft opgesteld. De gezondheidscheck (triage) vormt de basis voor de beslissing om een persoon te vervoeren. Het bewaren van anderhalve meter afstand tussen betrokkenen wordt waar mogelijk aangehouden. Waar dat niet mogelijk is, wordt gehandeld in lijn met het kader van het RIVM. Voor onderwijspersoneel in het voortgezet (speciaal) onderwijs geldt hetzelfde laagdrempelige testbeleid als op basisscholen. Conform het advies van het OMT zal voor leerlingen in het voortgezet (speciaal) onderwijs een ruimer testbeleid gelden, waaronder alle leerlingen zich zo nodig kunnen laten testen.

Mbo, hbo en wo

Instellingen in het mbo, hbo en wo bieden het onderwijs aan studenten nu zoveel mogelijk online aan. Wel kunnen met ingang van 15 juni toetsing, praktijkonderwijs, en begeleiding van kwetsbare studenten, voor zover dit online niet afdoende kan, weer op de instelling plaatsvinden. Het aantal bewegingen van en naar de instelling dat zo op gang komt betreft maximaal zo'n 20% van de reguliere omvang. Doel van het creëren van beperkte ruimte voor onderwijsactiviteiten is het voorkomen van onnodige studievertraging bij studenten in het mbo, hbo en wo en daarmee het beperken van extra kosten en werkdruk voor studenten, werknemers en instellingen. De activiteiten zullen plaatsvinden met inachtneming van 1,5 m afstand en binnen overige geldende RIVM- en GGD-richtlijnen. De instellingen werken op basis van protocollen, die door de sectoren mbo, hbo en wo zijn opgesteld, in afstemming met de ministeries van OCW en lenW, en vervoerdersorganisaties. Hierin zijn ook de afspraken vastgelegd die de ministeries van OCW en lenW, vervoerdersorganisaties, en sectorraden hebben gemaakt over het gebruik van het openbaar vervoer. Om de spits te vermijden stimuleren instellingen studenten en medewerkers om alternatieven voor het OV te kiezen en zorgen zij voor spreiding van activiteiten over de dag, de week en beschikbare locaties. Het onderwijs wordt georganiseerd tussen 11.00–15.00 en na 20.00 uur, zodat studenten na of voor de spits kunnen reizen.

Primair onderwijs

Basisschoolkinderen gaan op dit moment voor de helft van de tijd naar school. We zien dat scholen dit goed oppakken. Het primair onderwijs gaat met ingang van 8 juni weer volledig open, tenzij in de komende weken uit lopende onderzoeken naar de verspreiding van het virus in het primair onderwijs blijkt dat dit niet verantwoord is. In de komende weken zullen met het onderwijsveld afspraken worden gemaakt over de invulling van de verdere openstelling.

2.2. Kinderopvang

Volledige opening buitenschoolse opvang

Sinds 11 mei is de kinderdagopvang (0 tot 4 jaar) en de gastouderopvang (0 tot 12 jaar) weer volledig open. Vanaf 8 juni gaat ook de buitenschoolse opvang (BSO) weer regulier open. Dit betekent dat kinderen weer op de eigen gecontracteerde dagen naar de BSO kunnen gaan, zoals ouders en houders van BSO gezamenlijk zijn overeengekomen.

Afbouwen noodopvang voor kinderen van ouders met een cruciaal beroep of werkzaam in vitale sectoren

Voor ouders met een cruciaal beroep of werkzaam in de vitale sectoren is er tijdens de coronacrisis noodopvang geregeld voor hun kinderen, zodat zij aan het werk kunnen blijven. Vanaf 8 juni zal deze noodopvang gedurende werktijden overdag worden afgebouwd, omdat scholen, kinderdagopvang, gastouderopvang en buitenschoolse opvang weer volledig opengaan. Dit geldt ook voor de noodopvang van kwetsbare kinderen. De noodopvang in de avond, nacht, en het weekend is vanaf 8 juni alleen nog beschikbaar voor ouders die in de zorg werken, zoals personeel van ziekenhuizen, verpleging, zorgpersoneel van Defensie, verzorging, thuiszorg en ambulancezorg en ondersteunend personeel, zoals schoonmaak in zieken- en verpleeghuizen. In de week van 22 juni wordt overwogen of deze vorm van noodopvang na 1 juli gecontinueerd moet worden. Gemeenten blijven verantwoordelijk voor de realisatie hiervan. Mochten ouders toch behoefte hebben aan extra opvang, dan kunnen zij dit op de gebruikelijke manier aanvragen bij kinderopvangorganisaties en gastouders. Samen met het Ministerie van SZW onderzoek ik hoe en onder welke voorwaarden in uitzonderlijke gevallen – in onderling overleg tussen werkgever, gemeente en kinderopvangorganisatie – maatwerk mogelijk is voor zorgprofessionals die extra werken vanwege COVID-zorg of inhaalzorg leveren als gevolg van de COVID-19-pandemie.

Vergoeding eigen bijdrage kinderopvang

Het kabinet heeft toegezegd de eigen bijdrage die ouders betalen aan de kinderopvang te zullen vergoeden tot aan de maximum uurprijs. Doordat ouders de afgelopen periode de kinderopvang hebben doorbetaald, behielden zij de plek voor hun kinderen op de kinderopvang, voor wanneer de kinderopvang weer regulier open zou gaan. De kinderopvangtoeslag liep door, en er hoefde niet te worden ingegrepen in het lopende toelagensysteem. De kinderopvang bleef op deze manier gefinancierd en was in staat goede noodopvang te verzorgen. Met ingang van 8 juni gaan alle kinderopvangcentra weer regulier open. De kinderdagopvang en de gastouderopvang zijn sinds 11 mei al regulier open. Per 8 juni geldt dat ook voor de buitenschoolse opvang, die per 11 mei gedeeltelijk open is gegaan. De vergoeding voor de eigen bijdrage in de kinderopvang zal ook per 8 juni stoppen. Dat betekent dat ouders met kinderopvangtoeslag, die de kinderopvang de afgelopen periode hebben doorbetaald, een vergoeding voor het betalen van de eigen bijdrage tot aan de maximum uurprijs zullen ontvangen over de periode van 16 maart tot 8 juni. Het streven is dat ouders deze vergoeding in de maand juli op hun bankrekening krijgen. Ouders hoeven hiervoor niets te doen. De SVB gebruikt hiervoor de gegevens die reeds bekend zijn bij de Belastingdienst/ Toeslagen om de vergoeding vast te stellen en uit te betalen. Ouders die voor kinderopvang betalen en daarbij worden gesubsidieerd via een gemeentelijke regeling, in het kader van voorschoolse educatie, peutersaanbod of vanwege een sociaal-medische indicatie, krijgen een

vergoeding over deze zelfde periode via de gemeente. De gemeenten ontvangen hiervoor extra middelen vanuit de rijksoverheid.

2.3. Horeca – vanaf 1 juni 12.00 uur

Het kabinet heeft besloten dat de eerste voorzichtige stappen gezet kunnen worden naar het openen van horecagelegenheden.

Restaurants en cafés mogen open, onder deze voorwaarden:

- Een maximum van 30 gasten per horecagelegenheid (dus exclusief personeel);
- Bezoekers moeten reserveren;
- Iedereen houdt 1,5 meter afstand (behalve mensen uit hetzelfde huishouden);
- In een checkgesprek vooraf tussen ondernemer en klant wordt ingeschat of een bezoek risico's oplevert.

Op terrassen geldt geen maximum aantal personen. Wel moet iedereen aan een tafel zitten en 1,5 meter afstand tot elkaar houden (behalve mensen uit hetzelfde huishouden). Evenals in de publieke ruimte vindt handhaving van de 1,5 meter plaats vanaf drie personen. In dit geval gebeurt deze handhaving primair door de locatie-eigenaar. Dit laatste is ook van toepassing in de binnenruimte van horecagelegenheden.

Het kabinet realiseert zich dat de horeca gehoopt had op eerdere opening, al tijdens het Pinksterweekend. Het kabinet heeft in overleg met de veiligheidsregio's er voor gekozen vast te houden aan 1 juni, vanwege de te verwachten grote drukte en daarmee samenhangende handhaafbaarheid.

Nachtclubs en discotheken kunnen nog niet open omdat dit grote problemen in de handhaving zal geven. Het openstellen van de horeca geeft verdere druk op de openbare ruimte en het OV. In geval van horecaconcentratiegebieden wordt door lokaal bestuur (in overleg met horeca-ondernemers en politie en OV-bedrijven) gezien of additionele regulering noodzakelijk is. Medio juni wordt in het Veiligheidsberaad met de veiligheidsregio's besproken wat de ervaringen zijn en wat aanvullend handelingsperspectief is.

2.4. Culturele instellingen vanaf 1 juni 12.00 uur

Film-, theater- en concertzalen mogen open onder deze voorwaarden:

- Een maximum van 30 mensen in het publiek;
- Bezoekers moeten vooraf reserveren;
- Een checkgesprek vooraf om te bepalen of een bezoek risico's oplevert;
- Iedereen houdt 1,5 meter afstand tot elkaar.

Musea en monumenten mogen open als bezoekers vooraf kaartjes kopen en een checkgesprek voeren. Het maximale aantal bezoekers is voor deze instellingen gebouwfafhankelijk. Er moet 1,5 meter afstand worden gehouden.

Muziekscholen en centra voor de kunsten kunnen ook open. Er geldt een maximaal aantal van 30 personen per gebouw, die 1,5 meter afstand moeten houden.

Het kabinet begrijpt de teleurstelling die deze besluiten meebrengen voor sectoren die ook graag zo snel mogelijk weer hun deuren hadden geopend. Een stapsgewijze opening van sectoren is belangrijk om het virus goed te blijven controleren en de toename van druk op de openbare

ruimte en toename van mobiliteitsstromen beetje bij beetje op te voeren. Het kabinet blijft met sectoren in gesprek over de voorwaarden waaronder sectoren weer open kunnen. We moeten hierbij oog hebben voor het grote geheel.

2.5. Belangrijke rol voor communicatie

Nu de maatregelen stap voor stap worden versoepeld, wordt de opvolging van gedragsadviezen nog belangrijker. Communicatie speelt hierbij een grote rol. De communicatiestrategie van het kabinet is erop gericht om mensen te informeren over de maatregelen die we nemen in de strijd tegen het coronavirus en hen te stimuleren om gedragsadviezen te volgen. De strategie sluit aan bij actuele ontwikkelingen en houdt rekening met de verschillende gevoelens en (informatie)behoeften die er leven in de samenleving. Het kabinet baseert zich hierbij op inzichten uit de gedragswetenschappen. Daarnaast laat het kabinet doorlopend onderzoek doen naar sentiment, vertrouwen en de mate waarin de gedragsadviezen worden opgevolgd. We hebben bijzondere aandacht voor het bereiken van specifieke doelgroepen, zoals jongeren, laaggeletterden en ouderen.

Het kabinet stimuleert gewenst gedrag op een positieve manier, zowel in woord als in beeld. We laten situaties zien waarin mensen de maatregelen naleven of hoe ze gedragsadviezen op kunnen volgen. We vinden het belangrijk positief gedrag te benoemen. Op regionaal en lokaal niveau ondersteunen onder andere scholen, winkels, winkelstraten en stations de naleving van de maatregelen door de noodzakelijke anderhalve meter te visualiseren. In communicatiemiddelen laten we vooral zien wat wél kan. De komende tijd werken we deze communicatiestrategie verder uit door in te spelen op de keuzes die mensen in bepaalde situaties moeten maken. Zo zullen we meer zichtbaar maken waar het wel en niet rustig is om «vermijd drukte» en «houd afstand» goed na te kunnen leven. Dit geldt voor winkelgebieden, langs (snel)wegen, op stations en digitaal via onder andere reis- en routeplanners.

Samenvattend blijft het daarmee van het grootste belang dat iedereen zich houdt aan de afspraken die we als samenleving met elkaar hebben gemaakt:

- Blijf altijd thuis als je klachten hebt;
- Bij benauwdheid en/of koorts blijven alle huisgenoten thuis;
- Werk zoveel mogelijk thuis;
- Houd anderhalve meter afstand;
- Buitenshuis geldt: vermijd drukte. We reizen niet onnodig en het openbaar vervoer gebruiken we alleen als dat noodzakelijk is;
- Ben je ouder dan 70 of heb je een andere ziekte dan COVID-19, wees dan extra voorzichtig;
- Ook de algemene hygiëneadviezen blijven gehandhaafd: regelmatig handen wassen, hoesten en niezen in binnenkant van de elleboog, papieren zakdoekjes gebruiken en meteen weggooien.

Als we dat blijven doen, houden we het verspreidingsrisico zo laag mogelijk.

3. Testbeleid en bron- en contactonderzoek

In de overgangsfase is het van groot belang dat iedereen met klachten getest wordt en dat er op elke positieve uitslag meteen intensieve bron- en contactopsporing plaatsvindt. We werken er naar toe dat vanaf juni – en ik zet in op 1 juni – iedereen met klachten zich kan laten testen. Dat doen we stapsgewijs. Hiervoor is een aantal zaken nodig: een eenvoudige

manier voor mensen om zich aan te melden voor een test, voldoende testcapaciteit, toegankelijke testfaciliteiten en voldoende capaciteit voor de uitvoering van bron- en contactopsporing.

3.1. Uitbreiding testbeleid

Vanaf 18 mei kunnen ook mantelzorgers, medewerkers in het openbaar vervoer (OV) en medewerkers van politie, DJI, marechaussee en BOA's getest worden.

