

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 659

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 oktober 2020

Afgelopen weken liep het aantal nieuwe COVID-19 besmettingen verder op tot 10.315 op 27 oktober. Op 29 september jl. is het eerste pakket beperkende maatregelen ingegaan, gevolgd door een gedeeltelijke lockdown op 13 oktober. De laatste stand van het reproductiegetal van twee weken geleden staat op 1,16. Dit is gedaald, maar nog boven de 1. Het maatregelenpakket van 13 oktober heeft naar verwachting het reproductiegetal wel doen dalen tot onder de 1. Maar of dat echt zo is, zullen we pas de komende week in de cijfers terugzien.

En niet alleen de vraag óf we een daling zullen zien, maar ook met welke snelheid de besmettingsgraad daalt, is belangrijk voor het besluit dat we zullen moeten nemen over de maatregelen. Wat we zeker weten, is dat de huidige maatregelen nadrukkelijk langer nodig zijn dan vier weken. De verwachting is nu dat het in ieder geval nog tot in december duurt.

Op dit moment kan over eventuele aanvullende maatregelen nog geen uitsluitsel worden gegeven. Uiteraard informeer ik uw Kamer zodra dit kan.

Leeswijzer

In deze brief ga ik, mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid, de Minister voor Medische Zorg en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in op:

- De huidige epidemiologische situatie, waarbij ook wordt ingegaan op het OMT-advies (paragraaf 1). Ten aanzien van de routekaart coronamaatregelen, ga ik in op het OMT-advies dat ik hierover heb ontvangen (paragraaf 2). Vervolgens breng ik u op de hoogte van de doorontwikkeling van het dashboard (paragraaf 3), de stand van zaken rond testen en traceren (paragraaf 4), quarantaine (paragraaf 5), de Corona-app (paragraaf 6), de ontwikkelingen richting het vaccin (paragraaf 7). In de

laatste paragraaf van dit deel zal ik nader ingaan op innovatieve behandelingen (paragraaf 8).

- Het tweede deel van de brief gaat over de zorg voor COVID-19 patiënten in de curatieve sector, met als onderwerpen de stand van zaken curatieve sector (paragraaf 9), en de stand van zaken opschaling van de tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis (paragraaf 10).
- In het derde deel van de brief ga ik in op de bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid in verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, de GGZ, maatschappelijke ondersteuning (inclusief dak- en thuislozen en jeugd (paragraaf 11).
- Tenslotte zijn in de brief nog andere onderwerpen opgenomen, namelijk de tijdelijke wet maatregelen COVID-19 (paragraaf 12), de arbeidsmarkt en de financiën in de zorg (paragraaf 13), Caribisch Nederland (paragraaf 14), publiekscommunicatie (paragraaf 15) en overig (paragraaf 16). In deze laatste paragraaf wordt ingegaan op sport, Wob-verzoeken, de situatie rondom slachthuizen en een plan van aanpak veilige scholen (motie Asscher en Jetten).

Met deze brief voldoe ik aan:

- De motie van de leden Asscher en Jetten over de Kamer wekelijks op de hoogte stellen van de testcapaciteit (Kamerstuk 25 295, nr. 547);
- De motie van de leden Asscher en Jetten over een plan van aanpak voor veilige scholen voor de start van de herfstvakantie (Kamerstuk 25 295, nr. 593).
- De motie van de leden Van der Staaij en Jetten over bevorderen dat fysieke behandelingen mogelijk blijven in de geestelijke gezondheidszorg (Kamerstuk 25 295, nr. 636).
- De motie Klaver c.s. (Marijnissen, Asscher) (Kamerstuk 25 295, 637), over het verhogen van de maximale testcapaciteit, met als uitgangspunt dat er overcapaciteit gecreëerd wordt;
- De motie van het lid Segers c.s. over in overleg treden met landelijk opererende vrijwilligersorganisaties (Kamerstuk 25 295, nr.643)
- De motie van het lid Van Esch waarmee de regering wordt verzocht te komen met een landelijk plan van aanpak voor de bestrijding van het coronavirus in de vleesindustrie, gericht op het voorkomen en tijdig opsporen van nieuwe brandhaarden (Kamerstuk 25 295, nr. 644).
- De motie van de leden Van Esch en Van Raan over opname van een kopje «buitenlandse reizen» in de routekaart (Kamerstuk 25 295, nr. 645) en de Commissiebrief die hierover verzocht is.
- De motie van het lid De Groot (Kamerstuk 28 286, nr. 1106) waarin de regering wordt verzocht om alles in het werk te stellen om slachthuizen (financiële) verantwoordelijkheid te laten nemen voor een mogelijke vermindering van slachtcapaciteit.
- De motie van het lid Ouwehand waarin de regering wordt verzocht, vanuit het oogpunt van de volksgezondheid landelijk de regie te nemen bij het tegengaan van de verdere verspreiding van het coronavirus in de vleesindustrie (Kamerstuk 28 286, nr. 1109)
- Mijn reactie op verzoek van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, op het bericht van ActiZ d.d. 18 oktober dat de ouderenzorg nu ook vastloopt.¹
- Mijn reactie op het Manifest Zorg² van 09-10-2020 in relatie tot bezoekregelingen.
- Mijn reactie op het bericht dat de uitslagen van duizenden commerciële corona-testen niet meetellen in de dagelijkse updates van het RIVM, omdat deze commerciële bureaus hun resultaten niet doorgeven aan de GGD³.

¹ (<https://nieuws.actiz.nl/nieuws/2020/10/actiz-ouderenzorg-loopt-nu-ook-vast>)

² <https://www.humanistischverbond.nl/zorgmanifest/>

³ <https://www.skipr.nl/nieuws/aantal-besmettingen-met-corona-is-groter-dan-rivm-opgeeft/>

- Beantwoording vragen bonus wetsvoorstel Belastingplan 2021 (Kamerstuk 35 572, nr. 17).
- Beantwoording van de vragen van Ouwehand (Aanhangsel Handelingen II 2020/21, nr. 488) met betrekking tot dieren in de veehouderij, die ik op verzoek van de vaste commissie voor Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit beantwoord voor het AO dieren in de veehouderij op 29 oktober 2020.
- Toezegging aan de Kamer over het schrijven van een implementatieplan sneltesten;
- Toezegging aan de Kamer over sneltesten en asymptomatisch testen van mensen die uit BCO onderzoek naar boven komen en mensen die de app gebruiken;
- Toezegging aan de kamer over generiek inzetten van sneltesten;
- Toezegging aan Heerma over perspectief over testen en BCO in een testsamenleving;
- Toezegging aan Heerma over het geven van een winstwaarschuwing met betrekking tot het aantal sneltesten;
- Toezegging aan Jetten over het schetsen testen en traceren in de opschaling van maatregelen.

1. Duiding van de epidemiologische situatie

Vandaag hebben we een nieuwe berekening van het reproductiegetal gekregen: 1,16. Het reproductiegetal is dus gedaald. De waarde van 1,16 is gebaseerd op de situatie van twee weken eerder. Het eerste maatregelenpakket van 28 september heeft bijgedragen aan die, weliswaar lichte, daling van het reproductiegetal. Nu is het wachten op de effecten van het maatregelenpakket van 13 oktober. De verwachtingen zijn dat het 13 oktober pakket zal leiden tot een verdere daling van het reproductiegetal, naar een waarde onder de 1. Of dat écht zo is en hoe snel die daling zal gaan, zullen we pas de komende week in de cijfers terugzien.