Het aantal geteste personen ligt momenteel tussen de 4000 en 5000 per dag en het percentage positieve testen lag vorige week gemiddeld op 5,1%. Dit wijst op een laagdrempelig testbeleid en een afname van het aantal besmettingen.

Het OMT adviseert in zijn advies van 18 mei om leerlingen en personeel in het Voortgezet onderwijs vanaf 2 juni bij klachten te testen. Er is rekening gehouden in de testcapaciteit met deze groepen. Ik wil er graag nogmaals op wijzen dat de schattingen die we hanteren voor de testvraag gebaseerd zijn op een aantal aannames en dat het lastig te zeggen is wat de invloed van de huidige gedragsmaatregelen is op het voorkomen van respiratoire klachten. We zien de afgelopen periode dat het aantal uitgevoerde testen vaak lager uitvalt dan vooraf ingeschat was. Dat zou ook in juni het geval kunnen zijn. Desondanks bereiden we ons voor op een capaciteit van 30.000 testen per dag, zodat iedereen met klachten getest kan worden.

3.2. Iedereen met klachten testen

Ik vind het noodzakelijk dat vanaf juni iedereen met klachten zich laat testen. Naast de algemene afspraken (1,5 meter afstand, hygiënemaatregelen) is snel testen bij klachten belangrijk om het virus onder controle te houden. Het is dus ook van groot belang dat iedereen hieraan meedoet. GGD'en geven aan dat hun voorbereidingen op schema lopen om vanaf juni iedereen met klachten te testen. De GGD heeft afspraken gemaakt over de betrokkenheid van een arts bij het testen via de GGD teststraten. De verplichte triage via een arts vervalst. Vanaf juni kunnen mensen met klachten zich via een landelijk nummer melden voor een test bij de GGD en een afspraak plannen. Bij grootschalig testen door GGD via de GGD-teststraten is dit niet meer nodig en kost triage door een arts vooraf kostbare tijd. Bij laagdrempelig testen biedt triage door de arts bovendien weinig meerwaarde en ligt de nadruk op het onder controle houden van het virus. Mensen met acute, ernstige klachten of zeer kwetsbare patiënten moeten uiteraard direct contact opnemen met de huisarts of het ziekenhuis. Na het uitvoeren van de test ontvangt de geteste persoon bij een negatieve testuitslag geautomatiseerd bericht over deze uitslag. Bij een positieve testuitslag is altijd contact vanuit de GGD -onder medische verantwoordelijkheid van een arts- om toelichting te geven over de uitslag en bron- en contactonderzoek te starten. Ook werken GGD, RIVM en VWS aan het opzetten van publiekscommunicatie over het testen en bron- en contactonderzoek zodat voor iedereen duidelijk is waar ze zich kunnen aanmelden voor een test, waar ze terecht kunnen om te testen, de te volgen route bij ernstige klachten, hoe het testen werkt, en wat daarna de handelingsperspectieven zijn.

De voorbereidingen van de IT-applicatie CoronIT lopen op schema. Hierbij wordt voldaan aan de eisen van veilig gebruik van gegevens van burgers. Ook wat betreft de laboratoriumcapaciteit liggen de voorbereidingen op schema. Er worden de komende periode nog meerdere apparaten bijgeplaatst in verschillende laboratoria. Ook wordt ingeregeld dat monsterstromen eenvoudig kunnen worden gemonitord en waar nodig verlegd, zodat de capaciteit van laboratoria optimaal benut kan worden. Als alle voorbereidingen volgens schema verlopen is er in juni sprake van

voldoende laboratoriumcapaciteit en beschikbare testmaterialen voor het testen van 30.000 mensen per dag, mocht dat nodig zijn. Ondanks alle inspanningen om grootschalig testen vanaf juni mogelijk te maken, kunnen zich toch opstartproblemen voordoen. Ik hou dan ook via de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit de vinger aan de pols om eventuele problemen zo snel mogelijk op te lossen.

3.3. Bron- en contactonderzoek (BCO)

Opsporing van de verspreiding van het virus is van groot belang om de circulatie ervan zo laag mogelijk te houden. De GGD voert bij melding van een besmetting direct bron en contactonderzoek uit. Met dit BCO worden contacten geïdentificeerd en actief geïnformeerd over de blootstelling en de risico's op besmetting en gewezen op de maatregelen om verdere verspreiding te voorkomen. In het protocol bron- en contactonderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen huisgenoten, overige nauwe contacten en overige contacten. In de categorie huisgenoten vallen de contacten die in dezelfde woonomgeving leven en die langdurig op minder dan anderhalve meter afstand contact hadden met de indexpatiënt tijdens diens besmettelijke periode. Deze contacten worden geadviseerd om veertien dagen na het laatste contactmoment met de indexpatiënt in quarantaine te gaan. In de categorie overige nauwe contacten vallen de personen die langer dan vijftien minuten op minder dan anderhalve meter afstand contact hadden met de indexpatiënt tijdens diens besmettelijke periode. Hen wordt dringend geadviseerd om veertien dagen vanaf het laatste contactmoment zoveel mogelijk thuis te blijven. Personen die langer dan vijftien minuten contact hadden met de indexpatiënt tijdens diens besmettelijke periode op meer dan anderhalve meter afstand vallen onder de categorie overige contacten. Hen wordt gevraagd om extra alert te zijn op klachten passend bij COVID-19. Het contactonderzoek wordt op een gelijkwaardige manier vormgegeven als in andere lidstaten. De GGD bouwt op jarenlange ervaring met isolatie bij andere infectieziekten. Indien de thuissituatie van iemand die positief getest wordt zich niet leent voor isolatie en quarantaine van huisgenoten kan via de GGD een beroep worden gedaan op bedden in coronacentra.

Vorige week heeft de GGD op ons verzoek een opschalingsplan gepresenteerd voor de verwachte toename van het aantal geteste personen en daarmee ook van het aantal gevonden besmette personen in juni. De kern van het plan is dat elk van de 25 GGD'en in de eigen regio per 1 juni het aantal personen dat beschikbaar is voor het BCO opschaaft naar een gezamenlijk aantal van 800 fte. Normaliter hebben de GGD'en 250 fte beschikbaar voor BCO, op dit moment is dit reeds opgeschaald naar 670 fte. Na opschaling tot 800 fte zijn de GGD'en voorbereid op het scenario, waarin 2% van de uitgevoerde tests positief (besmetting) is. Om ook een mogelijk grotere vraag naar BCO aan te kunnen, richten de GGD'en landelijk een flexibele schil in die opschaling mogelijk maakt tot 3200 fte, die binnen 24 uur kunnen worden ingezet voor het BCO in de verschillende regio's. Hiermee zijn de GGD'en ook op het maximale voorbereid. Deze week is een landelijk coördinatiecentrum gestart om de opschaling in goede banen te helpen leiden.

Onderdeel van het plan is de nazorg, gericht op naleving van de adviezen en het monitoren van ziekteverschijnselen. Ik heb hierover gesproken met de GGD en het RIVM. Uitkomst hiervan is dat het RIVM in samenspraak met de GGD'en het protocol voor het bco verder aan zal scherpen. Zo wordt verduidelijkt dat ook de nauwe contacten allemaal zowel mondeling als schriftelijk op de hoogte worden gesteld. Daarnaast worden in het protocol ook afspraken opgenomen over het nabellen van contacten die voortgekomen zijn uit het bco. Iedereen zal in ieder geval gebeld worden

op de eerste dag, rond dag zeven en op de laatste dag. Specifieke groepen kunnen vaker worden gebeld om de kans op naleving van de adviezen te vergroten. Op deze manier kunnen de GGD'en actief zicht houden op de naleving van de gemaakte afspraken en op de hoogte blijven van relevante ontwikkelingen met betrekking tot ziekteverschijnselen. Dit is cruciaal om de verspreiding van het virus op te sporen en de circulatie zo laag mogelijk te houden. Het RIVM publiceert het aangescherpte protocol begin volgende week, de GGD'en passen hun opschalingsplan hierop aan.

Hiermee geef ik invulling aan het verzoek van de vaste Kamercommissie om een reactie op de uitingen over de strategie van intensief testen en bron- en contactonderzoek, gedaan door de Directeur publieke gezondheid en portefeuillehouder infectieziekten bij de GGD. De GGD heeft ruime ervaring met het uitvoeren van contactopsporing in de Nederlandse context en maakt daarbij gebruik van moderne communicatiemiddelen. Samen met de GGD wordt ook gewerkt aan de totstandkoming van digitale middelen die bijdragen aan de bestrijding van de uitbraak, bijvoorbeeld voor de uitvoering van het bron- en contactonderzoek. CNO

3.4. Digitale ondersteuning

Bij digitale ondersteuning is voor mij de inhoud leidend. Zoals in mijn vorige brief⁶ aangekondigd zijn daartoe een *Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19*⁷ en een *Taskforce Gedragswetenschappen*⁸ van start gegaan. De GGD heeft het eerste concept «programma van eisen» voor digitale ondersteuning (ten behoeve van bron- en contactonderzoek) aan mij aangeboden⁹. Ik verwacht hierover volgende week een advies van de multidisciplinaire *Begeleidingscommissie*. Dit advies betrek ik bij de realisatie.

In het programma van eisen wordt geschetst dat er, in aanvulling op het bestaande bron- en contactonderzoek, behoefte is aan een app die nabijheid anoniem registreert zodat meer (want ook niet herinnerde) contacten van een besmet persoon sneller (want digitaal) worden opgespoord. Wie langere tijd nabij een besmet persoon is geweest krijgt een daarbij passend handelingsperspectief (in lijn met het protocol bron- en contactonderzoek COVID-19¹⁰). Het is de bedoeling dat mensen met klachten in de app een test kunnen aanvragen en mensen die besmet zijn kunnen dat in de app melden. Omdat alles volledig anoniem gebeurt staat het gebruik van de app overigens naast het reguliere bron- en contactonderzoek.

Voor de realisatie van digitale toepassingen als deze is binnen mijn ministerie een *programma Realisatie digitale ondersteuning* ingericht onder leiding van een ervaren programmadirecteur. Ook is een bouwteam samengesteld. Gestart wordt met de genoemde app voor anonieme contactopsporing. Ter voorbereiding zijn afgelopen week de mogelijkheden tot hergebruik van bestaande broncodes onderzocht en is er afstemming geweest met Google en Apple en diverse Europese landen. Er is bijgedragen aan het programma van eisen en dit is vertaald naar een

⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 315.

⁷ Zie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-app/documenten/publicaties/2020/05/19/digitale-ondersteuning-covid-19>

⁸ Zoals ook is aangeraden door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Europees Centrum voor ziektepreventie en bestrijding (ECDC).

⁹ Zoals ook is aangeraden door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Europees Centrum voor ziektepreventie en bestrijding (ECDC).

¹⁰ Zoals ook is aangeraden door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Europees Centrum voor ziektepreventie en bestrijding (ECDC).

eerste beeld van hoe een app eruit zou kunnen komen te zien. Verder is een eerste versie van de architectuur gemaakt, is bepaald dat wordt gewerkt met open source broncode op basis van de European Union Public Licence (EUPL) en is bepaald dat deze broncode op Github zal worden gepubliceerd. De voorbereidingen voor de bouw van een «*proof of concept*» zijn daarmee afgerond.

De eerstvolgende stap is het realiseren van de «*proof of concept*». Alle tussenresultaten zullen daarbij openbaar zijn en iedereen die wil kan meekijken en voorstellen doen. Privacy, risico's voor de nationale veiligheid en informatieveiligheid worden vanaf het begin meegenomen. Er wordt een «Data protection impact assessment» (DPIA) opgesteld die al in concept openbaar zal worden gemaakt. Ook zullen onder meer het Nationaal Cyber Security Centrum (NCSC) en de Autoriteit Persoonsgegevens worden betrokken.

Ik verwacht dat eind mei een eerste proof of concept gereed is, waarmee in juni beproevingen kunnen worden gedaan. Niet alleen wordt de mogelijke meerwaarde van een app in de bestrijding van het coronavirus hierbij onderzocht, maar ook worden zaken als adoptie, gedragseffecten, privacy, digitale inclusie, informatieveiligheid en nationale veiligheidsrisico's meegenomen. Ik verwacht uw Kamer in juli te kunnen informeren over de resultaten en u, bij positieve resultaten van de beproeving, een voorstel voor invoering te kunnen doen.

4. Persoonlijke beschermingsmiddelen

4.1. Beschermingsmiddelen voor mantelzorgers, vrijwilligers in de palliatieve zorg en PGB gefinancierde zorg

Mantelzorgers, vrijwilligers in de palliatieve zorg en pgb-gefinancierde (in)formele zorgverleners, niet in dienst of werkend in opdracht van een zorgaanbieder, die zorgen voor kwetsbaren met (symptomen van) COVID-19 én waarbij de afstand van 1,5 meter niet kan worden aangehouden vanwege de noodzakelijke verpleging en verzorging, krijgen persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM). Tijdens de testfase van de cliënt of naaste krijgt de zorgverlener een «korte termijn»-pakket en bij een positieve testuitslag een «lange termijn» pakket, zodat de noodzakelijke zorg kan worden geven tijdens de duur van de ziekte van de cliënt. De huisarts of GGD-arts maakt een recept aan waarmee bij de apotheek van de cliënt het pakket (KT of/en LT) kan worden verkregen. Er is een richtlijn opgesteld waarin helder staat hoe deze zorgverleners kunnen worden getest¹¹ en hoe zij PBM krijgen (zie richtlijn¹²). Het Ministerie van VWS stelt de pakketten PBM voor elke cliënt die (positief) test per 19 mei gratis ter beschikking, zodat zorgverleners hier gebruik van kunnen maken. De pakketten worden voorzien van een toelichting waarin het juiste gebruik van de middelen wordt beschreven. Op de RIVM-website zijn ook instructiefilmpjes beschikbaar die het gebruik demonstreren. Hiermee geef ik invulling aan de toezegging van het lid Segers (CU).

¹¹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-COVID-19/documenten/richtlijnen/2020/05/12/richtlijn-testbeleid-mantelzorgers-vrijwilligers-palliatieve-zorg-en-pgb-gefinancierde-zorgverleners>

¹² <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/richtlijnen/2020/05/19/richtlijn-persoonlijke-beschermingsmiddelen-voor-mantelzorgers-pgb-gefinancierde-zorgverleners-en-vrijwilligers-in-palliatieve-zorg>

4.2. Ruimte voor professionele inschatting zorgverleners bij gebruik PBM

Uitgangspunt in zorg en ondersteuning blijft dat gebruik van PBM volgens de richtlijnen van het RIVM alleen nodig is bij verpleging, verzorging of lichamelijk onderzoek van een patiënt met (verdenking van) COVID-19 en als het niet mogelijk is om 1,5 meter afstand te houden. Bij cliënten die niet verdacht zijn van COVID-19 is er geen risico op besmetting en zijn geen extra maatregelen nodig zijn. Daarom blijft het belangrijk dat elke keer dat een cliënt thuis bezocht wordt het gesprek aan wordt gegaan en te checken of hij of zij geen COVID-19 klachten heeft of niet besmet is. In het geval hier wel sprake van is dient de zorg en ondersteuning uitgesteld te worden als dit kan en waar dit niet kan zullen PBM nodig zijn om de zorg veilig te verlenen.

In de praktijk blijkt echter dat het niet altijd even duidelijk is, of vooraf goed in te schatten. In de motie van het lid Marijnissen c.s.¹³ wordt daarom gevraagd meer ruimte te geven aan de professionele inschatting van zorgverleners bij het gebruiken van PBM. Deze wens was ook aanwezig bij de zorgverleners in het veld en heeft er in overleg tussen RIVM en veldpartijen toe geleid dat dit vanaf 1 mei expliciet is opgenomen in de uitgangspunten van het RIVM voor het gebruik van PBM buiten het ziekenhuis, en op 6 mei jl. in de uitgangspunten voor Wmo ondersteuning. Dit betekent dat zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd kunnen afwijken van de uitgangspunten als de specifieke situatie daarom vraagt. Daarvoor dienen dan ook voldoende PBM beschikbaar te zijn.

De V&VN heeft voor de verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten een handreiking opgesteld die op 14 mei is gepubliceerd. Deze bevat handvatten voor de praktijk, inclusief voor situaties wanneer afgeweken kan worden van de norm en PBM gebruikt kunnen worden. Het basisdocument is van toepassing op alle sectoren buiten het ziekenhuis en geeft ook sectorspecifieke uitgangspunten en voorbeelden voor de verpleegzorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, wijkverpleging en jeugdgezondheidszorg. De handreiking is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de IGJ, Actiz, Zorgthuisnl, VGN en het RIVM. Ook heeft hierover overleg plaatsgevonden met de vakbonden NU»91, FBZ, FNV en CNV.

Met de bonden is afgesproken dat zij een vergelijkbaar traject doorlopen voor medewerkers die Wmo ondersteuning verlenen. Als deze medewerkers in een onverwachte situatie terechtkomen en het niet zeker is of de cliënt besmet is met COVID-19, maar er toch ondersteuning nodig is, dan kunnen zij aanspraak maken op een reservepakket PBM. Zorgaanbieders kunnen via reguliere kanalen of bij het LCH-materialen bestellen waarmee de reservepakketten kunnen worden samengesteld. Medewerkers die als ZZP-er werken of via een PGB worden gefinancierd kunnen materialen bestellen via de website van Solo partners. Dit kan vanaf 19 mei. Dit is uitgewerkt in de richtlijnen die zijn gepubliceerd op rijksoverheid.nl.

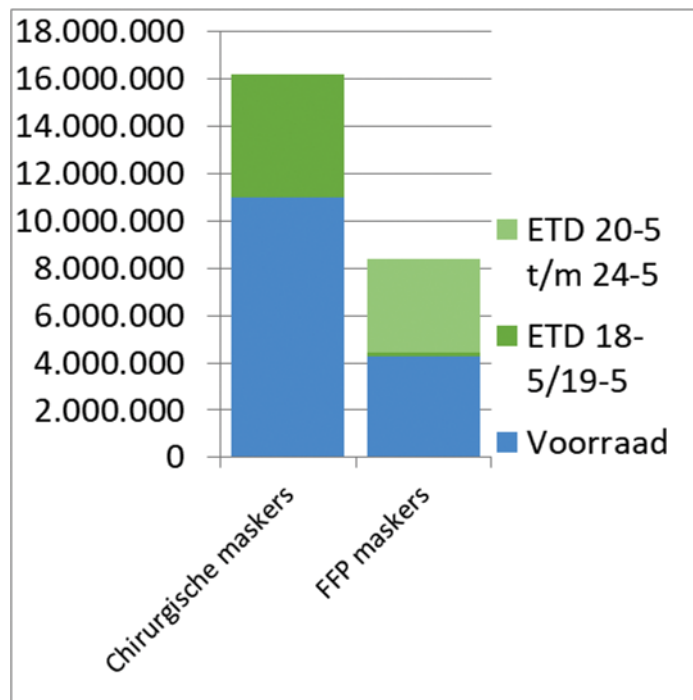
Gezien de ervaring tot nog toe geeft het LCH aan dat indien de geboden ruimte leidt tot een toenemende en/of veranderende (verschillende zorgprofessionals) vraag voor persoonlijke beschermingsmiddelen vanuit de zorgverleners, hieraan kan worden voldaan. Hiermee geef ik invulling aan de eerdergenoemde motie van het lid Marijnissen c.s.

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 329

4.3. Inkoop en productie van PBM's

Het Landelijke Consortium Hulpmiddelen (LCH) is opgericht om te voorzien in de aanvullende vraag naar persoonlijke beschermingsmiddelen die als gevolg van de coronacrisis is ontstaan en die via de reguliere kanalen niet of onvoldoende geleverd konden worden. Zorgaanbieders maken ook gebruik van deze reguliere kanalen. Het is het LCH gelukt om, in deze complexe wereldmarkt voor PBM's, grote hoeveelheden PBM's in te kopen bij 50 betrouwbare leveranciers. Het LCH geeft aan dat zij, dankzij de ervaring die met deze leveranciers inmiddels is opgedaan, kan zorgen voor veel volume en voor een goede kwaliteit. Conform de toezegging van de Minister voor MZS aan het lid Wilders (PVV) tijdens het debat van 7 mei jl. over hoe de «pijplijn» van import van mondmaskers er precies uitziet, kan het volgende worden gemeld. Er zijn naar de stand van dinsdag 19 mei jl. sinds de start van het LCH op 23 maart in totaal 17 mln. chirurgische maskers en meer dan 4 mln. FFP maskers uitgeleverd. Er zijn nu bijna 1 mld. chirurgische maskers en bijna 130 mln. FFP maskers in bestelling. Hiervan komen deze week 5,2 mln. chirurgische maskers en 4,15 mln. FFP maskers in Nederland aan. Er zijn reeds circa 11 mln. chirurgische mondmaskers en 4 mln. FFP mondmaskers in Nederland op voorraad. Het LCH geeft aan dat – gebaseerd op de aanvragen in de portal van het LCH in de afgelopen week – de vraag ruim 1,7 mln. chirurgische maskers en ruim 125.000 FFP maskers bedraagt. Dit betekent dat het LCH met de huidige voorraad in Nederland dus ruimschoots kan voorzien in de vraag die zorginstellingen bij het LCH hebben gemeld.

Aantallen chirurgische maskers en FFP maskers in voorraad en onderweg naar Nederland



Bron: LCH-19 mei 2020, Estimated Time of Departure (ETD)

De druk op de wereldmarkt blijft echter onverminderd groot. Vooral de aanvoer en distributie van de grote hoeveelheden bestelde beschermingsmiddelen blijft een uitdaging, waardoor het onzeker blijft wanneer welke

hoeveelheden exact in Nederland aankomen. Om hier meer invloed op te kunnen uitoefenen, heeft het LCH de afgelopen weken ook veel aandacht besteed aan uitbreiding van de luchtbrug naar Azië en aan diversificatie van transport. Zo heeft het LCH het aantal vluchten vanuit China flink uitgebreid en wordt er zowel op Beijing als op Shanghai gevlogen. Tevens zijn er nu vluchten naar Singapore en Kuala Lumpur. Ook is nu transport via scheepvaart in gang gezet. Om nog meer zeker te zijn van constante aanvoer, wil het LCH samenwerken met nieuwe leveranciers die werken met aanvoerlijnen uit andere landen.

Naast aanlevering blijft ook de kwaliteit van de producten een aandachtspunt. De producten die het LCH inkoop zijn veelal van leveranciers uit Azië en hebben veelal geen Europese CE-markering. Daarom worden deze producten voordat deze uitgeleverd worden, op meerdere momenten gecontroleerd op kwaliteit. Voorafgaand aan de inkoop van de producten zijn de certificaten van het product opgevraagd. In de fabrieken in Azië wordt daarnaast ook de kwaliteit van de fysieke producten beoordeeld. Bij binnenkomst in het opslagcentrum van het LCH wordt vervolgens de kwaliteit beoordeeld via een onafhankelijke teststraat door het RIVM. Onderdeel hiervan is de beoordeling van de papieren en de certificaten en de beoordeling door een arbeidshygiënist op het vlak van veiligheid en beoogd gebruik. Vervolgens worden de mondmaskers getest op de doorlaatbaarheid van het filter. Tot slot wordt er gecontroleerd met gespecialiseerde apparatuur of de mondmaskers goed aansluiten op het gezicht. Met deze werkwijze zorgt het LCH ervoor dat de beschermingsmiddelen die zij levert aan de zorg voldoen aan de kwaliteitseisen.

Gedurende deze uitgebreide kwaliteitsprocedures, komt het voor dat de mondmaskers afgekeurd worden. Afgelopen vrijdag 15 mei jl. was dit ongeveer 11% van het totaal aan het LCH geleverde mondmaskers afgekeurd. Deze mondmaskers voldoen niet aan de gestelde kwaliteits-eisen en worden daarom niet verspreid in de zorgsector. Het LCH voert daarom voortdurend het gesprek met de betrokken leveranciers over de kwaliteit. Het merendeel betreft FFP-2 mondmaskers die zijn afgekeurd op de doorlaatbaarheid van het filter. Daarnaast heeft het LCH 3,9 miljoen FFP-2 mondmaskers in opslag die niet volledig voldoen aan de geclaimde prestatie-eisen. Er wordt per batch onderzocht of deze mondmaskers mogelijk wel op een andere manier kunnen worden ingezet. Wanneer een zorginstelling inkoop via reguliere leveranciers en de producten voorzien zijn van een geldige CE-markering, is geen testprocedure nodig. Indien er buiten de reguliere kanalen wordt ingekocht, zijn er diverse instituten, zoals universiteiten en ziekenhuizen, die zelf filtertesten uitvoeren. Ook zijn er particuliere bedrijven die deze testen aanbieden.

De ontwrichting van de wereldmarkt voor PBM's zal zich niet op korte termijn herstellen. Hoewel het LCH op dit moment in staat is om te voorzien in de aanvullende vraag naar PBM's, is naast de activiteiten die het LCH nu ontplooit, een meer fundamentele heroverweging noodzakelijk. De huidige situatie in deze wereldmarkt is immers niet te vergelijken met de situatie van vóór de coronacrisis, waarin de meeste zorgaanbieders via hun reguliere kanalen zelf met enkele vaste leveranciers zorgden voor eigen bevoorrading. Daarom is het gesprek gestart met leveranciers en inkopers van zorginstellingen over de wijze waarop we ook voor de langere termijn duurzaam borgen dat er voldoende PBM's beschikbaar zijn voor de zorg in Nederland en welke rol van de overheid hierbij wordt gevraagd.

Om de afhankelijkheden van de aanvoer van PBM's vanuit het buitenland te verkleinen, is het opstarten en opschalen van productie in Nederland van groot belang. Ik juich het dan ook toe dat er vanuit bedrijven zelf diverse initiatieven zijn gestart. In de afgelopen weken heeft de Minister voor MZS in nauwe samenwerking met het Ministerie van EZK een aantal relevante initiatieven voor de productie van persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen in Nederland ondersteund en zal dat ook blijven doen. Het kan hierbij gaan om verschillende vormen van steun, bijvoorbeeld een afnamegarantie, diplomatieke steun, advies bij de certificering van producten of bijvoorbeeld ondersteuning in transport. Het opzetten van productie van persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen vereist de nodige kwalitatieve en soms ook logistieke inspanningen, zoals het invoeren van productiemachines en grondstoffen uit Azië.

In de brief aan uw Kamer van 22 april jl.¹⁴ heb ik u geïnformeerd over de stand van zaken van de verschillende lopende initiatieven van productie in Nederland. De productie van FFP-2 mondkmaskers, beschermingsbrillen, spatschermen en beademingsapparatuur door Nederlandse bedrijven is momenteel gaande. Drie fabrikanten zijn inmiddels FFP2-mondmaskers aan het produceren of starten de productie van FFP2-mondmaskers op zeer korte termijn op. De Minister voor MZS is met alle drie de bedrijven in gesprek om de productie gedurende 12 maanden verder op te schalen tot gemiddeld 2 mln. stuks per week. Inmiddels is deze week met drie fabrikanten contracten gesloten voor onder meer de afname van chirurgische mondkmaskers. Op het moment dat deze bedrijven hun productie volledig op stoom hebben en voldoen aan de kwaliteitseisen, kunnen er gemiddeld ruim 3 miljoen chirurgische mondkmaskers per week geproduceerd worden.