We zien nu in elk geval een afvlakking van de groei. De eerste tekenen laten zich zien. Maar we zijn er zeker nog niet. In de afgelopen week zijn 67.542 nieuwe meldingen van COVID-19 ontvangen, dat zijn er nog steeds veel te veel. Dat is een stijging van bijna 12.000 (22%) ten opzichte van de week daarvoor. Toch is hier sprake van een afvlakking. Twee weken eerder zagen we nog een stijging van 60%.

Ook de groei in het aantal ziekhuisopnames, lijkt af te vlakken. De procentuele toename van het aantal ziekenhuisopnames was in de week van 7 – 13 oktober 44%, afgelopen week was dit 17%.

De procentuele toename van het aantal IC opnames was in de week van 7-13 oktober 38%, afgelopen week was dit 16%.

De bedbezetting neemt echter nog altijd elke dag toe. Daarnaast zien we dat het aantal verpleeghuislocaties met ten minste één besmette bewoner in de afgelopen 28 dagen met ongeveer 15 per dag door blijft stijgen.

Kortom, we zien dat de snelheid van stijging van de besmettingsgraad afvlakt, maar we moeten het beeld scherper krijgen. Want dat beeld is belangrijk voor de afweging die we moeten maken en het besluit dat we zullen moeten nemen over extra maatregelen en de verwachte effectiviteit daarvan.

Want, als we nú extra maatregelen zouden nemen – een totale lockdown bijvoorbeeld – dan moet die teruggang van het aantal besmettingen opwegen tegen de maatschappelijke kosten hiervan.

Een belangrijke afweging is dat een lockdown de verwachte hoogte van de piek in de ziekenhuizenbezetting – in het begin van november – niet zal beïnvloeden. Omdat de mensen die volgende week zullen worden opgenomen nu al besmet zijn. Extra maatregelen en ook een lockdown

zullen vooral invloed hebben op het verminderen van de R-waarde in de periode daarna.

De maatregelen die we nu genomen hebben zijn passend en nodig om het virus terug te dringen. Het is van belang dat we telkens precies die maatregelen nemen die op dat moment nodig zijn. Het vorige maatregelenpakket is genomen op 14 oktober. De effecten daarvan moeten dus deze week zichtbaar worden. Het RIVM geeft aan dat pas na circa 2 weken het effect van maatregelen zichtbaar wordt. Daarvoor moeten we het effect deze week nog afwachten.

OMT-advies

Het OMT heeft op 27 oktober advies uitgebracht. Dit advies is opgenomen in de bijlage (Bijlage – Advies n.a.v. 82^e OMT)⁴. Het advies beslaat vier onderdelen:

1. Effect van de maatregelen
2. Reizen
3. Arbeidsmigranten
4. Testen

Ten aanzien van het effect van de maatregelen geeft het OMT aan dat het momenteel nog te vroeg is om met zekerheid te zeggen of het huidige maatregelenpakket voldoende effect gaat hebben of niet. Vanwege deze onzekerheid adviseert het OMT om vóór het einde van deze week een her-evaluatie van de meest recente data te doen om de richting van de effecten beter te kunnen duiden. Met elke dag zal meer duidelijk worden of de afvlakking doorzet, c.q. een daling inzet, of dat de bevestigde gevallen niet dalen en extra maatregelen nodig zijn om de R(t)-waarde en het aantal besmettingen terug te dringen. Het OMT zal zich bij een achterblijvende daling eind van deze week opnieuw beraden en een advies uitbrengen. Bij een toename van het aantal besmettingen zal aanscherping van de maatregelen noodzakelijk zijn.

Ten aanzien van reizen, stelt het OMT vast dat buitenlandse reizen en vakanties een risico vormen voor import en verspreiding van COVID-19 in Nederland. De verwachting is dat de epidemiologische situatie in de wintervakantieperiode nog niet onder controle is, ook niet in de meeste landen in Europa en veel landen daarbuiten. Als maatregelen in landen minder streng zijn dan in Nederland, dan zal dit naar verwachting leiden tot meer risicogedrag, meer besmettingen en daardoor weer meer import van geïnfecteerde gevallen. Het OMT adviseert een continuering van de beoordeling van landen voor reisadvisering, waarbij drempelwaardes niet versoepeld worden en ook gebruik wordt gemaakt van de recent ontwikkelde EU-systematiek.

Ten aanzien van arbeidsmigranten geeft het OMT aan dat het duiden van de clusters nog enig onderzoek en voorbereiding vergen. Het OMT komt hierop terug in zijn advies van 2 november.

Het OMT geeft aan zeer positief te staan tegenover het eerste ontwerp routekaart testen en doet enkele suggesties ter verbetering en bespoediging van de implementatie. Hierop wordt uitvoerig ingegaan in paragraaf 3.

Met betrekking tot het testen van asymptomatische personen, dat in uitzonderingsgevallen plaatsvindt, adviseert het OMT een isolatieduur van drie dagen na monsterafname. Indien deze persoon gedurende deze drie dagen symptomen krijgt van COVID-19, dan geldt de normale isolatieduur.

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Indien deze persoon geen symptomen heeft ontwikkeld, dient deze opnieuw getest te worden middels een PCR-test.

BAO-advies

Naar aanleiding van het OMT-advies heeft op 27 oktober een Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) plaatsgevonden. Ten aanzien van het effect van de maatregelen, neemt het BAO kennis van de analyse. Het BAO deelt dat het nu nog te vroeg is om een uitspraak te kunnen doen over het effect van de maatregelen. Het BAO wacht hierover nader advies van het OMT af.

Ten aanzien van reizen herkent het BAO dat buitenlandse reizen en vakanties een risico vormen voor import en verspreiding van het virus en neemt het advies van het OMT over. Het BAO geeft daarbij als aandachtspunt mee dat de communicatie hierover snel en helder opgepakt moet worden en dat afstemming in Europees verband de voorkeur verdient.

Het kabinet neemt de adviezen van het OMT en het BAO ten aanzien van reizen mee in de besluitvorming en zal uw Kamer hier op korte termijn nader over informeren.

Ten aanzien van de routekaart testen, is het BAO blij met het advies en doet een aantal aanbevelingen met betrekking tot rapportage van testuitslagen, de kwaliteit van sneltesten en de capaciteit van professionals die de testen kunnen afnemen. Ten aanzien van het testen van personen zonder klachten, neemt het BAO het advies over.

Zoals ik in de inleiding reeds heb gememoreerd, is het krijgen van zicht op en inzicht in het virus een belangrijk ankerpunt voor de aanpak. Hieronder volgt de stand van zaken omtrent onderwerpen die hierop toezien.

Zicht op en inzicht in het virus

2. Routekaart coronamaatregelen

Gelet op het feit dat er nog geen besluit is genomen over eventueel aanvullende maatregelen voor de komende weken, wordt uw Kamer op een later moment nader geïnformeerd over de routekaart coronamaatregelen. Hieronder geef ik een reactie op het OMT-advies dat ik hierover heb ontvangen.