Ook Europese landen proberen hun nationale productie van persoonlijke beschermingsmiddelen op te bouwen en op te schalen. Op dit moment verkent de Minister voor MZS de mogelijkheden tot regionale samenwerking op dit vlak, waaronder met België.

Hiermee wordt ook voldaan aan de toezegging van de Minister voor MZS aan het lid Wilders (PVV) tijdens het debat van 7 mei jl., om te zorgen dat bedrijven gestimuleerd worden beschermingsmiddelen in Nederland te produceren. In het licht van motie Marijnissen c.s.¹⁵ maakt de Minister voor MZS samen met de Minister van EZK een plan voor de versterking en uitbreiding productie van geneesmiddelen, beschermingsmiddelen en vaccins in Nederland en in Europees verband op middellange en langere termijn.

4.4. Hergebruik van isolatiekleding

Het RIVM heeft de afgelopen periode verschillende mogelijkheden onderzocht om te bepalen op welke wijze persoonlijke beschermingsmiddelen eventueel hergebruikt kunnen worden. Hiervoor heeft het RIVM adviezen opgesteld en op hun website geplaatst. Sinds enkele weken is voor ziekenhuizen een logistiek proces ingericht om op grote schaal isolatiejassen en schorten door middel van gammastraling te steriliseren¹⁶. Omdat de logistiek, vanuit ziekenhuizen naar het bedrijf waar de jassen en schorten gesteriliseerd kunnen worden, reeds is opgezet, wil ik voor de caresector hier ook aansluiting op zoeken. Ik adviseer instellingen dan ook om in de regio goede afspraken te maken over hergebruik van

¹⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 277.

¹⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 255.

¹⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 277.

isolatiekleding. De ROAZ-en hebben daarnaast een beeld gegeven van beschikbare en geschikte apparatuur voor hergebruik in de regio's. Denk aan stoomsterilisatie en plasma apparatuur. De locaties en capaciteit hiervan worden in mei via de branches bekend gemaakt zodat instellingen in de regio afspraken kunnen maken over de route van aanlevering, verwerking en de route terug. Op regionaal niveau zijn al verschillende instellingen die elkaar helpen en eigen sterilisatieapparatuur beschikbaar stellen om hergebruik van PBM mogelijk te maken. Ik juich dergelijke samenwerkingen om elkaar te helpen vanzelfsprekend toe. Het is daarbij wel belangrijk dat instellingen zowel vooraf als achteraf de hergebruikte beschermingsmiddelen controleren op kwaliteit en functionaliteit. Daar waar aanbieders niet weten waar ze hun spullen voor hergebruik naar toe kunnen brengen, kunnen ze contact opnemen met de ROAZ om een goede route in hun regio te vinden.

4.5. Persoonlijke beschermingsmiddelen voor vitale sectoren

Ook in sommige bedrijfsprocessen buiten de zorg zijn persoonlijke beschermingsmiddelen in bepaalde gevallen randvoorwaardelijk voor de uitvoering. Het gaat hier zowel om beschermingsmiddelen die uit de aard van de werkzaamheden vloeien, als om specifieke COVID-19 risico's. Bij diverse organisaties die onderdeel uitmaken van vitale sectoren, zoals de afvalwaterzuivering, de voedselketen, de rechtshandhaving of inspectiewerkzaamheden, is de schaarste op de markt van persoonlijke beschermingsmiddelen merkbaar. Om de continuïteit van deze processen te borgen is aan het LOT-C gevraagd om, met hulp van de verantwoordelijke departementen, te voorzien in de noodzakelijke beschermingsmiddelen wanneer er een acute nood ontstaat. Inmiddels is een operationeel proces ontstaan waarbij de vraag van eindgebruikers wordt gekoppeld aan leveranciers – en worden acute noden in vitale sectoren verholpen. Hierbij wordt niet centraal ingekocht en vindt geen verdringing van de zorg plaats, het gaat vergeleken bij de zorg dan ook om veel kleinere volumes.

4.6. Mondkapjes buiten de zorg/openbare ruimte

Op 4 mei heeft het OMT geadviseerd over het gebruik van mondkapjes buiten de zorg. Naast het benadrukken van het volhouden van de algemene adviezen, adviseerde het OMT dat mondkapjes overwogen kunnen worden in de publieke ruimte wanneer het niet altijd mogelijk is om 1,5 meter afstand te houden en geen controle op de gezondheid vooraf kan worden toegepast.

Mede op basis van dit advies heeft het kabinet besloten dat in het openbaar vervoer het dragen van een niet-medisch mondkapje per 1 juni verplicht wordt omdat in het openbaar vervoer individuele beoordeling niet mogelijk is en 1,5 meter afstand niet altijd te realiseren is. Tot 1 juni geldt dit als een advies, maar per die datum wordt dit dus verplicht. Het gaat hierbij nadrukkelijk om het dragen van niet-medische mondkapjes. Medische mondkapjes blijven bestemd voor de zorg. Het doel in het OV is het beschermen van de omgeving omdat de 1,5 meter maatregel niet altijd gehandhaafd kan worden. Dit blijft dus een aanvulling op de normale hygiëne maatregelen en ook in de ons omringende landen zijn niet-medische mondkapjes in het OV verplicht. Vanaf 1 juni kan een reiziger uit het OV op basis van dit besluit gevraagd worden uit te stappen en kunnen er ook boetes worden uitgedeeld. Bij overtreding wordt conform staande praktijk deëscalerend opgetreden. De verplichting tot het dragen van niet-medische mondkapjes wordt opgenomen in een aanwijzing van de Minister van VWS krachtens de Wet publieke gezondheid, die vervolgens verwerkt wordt in de noodverordeningen van de veiligheidsregio's. Gegeven deze verplichting maken vervoerders gebruik van hun bevoegdheid om op grond van de Wet

personenvervoer 2000 om reizigers ten behoeve van de orde, rust en veiligheid aanwijzingen te geven, als die passagiers geen niet-medische mondkapjes dragen. Handhaving zal in de praktijk plaatsvinden op de naleving van de aanwijzingen van de vervoerders in het openbaar vervoer, door de door die vervoerders aangewezen toezichthouders en andere toezichthouders op grond van de Wet personenvervoer 2000. De boete bedraagt 95,- euro. In uitzonderlijke gevallen, bijvoorbeeld in geval van excessen, zal handhaving op naleving van de noodverordening plaatsvinden. De boete bedraagt dan 390,- euro.

Aan het OMT is advies gevraagd over de wenselijkheid om minderjarigen onder de 13 te verplichten mondkapjes te dragen in het OV. Het OMT acht dit gezien de rol van kinderen bij de overdracht van het virus niet aangewezen. Het kabinet heeft daarom besloten dat er geen verplichting komt voor reizigers onder de 13 jaar om mondkapjes te dragen. Omdat mondkapjes in het publieke domein in Europa tot nu toe niet gebruikt werden is er geen wet- en regelgeving aan welke eisen dergelijke kapjes moeten voldoen en is er dus ook geen CE-markering beschikbaar (waarmee men aangeeft aan relevante regelgeving te voldoen). Indien een mondkapje in serieproductie op de markt aangeboden wordt, geldt de Europese richtlijn Algemene productveiligheid en productaansprakelijkheid. Voor in serieproductie op de markt aangeboden mondkapjes geldt ook, dat als de mondkapjes op enigerlei wijze chemische stoffen bevatten, deze mondkapjes ook moeten worden getoetst aan de REACH Verordening.

Ik verwacht dat er tijdig voldoende beschikbaarheid is van niet-medische mondkapjes. Hierover is contact geweest tussen het Ministerie van EZK, VWS en VNO-NCW, waarbij het OMT-advies leidend was. Het uitgangspunt bij het aanbod van niet-medische mondkapjes is dat de markt voor voldoende aanbod kan zorgen. Aan marktpartijen is aangegeven welke mondkapjes als medisch dienen te worden aangemerkt en daarbij het dringende beroep gedaan om deze niet aan consumenten te verkopen om de beschikbaarheid van deze middelen aan de zorg niet verder onder druk te zetten. Medische mondkapjes zijn persoonlijke ademhalingsbeschermingsmiddelen zoals FFPx-mondneusmaskers en chirurgische mondkapjes. Voor consumenten moet het op de verpakking duidelijk dat het om een niet-medisch mondkapje gaat. Verpakkingen van niet-medische mondkapjes dragen geen markering, claims of verwijzing van normen voor persoonlijke beschermingsmiddelen of medische beschermingsmiddelen.

Om bedrijven handvatten te bieden is er door het NEN, het Koninklijk Nederlands Normalisatie Instituut, een publicatie (NEN-spec) voor niet-medische mondkapjes opgesteld die bedrijven informeert waar een niet-medisch mondkapje aan dient te voldoen en dient te worden gebruikt. Daarnaast wordt informatie opgenomen over het verschil tussen medische en niet-medische mondkapjes. Deze publicatie is een onafhankelijk advies en niet bindend. Op rijksoverheid.nl/mondkapjes staat informatie voor burgers over wie wanneer en hoe niet-medische mondkapjes moeten gebruiken. Hierbij is ook een instructie voor het maken van een eigen herbruikbaar mondkapje opgenomen.

Om mondkapjes goedkoper te maken heeft het kabinet besloten om vanaf 25 mei 2020 geen btw meer te heffen op mondkapjes. Uw Kamer is hierover per brief geïnformeerd op 13 mei 2020.¹⁷

¹⁷ Kamerstuk 35 302, nr. 77

5. Zorg voor patiënten in de curatieve sector

5.1. Opschalen reguliere zorg

Het is belangrijk dat mensen ook tijdens de corona uitbraak de zorg krijgen die zij nodig hebben. Dat mensen weten dat ze, ook nu, contact moeten blijven opnemen met hun zorgverlener. Dit kan zowel de huisarts zijn als een andere behandelaar. Ook tijdens de coronacrisis geldt: Bent u of uw naaste bezorgd over uw gezondheid? Twijfelt u of iets kwaad kan? Worden uw klachten erger? Kijk op thuisarts.nl, bel indien nodig uw (huis)arts over uw klachten of zoek contact via internet of e-mail. De (huis)arts bekijkt samen met u wat in uw situatie het beste is. Daar waar mogelijk en wenselijk kunnen patiënten en zorgprofessionals in goed overleg digitale toepassingen inzetten voor bijvoorbeeld consulten, controle afspraken, begeleiding/coaching of voor- en nazorg op afstand.

Zoals u weet heeft de Minister voor MZS de NZa gevraagd om de regie te nemen over het weer opschalen van de reguliere zorg, die in de afgelopen periode door de crisis en de druk op de zorg uitgesteld is. Inmiddels zien we dat overal in het land de zorg weer op gang komt. De NZa ziet ook regionale verschillen. Met name in de regio's Zuidwest (een deel van Zeeland en het zuiden van Zuid-Holland), Midden (rondom Utrecht) en Zwolle bleef in april het aantal patiënten dat in ziekenhuizen behandeld werd dalen. In de rest van het land stabiliseerde het aantal patiënten in die periode of nam het zelfs weer iets toe. Daarbij zoekt men naar een evenwicht tussen zorg voor mensen die besmet zijn met COVID-19 en reguliere zorg, waarbij de randvoorwaarden van voldoende personeel en aandacht voor de draagkracht van het personeel, voldoende capaciteit en voldoende beschermingsmiddelen heel belangrijk blijven.

De wekelijkse analyse¹⁸ van de NZa laat zien dat het herstel van het aantal verwijzingen door huisartsen naar het ziekenhuis doorzet. Dat geldt voor alle ROAZ regio's en voor alle specialismen behalve longziekten. Dit heeft als gevolg dat het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen en het daadwerkelijke aantal afneemt. Uit de NZa-analyse volgt dat het in totaal gaat om ruim 647 duizend minder verwijzingen dan dat we zouden verwachten zonder crisis. Het aantal spoedverwijzingen kende nauwelijks een terugval en ligt weer bijna op het oorspronkelijke niveau.

De NZa is verder zeer intensief in gesprek met brancheverenigingen en zorgorganisaties voor de andere sectoren. Elke sector kent zijn eigen aandachtspunten. Voor de wijkverpleging bijvoorbeeld geldt dat zij een belangrijk onderdeel vormen van het opvangen van de uitgestelde zorg in ziekenhuizen en de langdurige zorg als het opvangen van de vervolgzorg uit ziekenhuizen en dus goed aangesloten moeten zijn bij de regionale afspraken hierover. Voor de ggz monitort de NZa het aantal verwijzingen en de wachttijden. Deze informatie wordt benut binnen de crisisaanpak ggz & corona. De mondzorg en paramedische zorg start met behulp van opgestelde richtlijnen de reguliere zorg verder op en de NZa monitort samen met brancheorganisaties eventuele knelpunten.

5.2. Opschalen IC-capaciteit

In de periode vanaf 15 maart is het aantal COVID-19 patiënten dat Intensive Care-zorg (IC-zorg) nodig had snel gestegen. In april bedroeg het maximaal aantal COVID-19 patiënten dat tegelijk gebruik maakte van IC-zorg in Nederland 1378. Met kunst- en vliegwerk, een enorme toewijding en inzet van de mensen in de zorg en door dankbaar gebruik te

¹⁸ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_308667_22/1/

maken van de welwillendheid van Duitse ziekenhuizen om Nederlandse patiënten op te nemen, is het gelukt om die zorg te bieden. De gevolgen en de impact daarvan waren groot, en zijn dat nog steeds. Voor patiënten, hun naasten, maar ook zeker voor alle zorgprofessionals in de ziekenhuizen. Gelukkig zien we al geruime tijd een daling van het aantal COVID-19 patiënten op de IC, wat ruimte geeft om het personeel te ontlasten en om de urgente reguliere (IC-)zorg weer te gaan opschalen.

De (verwachte) bezetting van IC-bedden en de mate waarin er nog een buffer is waarmee snel en kwalitatief goed opgeschaald kan worden binnen de ziekenhuizen is één van de factoren die meespeelt in de controlestrategie.

We streven naar een situatie waarin we:

- a) Zoveel mogelijk voorkomen dat (acute) reguliere zorg te veel wordt verdrongen;
- b) Rekening houden met de benodigde IC-capaciteit voor COVID-zorg;
- c) Flexibel kunnen opschalen indien de ontwikkeling van het virus onverhoopt toch weer tot een piekbelasting zou leiden;
- d) Ervoor zorgen dat we goed voorbereid zijn i.p.v. dat we heel plotseling en in korte tijd weer moeten opschalen.

In de Kamerbrief van 6 mei jl. is aangegeven dat een hogere capaciteit dan de huidige 1150 IC-bedden realistisch is. Immers: mocht er onverhoopt op korte termijn een piek in de COVID-IC-opnames optreden, dan kan niet worden voorkomen dat de reguliere zorg wederom moet worden afgeschaald. En dat is ongewenst. Daarbij gaat het enerzijds om een (flexibel op te schalen) structureel verhoogde capaciteit tot 1.700 IC-bedden en anderzijds om het uitwerken van een opschalingsplan tot 3.000 als een grote piekbelasting zich zou aandienen, in beide gevallen rekening houdend met de bestaande samenwerkingsafspraken met Duitsland.

Inmiddels heeft de Minister voor MZS het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om op korte termijn, in overleg met de betrokken veldpartijen, met een plan te komen over de opschaling van IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen (of een gedeelte daarvan), waarin deze drie onderdelen verder worden uitgewerkt. Daarmee geven we ook uitvoering aan de motie van de leden Asscher en Wilders¹⁹ die de regering verzoekt, een scenario uit te werken met daarin de mogelijkheden om verder op te schalen, bijvoorbeeld tot 3.000 IC-bedden, daarbij aan te geven welke knelpunten (met name ten aanzien van de inzet van zorgpersoneel) hierbij een rol spelen en hoe die kunnen worden opgelost; en tevens als belangrijk onderdeel van een dergelijk scenario de mogelijkheden om Nederlandse patiënten op te nemen op IC's in buurlanden mee te nemen. De Minister voor MZS heeft ondertussen de afgelopen periode voldoende IC-beademingsapparatuur besteld om deze opschalingsplannen te kunnen realiseren.

We beseffen dat het vergroten van de IC-capaciteit niet zomaar geregeld is en dus tijd vergt, ook om te voorkomen dat dit teveel vergt van zorgprofessionals. Zeker zo vlak na een periode die zeer intens is geweest. Juist dit zorgpersoneel is hard nodig en zal uiteraard goed moeten worden betrokken bij de uitwerking van het plan. Dit geldt voor zowel de verpleegkundigen als voor de artsen. Dit vergt een goede doordenking en een door alle partijen gedragen plan. De Minister voor MZS heeft het LNAZ daarom verzocht om ook de peilingen van de FMS en V&VN naar de ervaringen van het zorgpersoneel over de afgelopen periode en het advies

¹⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 205.

van *Chief Nursing Officer* (CNO) Professor Buurman over de transitie naar de reguliere zorg vanuit het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden, mee te nemen bij de uitwerking van de opdracht. Aan het eind van deze brief ga ik nader op dit advies van de CNO in.

Daarnaast heeft de Minister voor MZS in de opdracht aan het LNAZ aangegeven dat aandacht besteed moet worden aan de lessen die we kunnen trekken uit de afgelopen periode, over fasering en termijnen van de opschaling, de personele bezetting en belastbaarheid, opleidingen en trainingen, de organisatie van de zorg op de IC en benodigde apparatuur en geneesmiddelen. Maar ook hoe we sturing geven aan de capaciteitsontwikkeling in de komende periode, het draagvlak onder alle betrokkenen, de verdeling en monitoring van de (actuele) beschikbaarheid van bedden, de verdeling van patiënten en de bekostiging en financiering.

Naar verwachting wordt de Tweede Kamer eind juni geïnformeerd over de specifieke plannen voor de structurele uitbreiding van de IC-capaciteit naar zo'n 1700 bedden. Uiterlijk in september is het specifieke plan voor de flexibele opschaling tot circa 3000 IC-bedden gereed, waarna de Tweede Kamer over dit deel geïnformeerd wordt.

5.3. Uitwerking fase 3

Van halverwege maart tot halverwege april, tijdens de hoge piek van de IC-bezetting en de snelle toename van het aantal COVID-19 IC-patiënten per dag, ging het debat nadrukkelijk ook over wat te doen op het moment dat er in de Nederlandse ziekenhuizen onvoldoende IC-plekken zouden kunnen zijn. Dat was op dat moment een scenario waarmee we rekening moesten houden, omdat we niet wisten hoe de verspreiding van het virus zich zou ontwikkelen.

De Minister voor MZS heeft de heer Gijs de Vries, voorheen algemeen directeur van het Nederlandse Rode Kruis, nu o.a. voorzitter van de raad van toezicht van IKNL en het Erasmus MC, gevraagd een draaiboek te ontwikkelen dat beschrijft wat er nodig zou zijn om, in het worstcasescenario, een last resort opschalingsmogelijkheid bij zeer grote pieken van COVID-19 IC-patiënten op te zetten. Dit is het draaiboek COVID Acute BeademingsUnit (CABU) gaan heten. De CABU is geen IC-zorg, maar noodgedwongen een andere vorm van zorg dan wat we normaliter qua niveau gewend zijn; in een andere setting, met andere mensen en middelen. Het is een situatie die hopelijk nooit voorkomt. De consequenties van de inzet van een dergelijke faciliteit zijn niet alleen praktisch, maar raken ook bestuurlijke, medisch-inhoudelijke en medisch-ethische vragen zoals: Als dit kan, willen we dit dan ook? En als we dit niet willen, wat is dan het alternatief? De inzichten uit het draaiboek sterken het kabinet in de overtuiging dat we hiervan nooit gebruik van zouden willen maken en dat we er alles aan moeten blijven doen om te voorkomen dat zo'n worstcasescenario zich gaat voordoen. Het draaiboek treft u bijgaand aan (bijlagen IV t/m VII)²⁰.

De vaste Kamercommissie van VWS heeft, op aangeven van lid Pia Dijkstra (D66), verzocht²¹ om de stand van zaken over de richtlijn van de KNMG en de FMS die in werking treedt wanneer het zogeheten derde blok van fase 3 van de pandemie zou aanbreken. Dit is nu onderwerp van overleg tussen de KNMG en de IGJ. De Tweede Kamer wordt hierover te zijner tijd geïnformeerd.

²⁰ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

²¹ Kamerstuk 25 292, nr. 219.

6. Versoepeling maatregelen voor mensen met een kwetsbare gezondheid

In deze overgangsfase waarin voorzichtig de maatregelen worden versoepeld om de maatschappij weer stap voor stap op te starten, is met een reeks van organisaties besproken hoe sociale contacten voor mensen met een kwetsbare gezondheid weer beter vorm kunnen krijgen. Het kabinet wil meer ruimte bieden voor bezoek, zowel thuis als bij instellingen, en zorg en ondersteuning – in de praktijk een groot deel afgeschaald – weer zo veel als mogelijk veilig opschalen. Hiertoe zijn zogenaamde routekaarten uitgewerkt (zie bijlage VIII)²². Uiteraard blijven hierbij de algemene hygiëne-adviezen van het RIVM gelden en dient men niet op bezoek te gaan als bezochte persoon dan wel de bezoeker(s) klachten heeft of met COVID-19 is besmet.

6.1. Ouderen met een kwetsbare gezondheid die thuis wonen

Tot nu toe was het huidige advies ten aanzien van *bezoek* aan ouderen: ga niet op bezoek bij mensen boven de 70 jaar of mensen met een kwetsbare gezondheid. Hierop werd één uitzondering gemaakt voor ouderen die in sociaal isolement dreigen te komen doordat ze vrijwel geen netwerk hebben en weinig zorg ontvangen. Vanaf 25 mei wordt dit beleid verruimd zodat kwetsbare ouderen weer bezoek kunnen ontvangen. Voorzichtigheid blijft geboden. Ook is het belangrijk op gezond verstand te varen en goede afstand te bewaren.

Het is verstandig dat de oudere en het bezoek vooraf met elkaar in gesprek gaan om te checken of niemand klachten heeft danwel besmet is met COVID-19. In het geval van klachten of besmetting is bezoek uiteraard niet aan de orde.

Op veel plaatsen is *dagbesteding* door aanbieders vanwege de kans op besmettingen opgeschort. Hoe dagbesteding gecontinueerd kon worden is beschreven in de richtlijn dagbesteding²³. Dat brengt veel mantelzorgers in een belastende situatie, bijvoorbeeld voor mantelzorgers van ouderen met dementie. Het kabinet wil dat vanaf 1 juni iedereen weer een vorm van dagbesteding krijgt aangeboden. Met inachtneming van de 1,5 meter en de algemene hygiëne adviezen van het RIVM. Door deze maatregelen kan het zijn dat niet iedereen en niet iedereen tegelijk fysiek kan deelnemen aan dagbesteding. Fysiek deelnemen kan door bijvoorbeeld in deelgroepen of dagdelen te werken. Als mensen niet fysiek kunnen deelnemen wordt een alternatieve vorm van dagbesteding aangeboden.

Er wordt gewerkt aan een protocol om per 1 juni collectief vervoer per taxi weer op te starten. Bij een boeking en ook direct voor aanvang van de rit zullen vragen over de gezondheid aan de passagier (of begeleider) worden gesteld. Uitgangspunt voor collectief vervoer is verder dat chauffeur en passagiers de noodzakelijke beschermingsmaatregelen in acht nemen. In lijn met de verplichting die in het openbaar vervoer geldt, zal tijdig voor 1 juni worden bezien of een verplichting voor mondkapjes zal worden ingevoerd, afgestemd op de gezondheidssituatie van de cliënt. Voor passagiers voor wie het dragen van een mondkapje geen reële optie is, wordt een alternatieve invulling uitgewerkt, zoals individueel vervoer. Het is de ambitie om ook het bovenregionaal sociaal recreatief vervoer Valys per 1 juni weer te hervatten. In overleg met de uitvoerder van Valys,

²² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

²³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/04/16/richtlijn-dagbesteding-en-dagopvang>

Transvision, wordt gezien hoe deze hervatting op een verantwoorde wijze vorm kan krijgen.

Zorgverleners zoals mantelzorgers, vrijwilligers in de palliatieve zorg en PGG gefinancierde (in)formele zorgverleners die essentiële zorg verlenen aan kwetsbare ouderen thuis, kunnen vanaf 19 mei worden getest. Indien een cliënt of naaste klachten heeft die lijken op COVID-19, of positief test op COVID-19, kan de zorgverlener per besmette cliënt vanaf 19 mei gratis een PBM pakket krijgen.

6.2. Ouderen in verpleeghuizen

Versoepeling bezoeksregeling

Het bieden van perspectief aan bewoners in verpleeghuizen en naasten is voor het kabinet een belangrijke reden om weer beperkt bezoek mogelijk te maken. Belangrijk gegeven hierbij is dat het aantal nieuwe meldingen en verdenkingen een relatief gunstige ontwikkeling laat zien. De versoepeling van de bezoeksregeling gebeurt via een gecontroleerde en gefaseerde aanpak.

De eerste fase is op 11 mei jl. gestart. In iedere GGD-regio is, met uitzondering van de GGD-regio Twente, één verpleeghuislocatie begonnen met het beperkt toelaten van bezoek in het kader van de versoepelde bezoeksregeling. Zij doen als eersten in de praktijkervaring op. De landelijk geldende randvoorwaarden zijn door ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, Verenso, V&VN en NIP vertaald naar een praktische handreiking voor invulling op lokaal niveau. De bezoeksregeling wordt gemonitord door de Academische Werkplaatsen. In alle 26 locaties vindt globale monitoring plaats (o.a. vragenlijst, telefonische interviews) en een diepte-monitor op 5 locaties (observaties en interviews met betrokkenen). De eerste bevindingen laten zien dat 46% van de 26 locaties daadwerkelijk op 11 mei is gestart met het toelaten van bezoek. De overige locaties hadden enkele dagen meer nodig. Iets meer dan de helft van het aantal bewoners dat bezoek had kunnen ontvangen, heeft ook daadwerkelijk bezoek gekregen. In de wijze van uitvoering van de bezoeksregeling bestaan verschillen tussen de locaties, bijvoorbeeld of het bezoek op de kamer is of in een speciaal daarvoor ingerichte ruimte. Wel plannen alle locaties het bezoek van tevoren, zijn er medewerkers om bezoek binnen te laten en te controleren op symptomen en om bezoekers te begeleiden naar de betreffende bewoner en weer naar buiten. Op alle locaties is erg positief gereageerd op het weer toelaten van bezoek. Bezoekers zijn vaak emotioneel. Zij geven aan dat het daadwerkelijk bezoek in een ruimte waar je met elkaar kunt zijn, meerwaarde heeft boven alle gevonden creatieve oplossingen. Er is ook veel begrip voor de eerder genomen maatregelen en de inzet van de zorgmedewerkers voor hun naasten. Het houden aan de afspraken ging goed al is er wel enige zorg of dat ook zal lukken bij volgende bezoeken. Ook voor de medewerkers en management is het spannend om weer bezoek toe te laten. Een aantal locaties heeft zorgen over de verdere uitrol vanwege benodigde menskracht en het maatwerk dat nodig is. Voor meer informatie over de eerste ervaringen verwijs ik u naar bijlage IX «Gefaseerde en gecontroleerde aanpassing van de bezoeksregeling: indrukken week 1» bij deze brief²⁴. De Academische Werkplaatsen zullen wekelijks een verslag met bevindingen opstellen.

²⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Routekaart verpleeghuiszorg

Op 11 mei is begonnen met een voorzichtige versoepeling van het bezoekverbod op 26 locaties voor verpleeghuiszorg. Daarbij is het mogelijk gebleken het medische noodzakelijke en het menselijk wenselijke te combineren. Per 25 mei zal deze versoepeling breder mogelijk worden onder de voorwaarde dat de deelnemende instelling voldoet aan alle eisen in de handreiking die door betrokken veldpartijen is opgesteld. Elke zorgaanbieder die dat kan en wil meldt zich bij de GGD. Er is geen maximum aan het aantal locaties waar bezoek kan worden toegestaan. Uiteraard wordt het aantal nieuwe besmettingen onder bewoners van verpleeghuizen en aantal locaties met nieuwe besmettingen goed gemonitord. Indien deze niet stijgen, is het dat de bedoeling per 15 juni de aangepaste bezoekregeling voor alle verpleeghuizen gaat gelden. In beginsel is dan dus op alle locaties bezoek mogelijk volgens de geldende landelijke voorwaarden (één vaste bezoeker). Het is de bedoeling dat per 15 juli de aangepaste bezoekregeling verder worden verruimd door meer bezoekers per bewoner toe te staan. Ten aanzien van dagbesteding geldt dat per 1 juni er voor iedere cliënt een goede invulling van dagbesteding is. De koepels stellen een handreiking op met de uitgangspunten voor de invulling van de dagbesteding.

Leren van elkaar

Om zorgaanbieders te ondersteunen wordt de kennis en ervaringen die nu worden opgedaan in beeld gebracht en verspreid. Hiermee kunnen we laten zien wat toelaten van bezoek betekent en hoe dat veilig kan. Hierbij gaat het om een samenwerkingsverband van Actiz, «Waardigheid en Trots op locatie», de Academische Werkplaatsen, de ABR-netwerken en GGD-en.

Zicht op en inzicht in ontwikkelingen verpleeghuizen

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

- Het RIVM (peildatum 18 mei) schat dat tot nu toe bij ruim 7.900 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ruim 2.500 mensen als overleden zijn gemeld.²⁵ Het totaal aantal verdenkingen van een COVID-19-besmetting in verpleeghuizen bedraagt 4.550 (peildatum 15 mei).²⁶
- Op 1 januari 2020 woonden circa 120.000 zeer kwetsbare mensen in een verpleeghuis. Dit betekent dat in de loop van de tijd bij bijna 7% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en ruim 2% van de bewoners is overleden. Ongeveer de helft van de mensen die besmet raken, herstelt weer.
- Het aantal locaties waar sprake is (geweest) van een bevestigde besmetting van 1 of meer personen is 982.²⁷ Dit is ongeveer 40% van het totaal aantal verpleeghuislocaties in Nederland.

Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen of verdenkingen hiervan neemt per week af. Dit geldt ook voor het aantal mensen dat is overleden en het aantal meldingen van «nieuwe

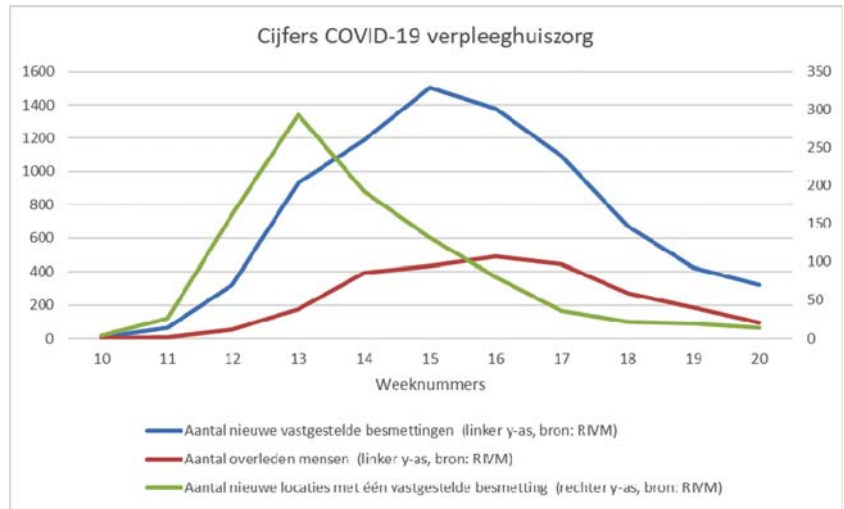
²⁵ Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

²⁶ Dit cijfer komt uit registraties uit de EPD's. Omdat dit een vrijwillige registratie is, is deze registratie niet compleet. Ook hier geldt dat er sprake is van onder registratie.

²⁷ In de melding van bevestigde COVID-19 besmetting ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

verpleeghuislocaties» met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting.

In onderstaand figuur is deze ontwikkeling weergegeven.



6.3. Mensen met een beperking in een instelling

Routekaart bezoekregeling

In de instellingen voor gehandicaptenzorg is bezoek sinds 23 maart slechts beperkt mogelijk om zo het risico op besmetting en verspreiding in te dammen. Ook dagbesteding is op dit moment maar beperkt mogelijk en logeren is niet toegestaan. Dit zijn ingrijpende maatregelen voor naasten en bewoners. Door het wegvallen van de regelmaat en vertrouwde personen in de nabijheid kunnen gevolgen optreden voor ieders fysieke of emotionele gezondheid. Gelet op de nieuwe fase die we als samenleving ingaan en het beperkte aantal besmettingen in de gehandicaptensector wil het kabinet bewoners en hun naasten perspectief bieden.

Per 25 mei verruimen instellingen waar dat kan hun bezoekregeling, in goed overleg met professionals, cliënten en hun naasten.

Per 25 mei wordt toch, conform het advies van het OMT, voor kinderen en jeugdigen woonachtig binnen de residentiële zorg (het betreft hier kinderen met een verstandelijke beperking en met psychiatrische problematiek) bezoek door twee vaste bezoekers mogelijk gemaakt.

Per 15 juni is er voor elke cliënt op een goede manier invulling gegeven aan het ontvangen van bezoek. Op alle locaties is dan een vorm van bezoek mogelijk.

Per 1 juni is er is voor iedere cliënt, zowel degenen die in instellingen wonen als degenen die thuis of in een kleinschalig wooninitiatief wonen, op een goede manier invulling gegeven aan dagbesteding. In een aantal gevallen zal dat nog niet op de oude locatie te realiseren zijn. Betrokken veldpartijen hebben een handreiking opgesteld om dit op een goede manier te organiseren.

Tot slot is per 1 juli met iedere cliënt een passende afspraak gemaakt over logeren buiten de instelling.

Handreikingen voor verantwoorde versoepeling

De VGN, IederIn, KansPlus, NVAVG en NVO stellen, in overleg met andere betrokken partijen, voor 25 mei een handreiking voor zowel bezoek als dagbesteding beschikbaar om zorgaanbieders te helpen deze versoepelingen op een verantwoorde manier te organiseren. Beide handreikingen bevatten de voorwaarden waaronder deze stappen kunnen worden gezet. Zorgaanbieders passen deze voorwaarden uiterlijk op de betreffende datum toe bij de uitwerking in hun locaties en stellen geen aanvullende eisen. Met name in de handreiking over bezoek wordt het belang aangegeven van de driehoek (cliënt, naaste en zorgverlener) bij de toepassing van de handreiking in de praktijk. Ook wordt in de handreiking expliciet aandacht besteed aan het medewerkersperspectief. Monitoring en onderzoek krijgen eveneens een plek in de handreiking.

Zicht op en inzicht in ontwikkelingen gehandicaptenzorg

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

- Het RIVM (peildatum 18 mei) schat in dat tot nu toe bij bijna 1.100 bewoners van gehandicaptenzorginstellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, waarvan zo'n 220 mensen zijn overleden.²⁸ Het totaal aantal verdenkingen van een COVID-19-besmetting is bijna 1.200 (peildatum 13 mei).²⁹
- Het aantal gehandicaptenzorglocaties waar sprake is (geweest) van ten minste één bevestigde COVID-19 besmetting is 307.³⁰ Dit is ongeveer 12% van alle locaties.

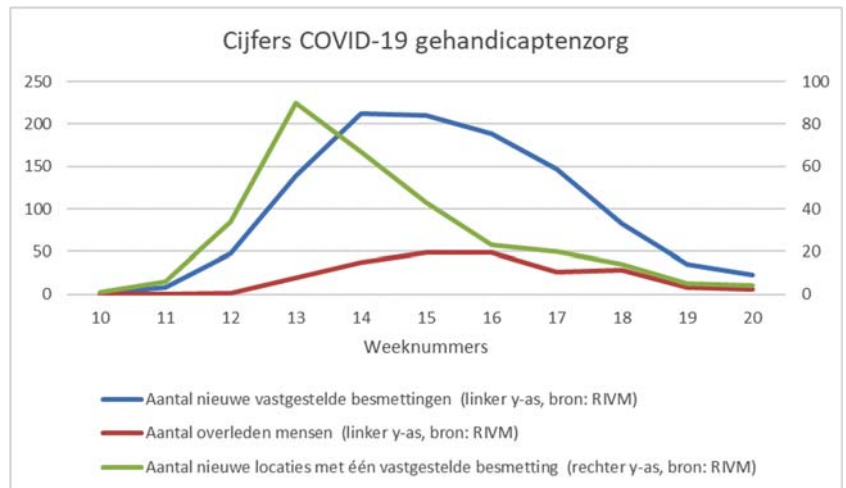
Net als bij de verpleeghuizen geldt bij de gehandicaptenzorginstellingen dat aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen of verdenkingen hiervan, per week afneemt. Dit geldt ook voor het aantal mensen dat is overleden en het aantal meldingen van «nieuwe locaties» met minimaal één vastgestelde COVID-19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

In de volgende figuur is deze ontwikkeling weergegeven.

²⁸ Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

²⁹ Dit cijfer komt uit registraties van een onlinedatabase. Omdat dit een vrijwillige registratie is, is deze registratie niet compleet. Ook hier geldt dat er sprake is van onderregistratie.

³⁰ In de melding van bevestigde COVID-19 besmettingen ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om een bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.



6.4. Mensen met een beperking thuis

De groep mensen met een beperking of chronische ziekte thuis betreft zowel mensen met als zonder verhoogde gezondheidsrisico's. Ten aanzien van gezondheidsrisico's is een verhoogde kans op besmetting, bijvoorbeeld omdat de 1,5 meter afstand niet mogelijk is en een verhoogde kans op een ernstig beloop als gevolg van de beperking, relevant. Dit betekent dat het van belang is dat maatregelen afgestemd zijn op de risico's die mensen lopen en dat hiermee rekening wordt gehouden in de ondersteuning die nodig is, zodat mensen met een beperking op gelijke voet het dagelijkse leven weer zoveel mogelijk kunnen oppakken. Dit geldt bijvoorbeeld als het gaat om versoepeling van de maatregelen bij bezoek thuis, dagbesteding en vervoer. Op de laatste twee is in paragraaf 3 al ingegaan.

Ten aanzien van het ontvangen van *bezoek aan huis* is het advies voor alle mensen met een kwetsbare gezondheid gelijk, namelijk per **25 mei** is het mogelijk bezoek te ontvangen, mits zonder klachten en wordt gehouden aan de RIVM-richtlijnen en hygiënevoorschriften.

Bovengenoemde stappen bieden een perspectief op een verruiming van maatschappelijke deelname en maken onderdeel uit van de COVID-19 strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte die in samenspraak met vertegenwoordigende organisaties voor mensen met een beperking wordt ontwikkeld. De strategie moet er enerzijds toe bijdragen dat we mensen met een beperking zo goed mogelijk ondersteunen bij de gevolgen die de crisis voor hen heeft, en er anderzijds breed aandacht is voor deze doelgroep bij de invulling van de 1,5 meter samenleving, zodat zij op voet van gelijkheid kunnen blijven meedoen. De algemeen geldende kaders die hiervoor het uitgangspunt vormen zijn namelijk niet zonder meer geschikt voor veel mensen met een beperking of chronische ziekte. Denk daarbij aan looproutes die met tape op de grond worden geplakt, maar niet zichtbaar zijn voor mensen met een visuele beperking, aan het bieden van assistentie op stations waarbij 1,5 meter niet altijd mogelijk is, aan langdurig (hoger) onderwijs op afstand dat ook voldoende (digitaal) toegankelijk moet zijn. Er moet vanuit meerdere maatschappelijke domeinen rekening worden gehouden met de impact van de maatregelen op mensen met een beperking. Dit is in lijn met het VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Dit

vraagt om een bredere betrokkenheid en draagvlak van zowel andere departementen als partijen zoals VGN, VNG en MKB Nederland.