Op 20 oktober jl. heeft het OMT zijn 81^e advies uitgebracht (Zie Bijlage – Advies n.a.v. 81^e OMT)⁵. In dit advies wordt een aantal adviezen gegeven over de routekaart (gereedschapskist en (de)escalatieladder). Dit OMT-advies is aangegrepen om de routekaart en (de)escalatieladder op een aantal punten door te ontwikkelen. Het BAO ondersteunt het advies van het OMT ten aanzien van de gereedschapskist en wijst op de waarde die het heeft voor de voorspelbaarheid richting de samenleving. Naar aanleiding van het OMT-advies kan ik u melden dat er een de-escalatiestrategie (voor wat betreft afbouw maatregelenpakket) zal worden ontwikkeld en er mogelijk gerichte (regionale) pilots zullen worden uitgevoerd. Ook zal de signaalwaarde – met ingang van de tijdelijke wet maatregelen COVID-19 – worden verlaagd van 50 per 100.000 per week naar 35 per 100.000 per week. Deze signaalwaarde komt overeen met de signaalwaarde van het Duitse systeem en zorgt ervoor dat er vroegtijdig effectieve maatregelen kunnen worden genomen. Voor wat betreft het terugbrengen van het aantal risicofases in de routekaart blijven de huidige vier fases van de routekaart voorlopig in stand, gezien het

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

belang van eenduidige communicatie richting de samenleving. De komende tijd wordt onderzocht of aanpassingen in de routekaart benodigd zijn. Afhankelijk van de uitkomsten van deze exercitie kan alsnog (op termijn) worden besloten terug te gaan naar 3 fases. Verder vaart de koers van het kabinet niet op alleen één signaalwaarde, aangezien deze waarde altijd in samenhang wordt gezien met het beeld en de duiding van de contextindicatoren zoals genoemd in de bestuurdersversie van de routekaart. In de publieksversie van de routekaart wordt nu ook verwezen naar de reisadviezen ten aanzien van reizen in binnen- en buitenland. Bezien wordt of de consequenties van reizen naar oranje of rood gebied vermeld moet worden in de routekaart. Tenslotte wordt er gedragswetenschappelijk advies meegenomen in de besluitvorming. Hiermee is de motie van de leden Van Esch en Van Raan⁶ over opname van een kopje «buitenlandse reizen» in de routekaart en de Commissiebrief die hierover verzocht is, afgedaan.

3. Verdere ontwikkeling van het dashboard

Een belangrijk ankerpunt voor de aanpak is het krijgen van zicht op en inzicht in het virus. Het is van belang dat we tijdig inzicht hebben in hoe de situatie zich ontwikkelt. Daarvoor werken we aan het verder intensiveren en tijdiger weergeven van indicatoren op het dashboard. Vanaf 3 november wordt het dashboard sneller geactualiseerd na publicatie van de RIVM-cijfers. We streven er naar om steeds sneller na publicatie van de RIVM-cijfers om 14.15 uur het dashboard geautomatiseerd bij te werken. Daarnaast zijn er ook weer uitbreidingen gerealiseerd. Zo toont het dashboard vanaf 3 november wekelijks het percentage positieve testen per veiligheidsregio en streven we ernaar om deze gegevens elke dag te kunnen ontsluiten. Daarbij wordt nu ook inzichtelijk gemaakt wat de trend in het percentage positieve testen is. Ook wordt vanaf 3 november dagelijks een update gegeven van de rioolwaterdata. Elke waterzuiveringsinstallatie wordt nog wekelijks bemonsterd, maar dagelijks worden uitslagen gerapporteerd. Zoals ik in mijn brief van 13 oktober jl⁷ aan uw Kamer aangaf, ben ik met RIVM en de waterschappen in gesprek over het verder intensiveren van deze metingen naar uiteindelijk dagelijkse bemonstering. Vanaf 3 november worden alle rioolwatergegevens tevens gecorrigeerd voor neerslaghoeveelheden en worden alle rioolwatergegevens gestandaardiseerd naar 100.000 inwoners.

Sinds 3 november is het ontwerp van het dashboard verder verfijnd, waarbij de sidebar aangepast is. Ook zijn de veel gestelde vragen (FAQ's) en de cijferverantwoording overzichtelijker en gebruiksvriendelijker weergegeven.

Vooruitblik dashboard

Het dashboard is constant in ontwikkeling. We blijven het design van het dashboard verfijnen de komende tijd. Zo werken we aan het toevoegen van een nieuwe toplaag die de epidemiologische situatie eenvoudig en begrijpelijk samenvat op basis van alle cijfers op het dashboard. Op deze manier zien bezoekers in één oogopslag wat de situatie is. Hiermee sluiten we eveneens aan bij het advies van de «Lessons Learned» experts tijdens een tweede sessie van 8 oktober jl. om de cijfers op het dashboard begrijpelijker en toegankelijker te maken voor het algemeen publiek. Ook werken we de komende tijd aan de communicatie van actuele maatregelen op het dashboard aan de hand van de inschalingsniveaus op het dashboard. In de volgende voortgangsbrief zal ik uw Kamer hierover en

⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 645

⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 656

over de communicatiestrategie verder informeren. Daarnaast wordt gewerkt aan het toevoegen van de aard van besmetting, besmettingen in gehandicapteninstellingen, sterftcijfers en naleving van maatregelen (o.b.v. lopend RIVM-onderzoek).

4. Testen en traceren

Feiten en cijfers over testen en traceren de afgelopen 2 weken

Indicator	Week 42 (13/10–20/10)	Week 43 (20/10-27-10)
Omvang		
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en overige/kritieke zorg) ^{1 2}	425.600 totaal per week 60.800 gemiddeld per dag (commercieel: 4.000)	439.200 totaal per week ² 62.700 gemiddeld per dag ² (commercieel: 4.200) ²
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD testlocaties ¹	312.200 testen per week 44.600 gemiddeld per dag	323.400 testen per week 46.200 gemiddeld per dag
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten ³	55.587 meldingen bij het RIVM 47.082 positieven uit de GGD-testlocaties 15,2% positieven in de GGD-testlocaties.	67.542 meldingen bij het RIVM 51.166 positieven uit de GGD-testlocaties. 17,9% positieven in GGD-testlocaties
Aantal en percentage opgestarte en afgeronde BCO ³	81,1% van de contactinventarisaties i.h.k.v. BCO is uitgevoerd, 45.578 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen in verband met registratie achterstanden.	81,6% van de contactinventarisaties i.h.k.v. BCO is uitgevoerd, 51.882 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen in verband met registratie achterstanden.
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen ⁴	42% (onderzoek tussen 30 september en 4 oktober)	42% (onderzoek tussen 30 september en 4 oktober)
Effectiviteit		
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname ⁵	35,6 uur (van 12/10 tot 18/10)	29,4 uur (19/10 tot 25/10)
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag ⁵	34,1 uur (van 12/10 tot 18/10)	31,8 uur (19/10 tot 25/10)
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafpraak en testuitslag ⁵	69,7 uur (van 12/10 tot 18/10)	61,2 uur (19/10 tot 25/10)
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) ⁵	35,2 uur (van 12/10 tot 18/10)	29,6 uur (19/10 tot 25/10)

¹ Bron: CoronIT en LCDK lab-uitvraag (27/10/2020)

² Het gaat hier om het totaal aantal COVID-19 testen afgenomen door GGD teststraten, voor klinische zorg (ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsen) en commerciële testen. Het aantal commerciële testen staat tussen haakjes. name in het aantal afgenomen testen is minder hard gegroeid t.o.v. de week daarvoor vanwege een daling in het aantal testafspraken die afgelopen weekend

³ Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (27/10/2020). De gegevens van week 43 zijn nog niet volledig en kunnen dus hoger uitvallen.

⁴ Bron: Gedragsonderzoek RIVM & GGD via <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden>

⁵ Bron: GGD-GHOR CoronIT Week 42 en 43 (27/10/2020)

Testcapaciteit prognose

In de Kamerbrief van 13 oktober heb ik u gemeld dat er 60.400 testen per dag aan laboratoriumcapaciteit beschikbaar was. Inmiddels ik u melden dat de laboratoria, GGD en het LCDK in week 42 gemiddeld 60.800 testen per dag hebben afgenomen en in week 43 62.700 testen per dag Dit bewijst dat alle partijen er alles aan doen om de beschikbare capaciteit te

benutten. Momenteel liggen de doorlooptijden nog boven de streefnorm van 2x24 uur. Deze norm wil ik zo snel mogelijk bereiken. Ik verwacht dat we 70.000 testen per dag kunnen afnemen voor het einde van oktober en 90.000 testen per dag voor het einde van november door GGD teststraten, voor klinische zorg (ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsen) en commerciële testen. Dit staat los van de introductie van sneltesten, hierop ga ik onder «teststrategie» nog in.

Testcapaciteit pijplijn

Momenteel ben ik nog in onderhandeling met een aantal extra laboratoria voor de afname van PCR-laboratoriumcapaciteit. Waar we eerst de bestaande labcapaciteit op regionaal niveau hebben versterkt, en vervolgens met verschillende buitenlandse laboratoria contracten hebben afgesloten, zijn we nu ook met partijen in gesprek om op een aantal centrale plekken in Nederland hoogvolume laboratoria te bouwen. Daarbij wordt er ook gekeken naar de mogelijkheden om robots in te zetten die onze labcapaciteit kunnen vergroten, doordat deze 24 uur per dag kunnen draaien en minder personeel vereisen. VWS ondersteunt een pilot voor de inzet van testrobots die arbeidsintensieve laboratoriumhandelingen kunnen overnemen. VWS heeft partijen uit het veld gevraagd die pilot uit te voeren. VWS is voornemens dergelijke robots grootschalig in te zetten indien de pilot een gunstig resultaat laat zien. De eerste robot wordt spoedig geleverd en is vanaf januari beschikbaar voor de productie van maximaal 20.000 tests per dag indien deze dag en nacht operationeel is. Deze robots kunnen juist ook voor de langere termijn goed ingezet worden, bijvoorbeeld bij een derde golf Sars-Cov-2, of bij nieuwe pandemieën.

Teststrategie

Inleiding

Naar aanleiding van mijn toezegging aan uw Kamer om een perspectief te schetsen hoe het testlandschap inclusief sneltesten er uit zal zien, geef ik u hiervan een overzicht via het Ontwerp Fasering Testen (zie ook bijlage)⁸.

Het doel van deze teststrategie is tweeledig:

- het bestrijden van infectieziekte en
- het continueren van de economie en samenleving.

Ik heb de ambitie om het aantal testmogelijkheden in Nederland flink te verruimen. Dit is in elk van de vier risiconiveaus van de «routekaart coronamaatregelen» nodig, want in ieder van de risiconiveaus is zicht op het virus van essentieel belang. Verruimen is ook mogelijk nu, naast de PCR test zijn er verschillende innovatieve (snel)testen beschikbaar (die gevalideerd zijn of nog in het validatieproces zitten), zoals de antigeentesten, de LAMPtest, de ademtest en andere innovatieve testen. De robotisering van laboratoria is een innovatie op het gebied van het vergroten van de laboratoriumcapaciteit voor PCR.

Met dit Ontwerp Fasering Testen geef ik inzicht in de ambitie voor het testbeleid in Nederland. Het OMT geeft in het advies naar aanleiding van het 82^e OMT COVID-19 aan positief tegenover dit ontwerp te staan. Ik volg in dit ontwerp een drie-sporen-beleid, waarmee ik wil realiseren dat in Nederland het testen op COVID op meer plekken, bij meer mensen kan plaatsvinden. Dat gaat stap voor stap en kan niet allemaal in één keer. Het motto van de invoering van sneltesten is: veilig, verantwoord en snel. Het testen op COVID-19 vereist namelijk naast snelheid, ook zorgvuldigheid:

⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

we willen geen verkeerde testuitslagen, die mensen onterecht ongerust maken dat ze *wel* besmet zijn (fout-positieven) of omgekeerd: mensen onterecht het gevoel geven dat ze *niet* besmet zijn (fout-negatieven).

Daarvoor is het nodig dat de juiste test op het juiste moment wordt toegepast op de juiste doelgroepen en dat de test zélf ook juist wordt afgenomen. Daarnaast: om op méér plekken méér mensen te kunnen testen is steeds eerst een goede fysieke en ICT-gekoppelde testinfrastructuur nodig en moet (geschoold) testafnamepersoneel beschikbaar zijn. Met name dat laatste is nog wel een grote hobbel, juist omdat niet zomaar iedereen en test kan afnemen. Ik verzoek u – gezien het bovenstaande – de gepresenteerde test aantallen hieronder en in de afbeelding als richtgetallen op te vatten en niet als taakstellingen. Uiteraard blijf ik bezig met het inkopen van testen en zal ik bestaande en nieuwe initiatieven blijvend faciliteren.

De drie sporen

Het ontwerp bestaat uit drie sporen: (1) de basis testinfrastructuur, (2) het aanvullende testspoor voor werkgevers en (3) thuistesten. Deze drie sporen volgen elkaar op in de tijd, maar de voorbereiding en uitvoering hiervan zullen elkaar ook deels overlappen.

1. Basis testinfrastructuur:

Er werd al heel hard gewerkt aan het verder uitbreiden van de basistestinfrastructuur, maar er is meer nodig om te (blijven) voldoen aan de vraag naar testen. Aan de huidige GGD-PCR locaties voegen we het volgende toe:

- a. Er komen circa 7 XL testlocaties, waar ruimte is voor zowel de regulier PCR-test als innovatieve sneltesten, waaronder de LAMP-test, antigeentesten, en – na validatie – de ademtest. Er zijn intensieve gesprekken gestart met Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Den Haag, Groningen en Eindhoven. Anderen zullen snel volgen. In december zullen de eerste testafnames op XL locaties van start gaan.
- b. We gaan zorgen voor extra sneltest afname locaties die fijnmaziger zijn dan de huidige locaties. Op deze 25 locaties worden speciale sneltest testlocaties ingericht, gebruik makend van de antigeen testen die inmiddels beschikbaar zijn en in de praktijk zijn gevalideerd voor mensen met klachten. Eind november worden de eerste locaties geopend, daarna volgen de andere locaties.
- c. De GGD verkent de mogelijkheden rondom het inzetten van wijkgerichte testcapaciteit. Hierbij kunnen mobiele units helpen, door deze in te zetten op plekken waar de prevalentie hoog is en/of bij uitbraken.

Deze uitbreiding en versnelling wordt gerealiseerd door drie partijen, die samen met VWS en EZK, besloten hebben nauw samen te werken. Dit betreft:

- VNO-NCW en het gezamenlijke bedrijfsleven, die de infrastructuur aanleggen voor deze extra sneltestlocaties
- de GGD-en die al van plan waren enkele XL testlocaties te gaan realiseren in grote steden voor grootschaliger testafname voor traditionele PCR testen;
- de GGD Amsterdam met TNO, die van plan waren het LAMP sneltest concept (testafnamepaviljoens beproefd in Amsterdam) op te schalen naar een XL locaties elders in het land;
- Defensie is in staat om op verzoek van VWS militairen de teststraten te laten bemensen in de opstartfase. De militairen zullen snel na de start worden vervangen door geselecteerde en opgeleide mensen die langer aan de slag kunnen.

Door de nauwe samenwerking tussen de partners kan voor de burger een goed afgestemd aanbod van extra testmogelijkheden worden geschapen dat een flinke boost kan geven aan de totale testcapaciteit in ons land.

De partijen werken samen op de IT aspecten, personeelswerving en opleiding, en eventueel het gezamenlijk beheer van de circa 7 XL locaties. De drie partijen benutten zo op complementaire wijze elkaars kracht en expertisen en geven elkaar ook de ruimte om tempo te maken. Het idee van VNO NCW om een fors aantal militairen in te zetten om de teststraten een kick-start te laten maken kon met steun van VWS door Defensie mogelijk worden gemaakt. Uiteraard geeft het Ministerie van VWS (als opdrachtgever van VNO NCW) ook op andere punten steun waar nodig aan dit gezamenlijke uitvoeringsinitiatief op praktische, bestuurlijke, technische en juridische aangelegenheden. De extra en kortstondige inzet van militairen is cruciaal voor de snelle start van de inrichtingsfase omdat de beschikbaarheid van personeel voor al deze extra locaties een punt van zorg is.

Het opschalen van de basis testinfrastructuur moet er zo snel mogelijk toe leiden dat we voor alle mensen met klachten een doorlooptijd behalen van maximaal 2x 24 uur tussen het maken van een testafspraak en het ontvangen van de uitslag. Op dat moment kan een besluit worden genomen over het uitbreiden van het testbeleid naar mensen zonder klachten die een risico hebben gelopen op besmetting.

2. Aanvullende testspoor voor werkgevers (instellingen en bedrijven): In het tweede spoor kunnen werkgevers op eigen initiatief sneltesten (met name antigeentesten) inzetten voor eigen personeel. Dit dient wel te gebeuren onder bepaalde randvoorwaarden, daar ga ik later in deze brief uitgebreid op in. Ik kan alvast vermelden dat er door het RIVM een LCI-richtlijn ontwikkeld wordt die onder andere ingaat op de eisen rondom het testen onder medisch toezicht (bijv. bedrijfsarts), melding van (positieve) uitslagen aan de GGD, veiligheidseisen, informatieplicht, het goed duiden van de uitslag van de test en scholingsvereisten bij de afname van testen. Met dit spoor wil ik dat initiatieven gericht op het open houden van het maatschappelijk en economisch leven de ruimte krijgen en ook dat werkgevers en werknemers erop kunnen vertrouwen dat de kwaliteit en veiligheid van de testen gegarandeerd is.

3. Thuis testen:

Er zal een moment aanbreken dat burgers zichzelf individueel kunnen laten testen of zichzelf kunnen testen, bijv. thuis. Dat kan pas als hiervoor gevalideerde testen zijn, wat nu nog niet het geval is. Te denken is aan de volgende mogelijkheden:

- a. burgers al dan niet begeleid individueel testen af te laten nemen of zelf af te nemen bijvoorbeeld door middel van een controle op afstand
- b. inzet sneltesten als toegang tot evenementen

Het inzetten van zelftesten is allesbehalve een gelopen race. Momenteel is nog niet mogelijk dat sneltesten thuis kunnen worden afgenomen (bijv. in werk- of privésfeer) zonder tussenkomst van een zorgprofessional. Er is een aantal zaken die erg van belang zijn in dit kader, zoals de veilige toepassing van en de interpretatie van sneltesten door leken die hier niet voor opgeleid zijn. Of en hoe we de veiligheid en kwaliteit van het gebruik van sneltesten kunnen borgen zullen we moeten onderzoeken.

Ook aan het testen voor de toegang tot evenementen zitten vele haken en ogen. Dit heeft voornamelijk te maken met de (on)zekerheid die een negatieve test uitslag geeft, die moet uiteraard heel zeker zijn, omdat er anders nog te veel kans is op veel besmettingen bij events. Het OMT waarschuwt hier in het advies naar aanleiding van het 82^e OMT COVID-19 ook voor. Zij geven aan dat we terughouden moeten zijn met

het scheppen van verwachtingen van de invoering van sneltesten voor de evenementenbranche, omdat het aannemelijk is het uitvoeren van pilots in het begin van 2021 te vroeg kan zijn. Deze waarschuwing neem ik ter harte en betrek ik in het onderzoek.

In alle sporen heeft het Ministerie van VWS (uiteraard in overleg met andere ministeries) de centrale regie over de te maken keuzes in het kader van de verantwoordelijkheid voor de bestrijding van deze A-ziekte.

De doelgroepen

De doelgroep voor alle sporen is vooralsnog «mensen met klachten».⁹ Wel worden mensen in uitbraaksituaties getest zonder klachten, zoals bij uitbraken in zorginstellingen. Hiervoor zijn twee redenen:

- er is nog geen gevalideerde sneltest voor mensen zonder klachten (validatie resultaten worden in december verwacht)
- hoewel de situatie snel verbetert, kan er de komende tijd nog sprake zijn van schaarste en wil ik bovendien overcapaciteit opbouwen

Doelgroep spoor 1:

In dit spoor kunnen alle mensen met klachten zich laten testen. Voor de zorg en onderwijs geldt dat zij de toegang tot testen met prioriteit behouden totdat de doorlooptijden terug zijn naar 2x24uur voor iedereen. Bovendien blijft het laagdrempelig testen bij uitbraken in zorginstellingen en bij kwetsbare patiënten en cliënten in instellingen mogelijk, nu nog met PCR testen, maar wanneer dit mogelijk is ook met sneltesten. Zodra het mogelijk is (doorlooptijden zijn op 2x24 uur en er is sprake van overcapaciteit), maar uiterlijk in december, wil ik het risicogericht testen van personen zonder klachten toevoegen aan het testbeleid, uiteraard na advies van het OMT en van de LCT waar het gaat om de testcapaciteit. De eerste groep die hiervoor in aanmerking komt zijn de mensen die opkomen uit het Bron- en Contactonderzoek en de Coronamelder als nauw contact van een persoon met een positieve testuitslag. In eerste instantie kunnen zij zich via de PCR laten testen. Zodra er een praktijkgevalideerde sneltest voor mensen zonder klachten is en er dus meer ruimte komt in de testcapaciteit, wordt een apart besluit genomen over welke doelgroepen zonder klachten aan de beurt komen. Een belangrijke groep die ook in beeld is om meegenomen te worden zijn inkomende reizigers van luchthavens uit hoog risico landen.

Doelgroep spoor 2:

Werkgevers voeren de sneltesten zelf en op eigen initiatief uit. Nieuwe en ook de nu al lopende initiatieven zullen gaan werken conform de LCI-richtlijn die in de maak is waarin onder andere eisen staan over de het medisch toezicht bij het hele testproces, melding van de uitslagen bij de GGD (uiteindelijk in CoronIT, op een manier die het systeem noch de werkgevers teveel belast), veilige testafname, het goed duiden van de uitslag van de test en de scholingsvereisten bij de afname van testen. Testen vinden plaats op basis van het actueel geldende testbeleid, voorlopig dus alleen mensen met klachten. Daarbij is het ook van belang om te weten of er een hertest nodig is bij een positieve of negatieve testuitslag uitslag van een antigeentest.

In totaal hebben we vanaf november 4 miljoen antigeentesten per maand ingekocht en beschikbaar. Hiervan reserveer ik er 1 miljoen voor de testen die in spoor 1 worden uitgevoerd. De rest, dus 3 miljoen testen per

⁹ Conform het advies naar aanleiding van het 82^e OMT COVID-19, het OMT geeft aan: gebruik gevalideerde sneltesten alleen bij mensen met klachten of na bekende blootstelling en zet deze niet in bij mensen zonder klachten en zonder dat de testen daarvoor gevalideerd zijn.

maand, is beschikbaar voor spoor 2. Dit moet voldoende zijn voor iedere werkgever die een eigen testfaciliteit wil oprichten en daarbij kan voldoen aan de LCI-richtlijn.

Voor werkgevers en instellingen in de zorg bestaat reeds de mogelijkheid om via het Landelijke Coördinatiepunt Hulpmiddelen (LCH) hulpmiddelen te bestellen. Ik wil het mogelijk maken dat zij dit spoor benutten om gevalideerde sneltesten te bestellen. Ik werk eraan dat deze mogelijkheid vanaf half november operationeel is.

Voor de verdeling van overige testen zal het kabinet een loket inrichten voor werkgevers in niet-zorg sectoren. Bij dat loket kunnen ze de centraal ingekochte sneltesten afnemen, mits wordt voldaan aan alle voorwaarden. Dit loket wil ik begin december operationeel hebben, ik informeer uw Kamer later verder over de uitrol van spoor 2. Uiteraard staat het partijen vrij om zelf binnen de geldende en toekomstige richtlijnen aan de slag te gaan met inkopen en uitvoeren van sneltesten.

Doelgroep spoor 3:

Indien mogelijk zal op termijn het thuis testen voor individuele burgers worden ingevoerd. Testen zal dan meer regelmatig kunnen gebeuren. Voor de zelftesten is nog geen toelating in Europa, laat staan dat er een validatie gereed is. Verder betekent (begeleid) zelftesten ook dat burgers zelf in staat moeten zijn om die testen juist af te nemen en af te lezen. Voorts zal dit een geheel andere (ICT) infrastructuur vergen (van ontvangen van de test thuis tot en met het doorgeven van de uitslag om zicht te kunnen houden op het virus). Ik zet alvast het onderzoek hiervoor in gang, zodat we dit spoor in kunnen zetten, zodra dit ook realistisch is.

Tijdslijnen

De genoemde getallen zijn richtgetallen. Als gevolg van de verderop in de brief genoemde risico's en of deze wel of niet optreden kunnen de getallen en data zowel naar boven als naar onderen afwijken van de werkelijke test aantallen. Ik verzoek u – gezien het bovenstaande – de gepresenteerde test aantallen als richtgetallen op te vatten en niet als taakstellingen. Uiteraard blijf ik bezig met het inkopen van testen en zal ik bestaande en nieuwe initiatieven blijvend faciliteren.

Spoor 1

Het streven is om begin 2021 100.000 tot 130.000 testen per dag af te kunnen nemen binnen 2x 24 uur. Uiteraard zal ik niet stoppen met verder uitbreiden waar dit mogelijk is maar dit is afhankelijk van de snelheid waarmee nieuwe vormen van testen, zoals de antigeentesten, LAMP en ademtest, kunnen worden ingezet. Ook is de beschikbaarheid van personeel en het opleiden van nieuw personeel mogelijk een beperkende factor.

Spoor 2

Er zijn al werkgevers die initiatieven hebben ontplooid of ingekocht. Ik kan momenteel geen schatting geven van de hoeveelheid testen die nu al worden uitgevoerd. Wel ben ik voornemens dat initiatieven van werkgevers die vallen binnen de prioriteiten van het kabinet vanaf december gebruik kunnen maken van de centraal ingekochte voorraad sneltesten. Dit loopt tentatief op van 10.000 tot mogelijk 50.000 per dag eind december. Bij succesvolle uitrol kan dit verder oplopen in de maanden daarna. Ik kan geen goede verwachting geven van de verdere groei in dit spoor omdat het afhankelijk is van initiatieven van werkgevers.

Ik stel in ieder geval veilig dat de centraal ingekochte voorraad antigeentesten voldoende is voor verdere groei naar 100.000 per dag vanaf januari 2021.

Spoor 3:

Uitwerking en onderzoek naar thuistesten start begin november, maar de eerste pilots kunnen op zijn vroegst eerste kwartaal 2021 starten.

Verhouding vraag – aanbod

Gebaseerd op de laatste RIVM prognose van de testvraag is mijn verwachting dat we in december en januari ruim kunnen voldoen aan de vraag. De testvraag voor COVID in december ligt rond de 90.000, terwijl de testcapaciteit – inclusief de inzet van sneltesten – hoger kan uitvallen. We houden rekening met enkele onzekerheden, zoals een stijging van de testbereidheid. Daarnaast zal ik bij een besluit om doelgroepen zonder klachten toe te laten volgens het RIVM rekening moeten houden met grote onzekerheidsmarges over de daaruit voortvloeiende testvraag (tussen de 24.000 en 64.000/dag).

Randvoorwaarden voor inzet sneltesten

Sneltesten kunnen niet zomaar ingezet worden. Dit blijkt ook uit de vragen die het OMT stelt in het advies naar aanleiding van het 81^e OMT COVID-19. Het OMT, maar ook vele andere partijen, vraagt in haar advies om een overzicht van welke sneltesten er zijn, wanneer ze beschikbaar komen en hoe en wanneer ze naar verwachting kunnen worden ingezet. Bovendien wil het OMT graag de mogelijkheid hebben om de inzet van deze testen in de landelijke aanpak mede te beoordelen. Ik zal ervoor zorgen dat het OMT hierbij betrokken wordt.

Zoals eerder in deze brief gemeld zijn er een aantal voorwaarden waaronder ik het inzetten van sneltesten wil toestaan. Ter vastlegging van de (medische) eisen waaraan het afnemen van testen bij de bedrijven en instellingen moet voldoen brengt het LCI op mijn verzoek een richtlijn uit. Deze richtlijn geldt zowel voor bedrijven en instellingen die willen werken met een PCR-test als met nieuwe vormen van testen, zoals de antigeentesten. Het RIVM zal deze richtlijn afstemmen met onder andere de IGJ en de vereniging van bedrijfsartsen. Uiteraard wordt hierbij ook het OMT betrokken. Het OMT heeft waardevolle adviezen gegeven in het advies naar aanleiding van het 82^e OMT COVID-19, ik zal het RIVM vragen die mee te nemen in het ontwikkelen van de LCI-richtlijn, maar deel deze ook met de partijen die met de verschillende sporen van de nieuwe teststrategie aan de slag zijn en gaan. In de nog te ontwikkelen richtlijn zullen naar verwachting onder andere onderstaande voorwaarden van de inzet van sneltesten ook een plek in krijgen.

- Alleen CE-gemarkeerde en volledig gevalideerde testen
- Volgens het geldende testbeleid
- Veilige afname van de testen (onder medisch toezicht, werken met PBM's, biosafety, geschoold personeel etc.)
- Melding van uitslagen bij de GGD (uiteindelijk in CoronIT, op een manier die het systeem noch de werkgevers teveel belast)
- Juiste communicatie naar burger over betekenis van de testuitslag en benodigde vervolgstappen
- Er wordt geborgd dat er hertesten plaatsvinden als dat nodig is (i.v.m. vals negatieven en vals positieven)
- Adequaar toezicht op het testen en het testproces

Toezicht op het testen en testbeleid

Vooruitlopend op een LCI-richtlijn voor het gebruik van sneltesten heeft de IGJ als toezichthouder op testen en het testbeleid op 22 oktober een nieuwsbericht naar buiten gebracht. Hierin geven zij aan dat een BIG-geregistreerde arts medisch inhoudelijk betrokken is bij het uitvoeren van coronatests op niet-GGD testlocaties. Deze arts is daarmee medisch inhoudelijk verantwoordelijk voor het goed afnemen van de testen, het duiden van de testuitslag en het doorgeven van positief geteste personen naar de GGD. Ook moeten testen in commerciële teststraten van goede kwaliteit en betrouwbaar zijn. Bij het ontbreken van een CE-markering is de veiligheid en effectiviteit van de test niet geborgd. Testen moeten worden uitgevoerd door een zorgprofessional.

De inspectie benoemt dat commerciële teststraten de GGD-testlocaties ontlasten omdat zij een snelle voor-screening kunnen doen of mensen op het moment van testen positief zijn op het coronavirus. Dit draagt bij aan het bestrijden van de huidige pandemie. Na een positieve test moeten mensen zich altijd melden bij de GGD voor een aanvullende PCR-test. Alleen met een PCR-test kan met zekerheid vastgesteld worden of iemand het virus bij zich draagt. Dit kan veranderen zodra de volledige validatie is afgerond van de verschillende sneltesten. Voor mensen die na zo'n sneltest een negatieve testuitslag krijgen, blijft het belangrijk dat zij bij klachten thuis blijven en zich aan de RIVM-voorschriften houden, omdat men nog steeds besmet kan zijn en nog klachten kan gaan ontwikkelen.

De IGJ geeft aan dat het van belang is dat klanten van commerciële aanbieders checken of er een arts betrokken is, testen een CE-markering hebben, gevalideerd zijn voor de betreffende situatie en een zorgprofessional de testen uitvoert. Misstanden kunnen gemeld worden bij de IGJ, zij zal deze meenemen in haar toezicht.

Voor het toezicht op andere initiatieven dan testen bij de GGD is het voor de IGJ ook nodig om een LCI-richtlijn te hebben waarop zij terug kunnen vallen in de toezichtspraktijk. Op die manier kunnen ze namelijk beter handhaven op het uitvoeren van de tests onder medisch toezicht, ofwel het juist ontbreken van dit medisch toezicht.

Risico's

Zoals ik al eerder aangaf zijn de genoemde getallen in het Ontwerp Fasering Testen streefgetallen en kunnen ze niet opgevat worden als een taakstelling. Dit kan ook niet anders, omdat we te maken hebben met een snel veranderende wereld, waarin zaken zowel mee als tegen kunnen vallen. Hieronder een opsomming van de risico's die kunnen optreden bij het uitvoeren van het Ontwerp Fasering Testen.

- tegenvallende validaties van sneltesten
- niet voldoende adequaat geschoold personeel en verdringingsrisico's
- niet voldoende beschikbaarheid op de markt van testen en testmateriaal
- problemen met leveranties van bestelde tests
- technische en IT-matige incidenten bij labs/afnamelocaties
- juridische obstakels (m.n. meldplicht voor niet medici en toelating zelftest)
- fraude met niet betrouwbare testen

Wie doet wat, coördinatie, regie en monitoring

De afgelopen weken heb ik een aantal stappen gezet om de regie op de testketen te versterken. Voor de uitrol van de sneltesten is er een landelijke stuurgroep sneltesten ingesteld onder regie van de LCT die de verschillende initiatieven ondersteunt en coördineert. De stuurgroep wordt gevoed door vier werkgroepen, waarvan er drie bezig zijn met validatie en methodes en de vierde werkgroep zich geheel op de uitrol van innovatieve en sneltesten in Nederland richt. Naast VWS zijn EZK, VNO-NCW, GGD-GHOR actief betrokken. De nieuwe initiatieven zoals STRIP (robotisering) en andere nieuwe veelbelovende initiatieven worden steeds meegenomen in deze werkstructuur, zodat ook de extra testcapaciteit die hierdoor ontstaat steeds vergroot kan worden.

Zoals ik u in mijn brief van 13 oktober jl. (Stand van zakenbrief COVID-19) heb gemeld wil ik van het LCDK een uitvoerende dienst van de rijks-overheid maken. De werktitel voor deze uitvoeringsorganisatie zal zijn «Dienst Testen i.o.». De Dienst Testen (in oprichting) draagt zorg voor het goed onderling aansluiten van de keten van de testen die gedaan worden in het kader van de COVID-19-epidemie. De keten bestaat uit aankoop van testen, testmaterialen en laboratoriumcapaciteit, testintake (plannen testafspraken), testafname (met de verschillende testmethoden), testmonsterverwerking (laboratoria en/of ter plaatse bij sneltesten), testanalyse en testuitslagrapportage. Het gaat zowel om de onderdelen in de keten als om de verbindingen tussen die onderdelen in de keten. Het opleveren van tijdige en juiste – kwantitatieve en kwalitatieve – informatie uit de gehele testketen, zowel naar de burger als naar de publieke organen (GGD, RIVM en VWS) is daarbij cruciaal. De Stuurgroep LCT (Landelijke Coördinatie Testketen) voert regie op de testketen door afstemming en overleg tussen de betrokken partners in de testketen, zowel tussen het Ministerie van VWS en de GGD-en als tussen beleid en uitvoering (Dienst Testen i.o.). De Dienst Testen i.o. werkt in opdracht van de Minister van VWS en geeft uitvoering aan besluiten van de LCT. De LCT werkt aan bestuurlijke afspraken tussen de Minister van VWS en de GGD GHOR om de rollen en verantwoordelijkheden te verhelderen. Dienst Testen i.o. en LCT realiseren samen met de GGD GHOR ook een frequente en betrouwbare informatiestroom in over de uitvoering van het testbeleid, met kengetallen op weekbasis.

Ik wil dat de Dienst Testen i.o. een zelfbewuste uitvoeringsorganisatie wordt met uitvoeringsautonomie en operationele slagkracht. Ik zal daartoe deze dienst voorzien van mandaat en bevoegdheden. De Dienst Testen i.o. moet toekomstvast zijn, in de zin dat deze Dienst ook mogelijke toekomstige pandemieën aankan. Daarbij moet dus speciale aandacht worden gegeven aan het snel kunnen opschalen en afschalen van (test- en lab-)capaciteit afhankelijk van de situatie.

De Dienst i.o. zal worden versterkt om goed toegerust te kunnen zijn voor zijn taak. In dat kader heb ik de heer Mark Frequin bereid gevonden om de komende maanden de rol van bestuurder van de Dienst Testen i.o. op zich te nemen. In mijn vorige voortgangsbrief heb ik u al gemeld dat ik André van der Zande heb benoemd als voorzitter van de LCT. Samen zullen zij de regie op de testketen versterken.

Met het hierboven geschetste beeld over de teststrategie, de genoemde cijfers over de afgelopen 2 weken en de richtgetallen als het gaat om het aantal testen dat ik wil kunnen uitvoeren de komende maanden, geef ik invulling aan de volgende moties en toezeggingen:

- Motie Klaver c.s. (Marijnissen, Asscher) (Kamerstuk 25 295, nr. 637), over het verhogen van de maximale testcapaciteit, met als uitgangspunt dat er overcapaciteit gecreëerd wordt;
- Toezegging aan de Kamer over het schrijven van een implementatieplan sneltesten;
- Toezegging aan de Kamer over sneltesten en asymptomatisch testen van mensen die uit BCO onderzoek naar boven komen en mensen die de app gebruiken;
- Toezegging aan de kamer over generiek inzetten van sneltesten;
- Toezegging aan Heerma over perspectief over testen en BCO in een testsamenleving;
- Toezegging aan Heerma over het geven van een winstwaarschuwing met betrekking tot het aantal sneltesten;
- Toezegging aan Jetten over het schetsen testen en traceren in de opschaling van maatregelen.

Bron- en contactonderzoek (BCO)

Met het BCO onderzoekt de GGD waar een besmet persoon het virus mogelijk heeft opgelopen, en met wie hij/zij in de besmettelijke periode in contact is geweest. Hiermee wordt de verspreiding van het virus tegengegaan. Omdat op dit moment de besmettingsgraad te hoog is om bij alle positieve besmettingen dit BCO volledig uit te voeren, zijn GGD'en overgegaan op beperkte vormen van het BCO. Met deze beperkte vormen van BCO zijn de GGD'en in staat om iedere besmetting te laten opvolgen met BCO. Dit wordt gedaan met risicogestuurd BCO waarbij de GGD een risicoschatting in welke gevallen de besmette persoon de contacten kan informeren en in welke gevallen de GGD dit het best zelf kan doen. Of met minimaal BCO, waarbij alleen de besmette persoon wordt gebeld en deze wordt ondersteund met de contactinventarisatie en gevraagd wordt naar mogelijke bronnen van besmetting. In deze minimale vorm van BCO wordt het informeren van de contacten overgelaten aan de besmette persoon zelf. Het komt voor dat het de GGD zelfs niet meer lukt dit minimaal BCO uit te voeren. Zij zal zich dan beperken tot alleen het bellen van de besmette persoon met de uitslag van de test. In de praktijk blijkt dat GGD-medewerkers alles op alles zetten om tijdens dit gesprek ook de besmette persoon te ondersteunen bij de contactinventarisatie. Het absolute minimum waarbij alleen de testuitslag wordt doorgegeven kan worden ingezet als achterstanden moeten worden ingehaald. Met de getroffen maatregelen en de ontwikkelingen rondom het testen, is de verwachting dat het aantal besmettingen weer dusdanig zal dalen dat de GGD'en in staat zijn om het BCO weer op reguliere wijze uit te voeren.

Om met deze beperktere vormen van BCO meer zicht te houden op het virus, gaat het OMT in het advies naar aanleiding van het 81^e OMT COVID-19 in op minimale registraties. De GGD'en zijn verzocht om per besmetting een minimale set aan gegevens te verzamelen en te rapporteren aan het RIVM. Dit betekent een vermindering van registratielast voor de GGD'en. De komende weken zal worden bekeken of het de GGD'en lukt om deze gegevens te registreren en of met deze minimale gegevens het zicht op het virus weer toeneemt.

Tegelijkertijd blijven de GGD'en en GGD GHOR Nederland op dit moment alles op alles zetten om de beschikbare capaciteit voor BCO op te schalen. Hiermee kunnen GGD'en vollediger BCO uitvoeren. In de roadmap testen en traceren van GGD GHOR Nederland, die ik als bijlage met mijn Kamerbrief van 13 oktober jl.¹⁰ aan uw Kamer heb gestuurd, licht GGD GHOR Nederland toe dat de capaciteit voor BCO in ieder geval tot medio

¹⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 656

december maximaal zal worden opgeschaald tot ongeveer 6.840 fte. Hiermee kan 2.720 volledig BCO per dag worden uitgevoerd, 5.500 risicogestuurd of 10.000 minimaal BCO. Uiteraard kan met deze capaciteit nog veel meer BCO worden uitgevoerd als het gesprek met de besmette persoon verder beperkt wordt. Als het echt niet anders kan, beperkt de GGD het gesprek tot het doorgeven van de uitslag aan de besmette personen. Op dit moment hebben de GGD'en en GGD GHOR Nederland ongeveer 4.500 fte beschikbaar voor BCO, zoals gezegd zijn zij daarmee in staat om alle besmettingen te laten opvolgen met een vorm van BCO.

Digitale ontwikkelingen

Er zijn ook enkele digitale ontwikkelingen die het BCO mogelijk kunnen verlichten. Uiteraard is er CoronaMelder die aanvullend werkt op het BCO. Deze app waarschuwt mensen die gedurende minimaal 15 minuten dichtbij iemand zijn geweest die besmet blijkt te zijn met COVID-19 en geeft handelingsadviezen over te treffen maatregelen. Daarnaast wordt er gewerkt aan een tweede digitale oplossing: «Oplossing 2» (werknaam). Deze digitale oplossing is bedoeld om het BCO te verkorten, de kwaliteit van de contactgegevens te vergroten en het verzamelen van gegevens te versnellen. Ik ondersteun de GGD bij het realiseren van deze app en stel hieraan dezelfde strenge eisen als aan CoronaMelder. Ik heb uw Kamer hierover op 9 oktober jl. geïnformeerd¹¹.

Met het hierboven geschetste beeld over de feiten en cijfers over testen en traceren, in de afgelopen 2 weken, de teststrategie en de stand van zaken rond het BCO geef ik net als in de vorige voortgangsbrief van 14 oktober invulling gegeven aan de motie van de leden Asscher en Jetten¹² die de regering verzoekt de kamer op de hoogte te stellen van de testcapaciteit, doorlooptijd, stand van zaken rond het BCO en de concrete inspanningen die zijn verricht om testen op voldoende niveau te krijgen. Ik blijf u hierover informeren.

Informatie over niet doorgeven uitslagen commerciële tests

Uw Kamer heeft mij op dinsdag 27 oktober gevraagd geïnformeerd te worden over het bericht dat de uitslagen van duizenden commerciële corona-testen niet meetellen in de dagelijkse updates van het RIVM, omdat deze commerciële bureaus hun resultaten niet doorgeven aan de GGD. Ik geef hieronder weer welke informatie ik daarover al kan delen op dit moment.

De Wet Publieke Gezondheid classificeert COVID-19 als een groep A ziekte. Voor een groep A ziekte bestaat meldplicht voor artsen en laboratoria. Positieve testuitslagen dienen in het kader van de WPG aan de GGD te worden doorgegeven. Momenteel zijn er naast GGD teststraten steeds meer initiatieven waar soms wel en soms geen arts bij betrokken is. We weten niet precies hoeveel testen daar worden uitgevoerd en of alle positieve testuitslagen vanuit deze initiatieven worden doorgegeven. Wanneer positieve testuitslagen van niet-GGD testlocaties, die gebruik maken van gevalideerde testen, worden gemeld bij de GGD, worden deze in principe geregistreerd. Bij twijfel over de betrouwbaarheid van de afgenomen test, adviseert de GGD te hertesten met een PCR-test. De IGJ roept initiatiefnemers op om het testen te laten plaatsvinden onder de verantwoordelijkheid van een (bedrijfs-)arts. Dan is de meldplicht altijd gewaarborgd. Op dit moment ben ik met de GGD'en in gesprek om regels op te stellen over de wijze waarop meldingen het beste gedaan kunnen

¹¹ Kamerstuk 25 295, nr. 620

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 547

worden. En heb ik het LCI verzocht met een richtlijn te komen ter vastlegging van de medische eisen waaraan de bedrijven en instellingen moet voldoen als zij zelf testen bij werknemers gaan afnemen. Zo wil ik het zicht op het virus behouden zodat we het virus effectief kunnen blijven aanpakken.

5. Quarantaine

Quarantaineondersteuning

Inmiddels is de Quarantaine gids door de VNG bij al haar leden onder de aandacht gebracht