6.5. Mensen in een beschermde woonomgeving/maatschappelijke opvang/ vrouwenopvang

Voor mensen die verblijven in Beschermd Wonen, de Maatschappelijke Opvang en de Vrouwenopvang geldt geen algemeen bezoekverbod. Op basis van de bezoekersrichtlijn die door GGZNL en Valente is opgesteld passen instellingen maatwerk toe bij het wel of niet ontvangen van bezoek. Algemeen uitgangspunt is nu: een persoon, een uur per dag. Per **1 juni** mag bezoek weer ruimhartiger toegestaan worden, waarbij het nog steeds van belang is om 1,5 meter afstand aan te houden. Maatwerk om strenger bezoekersbeleid te hanteren blijft mogelijk, bijvoorbeeld indien er veel kwetsbare mensen wonen in de instelling.

Dagbesteding voor deze groepen moet per **1 juni** weer zoveel mogelijk worden opgestart binnen de algemene maatregelen en in het bijzonder de 1,5 meter maatregel. De (ambulante) begeleiding moet vanaf **19 mei** weer zo veel mogelijk face-to-face worden opgestart tenzij er COVID-19 klachten zijn.

6.6. Mensen in een ggz instelling

In de ggz is door cliënten- en naastenvertegenwoordiging, professionals en zorgaanbieders steeds de lijn gehanteerd dat bezoek aan mensen die opgenomen zijn in ggz-instellingen mogelijk moet zijn. Maatwerk staat hierin voorop. Wel hebben de coronamaatregelen een beperkend effect gehad op de bezoekmogelijkheden. Op instellings- of locatieniveau is ook sprake geweest van algemene bezoekbeperking waardoor geen bezoek mogelijk was, bijvoorbeeld voor lichamelijk kwetsbare patiënten in de intramurale acute- of ouderenpsychiatrie.

Voor wat betreft bestaande behandeling is uitgangspunt dat deze doorgaat, waar dit veilig en verantwoord kan. Vanwege de coronamaatregelen heeft een belangrijk deel van de behandelingen op afstand plaatsgevonden en «face to face» waar (medisch) noodzakelijk. Op 1 mei is de richtlijn «GGZ en COVID» bijgesteld, waarbij nog nadrukkelijker is omschreven hoe in goed overleg tussen cliënt en zorgverlener gekozen kan worden voor face to face behandeling, digitaal op afstand, of een mengvorm van beide. Op 15 mei publiceerde GGZ Nederland voor haar leden een aanvullende handreiking, die nadere handvatten geeft voor het hervatten van reguliere ambulante zorg door ggz-instellingen. Onder regie van kwaliteitsorganisatie Akwa GGZ hebben de ggz-partijen op 19 mei een herziene richtlijn gepubliceerd, waar verdere verruiming van de bezoekmogelijkheden wordt verwoord.³¹ De ggz volgt hierbij de verruiming van coronamaatregelen van overheidswege.

6.7. Jeugdzorg, jeugd GGZ en jeugd met een beperking die (L)VB zorg ontvangt

Het RIVM geeft aan dat kinderen een kleinere rol spelen in de verspreiding dan volwassenen. We weten dat er weinig kinderen zijn met COVID-19 en dat als kinderen ziek worden, de ziekte milder verloopt. Ook lijken kinderen met onderliggende medische problematiek geen groter risico te lopen op een ernstig beloop van COVID-19 dan gezonde kinderen. Daarom

³¹ <https://www.ggzstandaarden.nl/artikelen/11/versie-5-van-de-richtlijn-ggz-en-corona-per-19-mei-online>

geldt voor jeugd die jeugdzorg of jeugd-GGZ ontvangt, alsmede voor jeugd met een beperking die (L)VB-zorg ontvangt het volgende:

- Kinderen en jongeren tot en met 18 jaar in een instelling, pleeggezin of gezinshuis mogen vanaf 1 juni bezoek ontvangen van 2 vaste personen. De beperkingen voor bezoek van kinderen en jongeren vanuit instelling aan thuis worden opgeheven, mits de mits hygiëne-richtlijnen van het RIVM in acht worden genomen.
- Dagbesteding, dagopvang en behandeling voor kinderen en jongeren tot en met 18 jaar op locatie wordt per 1 juni weer opgestart. Sinds 11 mei was dit voor kinderen t/m 12 jaar op veel locaties al de praktijk, analoog aan de openstelling van het basisonderwijs. Ook vervoer van en naar de locaties kan per deze datum weer plaatsvinden. Hiervoor gelden de richtlijnen voor het leerlingenvervoer.

Tot nu toe werd bij toepassing van de 1,5 meter regels in de zorg voor jeugdigen onderscheid gemaakt tussen kinderen t/m 12 jaar en jongeren van 13 jaar en ouder. Dit geeft in de praktijk veel complicaties, vanwege gemengde leeftijdsgroepen en voor jongeren die fysieke nabijheid nodig hebben of die niet in staat zijn om de 1,5 meter regel na te leven. Daarom is op advies van het OMT voor jongeren in de leeftijd van 13 t/m 18 jaar die jeugdzorg, jeugd-GGZ of (L)VB zorg ontvangen, de regel verruimd. Voor deze jongeren is de strikte eis van 1,5 meter afstand tussen jongeren onderling niet van toepassing. In contact tussen jongeren en hulpverleners dient zoveel als mogelijk rekening gehouden te worden met de 1,5 meter afstand, conform de regel op de basisscholen.

6.8. PGB-wooninitiatieven

Onlangs zijn in verband met de coronacrisis in overleg met ZN en de NZa enkele maatregelen genomen om de continuïteit van zorg aan pgb-houders te waarborgen. Deze maatregelen maken het mogelijk dat niet geleverde zorg en extra en/of duurdere zorg vanuit het pgb gedeclareerd kan worden. Door de Branchevereniging Kleinschalige zorg (BVKZ) is aangegeven dat deze maatregelen niet in alle gevallen toereikend zijn om de financiële problemen bij kleinschalige pgb Wlz-wooninitiatieven op te lossen. Het betreft hier met name financiële problemen die ontstaan als bewoners overlijden en er op korte termijn geen nieuwe bewoners gevonden kunnen worden. Het is in een dergelijke situatie niet mogelijk de kosten van zorgpersoneel uit een pgb te betalen. Onder normale omstandigheden is dit een regulier bedrijfsrisico. In de huidige situatie blijkt het echter lastig de lege plaatsen weer op te vullen. Het is daarom voorstelbaar dat het wooninitiatief dit financiële risico niet kan dragen. In dit geval kan een wooninitiatief zich melden bij het zorgkantoor. Het wooninitiatief en het zorgkantoor kijken vervolgens binnen de geldende regelgeving naar de voor dit initiatief best passende oplossing voor de financiële problemen om daarmee de zorgcontinuïteit voor de budgethouders te kunnen borgen. Dit kan bijvoorbeeld door de lege pgb-plaatsen en de budgethouders, die hier zelf voor kiezen, om te zetten naar een zorg in natura contract. De omzetting van de lege pgb-plaatsen naar zorg in natura-plaatsen zal zowel van het wooninitiatief als van het zorgkantoor de nodige inzet vereisen.

6.9. Maatschappelijke diensttijd

Organisaties die de maatschappelijke diensttijd aanbieden (MDT), hebben de handen ineengeslagen en gekeken wat jongeren via MDT juist in deze lastige periode kunnen betekenen voor de samenleving. Dat heeft geleid tot een verzameling van initiatieven van jongeren die in het kader van hun MDT vrijwillig ondersteuning aan kwetsbare groepen bieden. Uiteraard

conform de richtlijnen van het RIVM en kabinet en met aandacht voor talentontwikkeling en begeleiding van jongeren.

Enkele voorbeelden zijn het online contact onderhouden met jongeren met een verstandelijke beperking, online-taalhulp bieden aan mensen met een taalachterstand of telefoongesprekken voeren met ouderen. Daarnaast doen de MDT-jongeren boodschappen of andere klusjes voor ouderen. Een ander voorbeeld is een initiatief waarin 200 jongeren eenzaamheid bij ouderen tegengaan door contactloze raamspellen te bedenken. Meer over MDT ten tijde van Corona kunt u lezen in de brief «MDT in Coronatijd» die de Staatssecretaris van VWS op 14 mei jl. aan uw Kamer³² heeft gestuurd. Actuele informatie over de initiatieven vindt u op www.doemeemetmdt.nl/ookditismdt.

7. Sportscholen, binnensporten en sauna's

Op 12 mei heeft een gesprek plaatsgevonden tussen Minister van Rijn en NL Aktief, de branchevereniging van de ondernemende sport- en beweegbedrijven. In dat gesprek is toegezegd dat het kabinet een aanvullend advies aan het OMT vraagt over de risico's die samenhangen met binnen sporten. Op basis van dit advies kan het kabinet een afweging maken of, en zo ja onder welke voorwaarden, het verantwoord is om het binnen sporten (waaronder fitness) eerder toe te staan dan 1 september. Hetzelfde geldt op een later moment voor de sauna's en wellness-resorts.

8. Caribisch Nederland

8.1. Stand besmettingen, opgenomen patiënten en overledenen COVID-19

De laatste gegevens van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien: Aruba (101), Sint Maarten (77), Curaçao (16), Sint Eustatius (2), Saba (2) en Bonaire (2). Het aantal actieve besmettingen ligt veel lager. In Caribisch Nederland ligt dat nu op 0.

Thans liggen er op Sint Maarten 2 patiënten op de IC, op Aruba 1 en op Curaçao 1. Op Sint Maarten zijn inmiddels 15 mensen overleden aan de gevolgen van het virus. Op Aruba zijn 3 mensen overleden. Op Curaçao is 1 persoon overleden aan de gevolgen van COVID-19. De epidemiologische situatie is stabiel en de eilanden nemen maatregelen om intern af te schalen.

8.2. Tweede OMT-advies Cariben

Op 24 april 2020 is er een tweede advies van het OMT Cariben opgeleverd. Er wordt met het RIVM, de afdelingen publieke gezondheid van de eilanden en de ziekenhuizen gewerkt aan de realisatie van de geadviseerde maatregelen voor de korte en middellange termijn.

De situatie wordt momenteel ook aangegrepen om samen met de ziekenhuizen te werken aan verbeterde samenwerking. Het doel is om de kwaliteit en beschikbaarheid van zorg binnen het Caribisch deel van het Koninkrijk te vergroten en de afhankelijkheid van zorg (medische uitzendingen) buiten het Koninkrijk te verkleinen.

Verder worden er nog steeds structureel PBM en testcapaciteit naar de eilanden gestuurd ten behoeve van de COVID-19-aanpak. In de eerste week van juni zal een specifiek OMT Cariben georganiseerd worden om

³² Kamerstukken 35 034 en 25 295, nr. 17.

het vraagstuk van weer opengaan voor toeristen in het Caribisch gebied te bespreken.

9. Vaccinontwikkeling en ander COVID-19 onderzoek

Zoals ik eerder in mijn brieven heb benadrukt, speelt een vaccin tegen COVID-19 een cruciale rol bij het bestrijden van deze pandemie. Hoewel het nog niet zeker is welke vaccins de eindstreep zullen halen, span ik mij maximaal in om de ontwikkeling en productie van een veilig en effectief COVID-19 vaccin te bespoedigen. Daarvoor is internationale samenwerking van groot belang. Eerder deze week werd een virtuele *World Health Assembly* gehouden, waar de totstandkoming van een *technology patent pool* één van de belangrijkste discussiepunten was. Onze inzet daarbij is gericht op een vrijwillige *patent pool*. Nederland vindt de toegankelijkheid en betaalbaarheid van toekomstige vaccins van groot belang.

Daarnaast hebben verschillende landen (onder andere de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, en Duitsland) in de afgelopen dagen aanvullende investeringen in vaccinontwikkeling en -productie bekend gemaakt. Ik werk ook aan het zo goed mogelijk ondersteunen van kansrijke initiatieven op het gebied van ontwikkeling en productie in Nederland. Stimuleren van de productie van vaccins in eigen land draagt namelijk bij aan het (mondiaal) opschalen van de productiecapaciteit. Daarnaast vind ik het belangrijk dat Nederland niet uitsluitend afhankelijk is van productie in het buitenland. Met het wegnemen van drempels en stimuleren van productie in Nederland snijdt het mes dus aan twee kanten.

Nationaal onderzoek

Voor nationaal onderzoek naar COVID-19 is vanuit het kabinet inmiddels € 47,5 miljoen beschikbaar gesteld, via VWS/ZonMw, OCW/NWO, *Topsector Life Science and Health* (LSH) en EZK/TNO. Deze onderzoeksmiddelen worden ingezet voor acute medische vragen, alsook urgente medische en bredere maatschappelijke vragen over de gevolgen van COVID-19. Oorspronkelijk was dit € 42 miljoen³³, waarna ik u op 21 april jl. een verhoging heb gemeld met € 2,5 miljoen vanuit de Topsector LSH in samenwerking met RVO.³⁴ Binnen deze middelen is inmiddels het budget voor het nationaal onderzoeksprogramma voor COVID-19 door mij verhoogd met € 3 miljoen naar € 30 miljoen. Reden is dat de urgente onderzoeken die op zeer korte termijn moeten starten meer financiële ruimte vragen dan was voorzien. Gehonoreerde projecten zullen worden gepubliceerd op de website van ZonMw en NWO.

10. Informatie- en verwijscentrum COVID-19

Uw Kamer is eerder geïnformeerd over het feit dat VWS opdracht heeft gegeven om een landelijk loket op te richten waar mensen terecht kunnen met hun vragen rondom psychosociale gevolgen van de coronacrisis. Deze week wordt hier invulling aan gegeven met de opening van het Informatie- en Verwijscentrum COVID-19 (IVC). Het IVC is tot stand gebracht door ARQ Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises, in samenwerking met het RIVM. Het IVC is bereikbaar voor iedereen die een vraag heeft over psychosociale gevolgen van de coronacrisis. Naast

³³ In brief van 31 maart 2020 is € 42 miljoen beschikbaar gesteld en verder gespecificeerd.

³⁴ Middelen beschikbaar gesteld om Nederlands bedrijfsleven en kennisinstellingen de optie te geven in internationale COVID-19 R&D-constructies te participeren, zie: <https://www.eurekanetwork.org/content/multilateral-call-solutions-covid-19-echo-period>

concrete handvatten over hoe met de huidige situatie om te gaan, kan het IVC ook gericht adviseren over (aanvullende) vormen van hulp en zorg. Naast het algemene aanbod, levert het IVC ook gerichte informatie- en verwijzingsadviezen aan specifieke (kwetsbare) doelgroepen: mensen die het coronavirus hebben gehad of mensen die rouwen om iemand die overleden is aan het virus, zorg-professionals voor wie de mentale belasting tijdens coronacrisis is toegenomen, mensen die hun inkomen zien teruglopen of verdwijnen.

De gevolgen van het coronavirus zullen nog een behoorlijke tijd door ons gevoeld worden. Daarom is het IVC voor tenminste twee jaar actief. De komende tijd bouwt het IVC haar werkzaamheden verder op, op basis van actuele behoefte en het verdere beloop van de coronacrisis zal de inhoud en vorm doorontwikkeld worden. De Staatssecretaris van VWS en ik zijn verheugd dat het IVC deze week concreet van start kan gaan. Bij eerdere landelijke crisissituaties en rampen – zoals meest recent de vliegcrash met vlucht MH17 – heeft het bestaan van een IVC laten zien van waarde te zijn. Graag benadrukken we dat het IVC bestaat naast andere vormen van georganiseerde (laagdrempelige) psychosociale ondersteuning, zoals de inzet van diverse telefonische hulplijnen, digitale zelfhulp en toegang tot zorg via de huisarts.

11. Overig

11.1. CNO advies over draagkracht van verpleegkundigen

Uw Kamer heeft op 14 mei jl. van mij het advies van de Chief Nursing Officer (CNO) ontvangen over de transitie naar reguliere zorg en dan in het bijzonder over de draagkracht van verpleegkundigen.³⁵ Het advies is besproken met de werknemersorganisaties en de beroepsvereniging V&VN. Uit die gesprekken komt naar voren dat zij zich grotendeels herkennen in de analyse en de uitgebrachte adviezen, en dat zij betrokken willen worden bij de verdere uitwerking ervan.

De CNO benadrukt in haar advies dat een structurele verhoging van capaciteit op één plek doorwerkt op andere plekken. Daarom is het van belang het vraagstuk breed en vanuit de totale keten te beschouwen, samen met onder meer de bonden. In de situatie waarin én de COVID-zorg geleverd moet worden én tegelijkertijd de reguliere zorg opgestart moet worden, vraagt dit om een integrale benadering van het personele vraagstuk waarbij anders werken, anders opleiden en behoud van personeel centraal staan. We nemen haar advies ter harte. Daarnaast willen we op basis van het advies een aantal acties in gang zetten.

- 1) Het is belangrijk dat bij het opschalen van de reguliere zorg in combinatie met het op peil houden van de COVID-zorg, ook de beschikbaarheid van zorgmedewerkers over zorgbranches heen, nadrukkelijk meegewogen wordt. De NZa inventariseert de informatiebehoefte bij de ROAZ voor wat betreft de opstart van reguliere zorg. Mede op basis van deze inventarisatie zal ik met partijen een *dashboard* inrichten waarmee actuele (regionale) arbeidsmarktinformatie beschikbaar komt voor de besluiten die in ROAZ+ verband worden genomen. Ik vraag de 14 regionale werkgeversorganisaties verenigd in RegioPlus om de ROAZ+ regio's hierin zo goed mogelijk te faciliteren.
- 2) Om ook meteen opvolging te kunnen geven aan knelpunten op het gebied van personeel, worden de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAATs) de komende tijd meer gericht op de uitdagingen die enerzijds de situatie van de opschaling van de reguliere zorg en

³⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 350

anderzijds het op peil houden van de COVID-zorg met zich meebrengt. Hierbij wil ik dat de regio's ook de zorgprofessionals betrekken.

- 3) Daarnaast vraagt de CNO in haar advies aandacht voor het tekort aan IC-verpleegkundigen en andere gespecialiseerde verpleegkundigen. Voor wat betreft de opdracht aan het Landelijke Netwerk Acute Zorg (LNAZ) om een plan te maken rondom de IC-capaciteit verwijs ik u naar een eerdere paragraaf. Daarnaast ondersteun ik het programma CZO Flex Level, dat tot doel heeft de verpleegkundige vervolgoopleidingen meer flexibel en modulair te kunnen aanbieden. Ik ben in gesprek met de NFU en de NVZ hoe we het flexibel en modulair opleiden kunnen verbreden en versnellen. Dit wordt ook bij andere opleidingen en scholing bekeken. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan de initiële opleidingen, opleidingen voor zij-instromers en opleidingen voor personeel zonder zorgachtergrond, die na het volgen van die opleiding ondersteunende en niet complexe zorgtaken kunnen uitvoeren (Nationale Zorgklas).

Tot slot heeft de CNO nog advies gegeven over de vergoeding van de Stichting Zorg na werk in Coronazorg (ZWIC). Zij acht het wenselijk dat de vergoeding ook kan worden ingezet voor de behandeling van zorgverleners die als gevolg van psychische klachten uitvallen. Ook adviseert zij verpleegkundigen in het bestuur van de stichting zitting te laten nemen. Daarover merk ik op dat, hoewel het ministerie financieel bijdraagt, het gaat om een onafhankelijke stichting en dat zij daarmee zelf bepaalt waar zij vergoedingen voor uitkeert en wie er zitting neemt in het bestuur. Ik zal het advies van de CNO dan ook doorgeleiden naar het bestuur van ZWIC. In juni komt de CNO met aanvullend advies inzake de positionering van de verpleegkundigen. In de reactie hierop zal ik ook ingaan op de stand van zaken op dit advies over draagkracht.

11.2. Motie Van Esch over het agenderen van de handel in wilde dieren bij de World Health Assembly.

Naar aanleiding van de aangenomen motie van het lid Van Esch (PvdD)³⁶ waarin de regering verzocht wordt om bij de volgende Algemene Vergadering van de WHO, de handel in wilde dieren, als oorzaak van nieuwe infectieziekten, te agenderen kan ik u het volgende melden.

Op 18 en 19 mei heeft de *World Health Assembly* plaatsgevonden. De Nederlandse inbreng heeft u op 13 mei jl. ontvangen (Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 161). De agenda wordt, zoals te verwachten, beheerst door het onderwerp COVID-19 en er was dan ook geen ruimte meer om het onderwerp «handel in wilde dieren, als oorzaak van nieuwe infectieziekten» als separaat punt te agenderen. De EU en de lidstaten zijn echter wel van mening dat het een zeer belangrijk onderwerp betreft en hebben daarom in hun gezamenlijke statement een verzoek aan het secretariaat van de WHO opgenomen om een rapport op te stellen over de oorzaken en de preventie van zoönose uitbraken.

Daarnaast is er een concept-resolutie ingediend bij de World Health Assembly, ondertekend door vele landen, waarin de Directeur-generaal van de WHO wordt gevraagd om een *One-Health Approach*. Het verzoek is om, in samenwerking met de *World Organisation for Animal Health* (OIE), de *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO) en landen, onderzoek te doen naar de bron van het coronavirus, inclusief de rol van tussengastheren, en de introductieroute van het coronavirus naar mensen. Er wordt benadrukt dat een gezamenlijke aanpak, inclusief een

³⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 88.

onderzoeksagenda, de mogelijkheid biedt om gerichte interventies te doen om het risico op soortgelijke gebeurtenissen in de toekomst te verkleinen.

11.3. Invoering nieuw woonplaatsbeginsel Jeugdwet per 1 januari 2022

De invoering van het nieuwe woonplaatsbeginsel in de Jeugdwet wordt uitgesteld naar 1 januari 2022. De invoering van deze wetwijziging was beoogd op 1 januari 2021. Om twee redenen wordt de wijziging van het woonplaatsbeginsel later ingevoerd:

- De invoering van de aangepaste objectieve verdeelmodellen in het gemeentefonds is door het Ministerie van BZK uitgesteld tot 1 januari 2022. Hierdoor kan komend jaar het budget voor voogdij en 18+ nog niet objectief worden verdeeld. Wanneer de wijziging van het woonplaatsbeginsel per 1 januari 2022 wordt ingevoerd, houden beide wijzigingen gelijke tred.
- De invoering van het nieuwe woonplaatsbeginsel behoeft eenmalig uitzoekwerk van gemeenten en jeugdhulpaanbieders om na te gaan voor welke jeugdigen de financieel verantwoordelijke gemeente wijzigt aan de hand van het nieuwe woonplaatsbeginsel. De coronacrisis vergt nu echter veel tijd en werk van gemeenten en jeugdhulpaanbieders om de continuïteit van zorg te waarborgen. Hierdoor ontstaan risico's voor een zorgvuldige invoering van het nieuwe woonplaatsbeginsel. Uitstel naar 1 januari 2022 geeft gemeenten en aanbieders meer tijd.

Om ook volgend jaar een eerlijke verdeling van de voogdigelden onder gemeenten te waarborgen, wordt de huidige compensatieregeling met een jaar verlengd.

11.4. Stimuleringsregeling E-health Thuis – noodregeling

Om de zorg en ondersteuning voor kwetsbare personen zoveel mogelijk te continueren wordt er meer gebruikt gemaakt van digitale middelen. In de kamerbrief van 15 april jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de noodsubsidierегeling, SET Covid-19, om zorg op afstand met behulp van e-health een extra impuls te geven. Er zijn bij de RVO ruim 1700 aanvragen ingediend. Inmiddels is er aan 460 aanbieders van zorg en ondersteuning subsidie verleend. Daarmee is het subsidieplafond van € 23 miljoen bereikt. Onder deze aanbieders zijn in aflopende volgorde fysiotherapeuten/paramedici, aanbieders van wijkverpleging en/of thuiszorg, aanbieders van GGZ, aanbieders van beschermde woonvoorzieningen en ziekenhuizen het meest vertegenwoordigd. Een groot deel van de aanbieders zet de subsidie in voor de implementatie of opschaling van beeldschermzorg. Dit gaat bijvoorbeeld om een consult op afstand, het aanbrengen van structuur van de dag via een app of het monitoren van de gezondheid van cliënten op afstand. De aanvragen die niet in aanmerking komen voor subsidie omdat het plafond is bereikt hebben daar uiterlijk 1 mei bericht over ontvangen. Zij zijn gewezen op alternatieve mogelijkheden voor subsidie en advies.

11.5. Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen

Samen met de koepel van cliëntenraden LOC hebben de brancheorganisaties Actiz, GGZ Nederland, Thuiszorgnl, VGN en Jeugdzorg Nederland mij benaderd over de inwerkingtreding per 1 juli as van de nieuwe Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 en de daarvoor benodigde activiteiten van hun leden om te voldoen aan de nieuwe eisen. Deze partijen bepleiten een verruiming van de termijn waarop individuele cliëntenraden met de instellingsbesturen nieuwe medezeggenschapsrege-

lingen moeten hebben afgesproken. In overleg met de IGJ is afgesproken dat de IGJ niet vanaf 1 juli direct actief zal gaan handhaven op de nieuwe wettelijke bepalingen rondom medezeggenschap ten aanzien van zorgorganisaties die door de coronacrisis nog niet in alle opzichten voldoen aan de nieuwe wet. Daarmee krijgen cliëntenraden en zorgorganisaties die daarvoor extra tijd nodig hebben, de gelegenheid om zorgvuldig hun nieuwe afspraken vast te leggen. Daarnaast verwacht de IGJ evenmin – ook als de corona-situatie onder controle is en zorgaanbieders weer meer ruimte hebben voor andere zaken – dat alle zorgaanbieders (met name in de eerste lijn) die nog niet eerder een cliëntenraad in het leven hadden geroepen, direct de voorgeschreven cliëntenraad zullen hebben ingericht. Uiteraard wordt wel van deze aanbieders verwacht dat zij zich vanaf 1 juli zullen inzetten om aan de wet te gaan voldoen. Daar zal de IGJ op toezien.

Tot slot

Met de versoepelingen per 1 juni zitten we op de weg voorwaarts, de weg naar de controlefase. Dat is goed nieuws en ik hoop dat zoveel mogelijk mensen in het land dit ook zo ervaren. Maar ik besef me ook, en ik refereer hier eerder in de brief al aan, dat dit voor veel mensen een moeilijke tijd is. Juist nu we weer vooruit kunnen kijken, is het des te belangrijker dat we blijven omzien naar de mensen die het zwaarst hebben. We doen dit met elkaar en voor elkaar. De essentie blijft dat we ons aan de afspraken blijven houden. Denk hier niet te makkelijk over, ieders individuele bijdrage maakt wel degelijk uit. Iedereen kan het virus verspreiden. Maar omgekeerd kan iedereen dus ook meehelpen het virus onder controle te houden. Ik eindig daarom met de oproep: neem die verantwoordelijkheid, niet alleen voor jezelf, maar vooral ook voor elkaar.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge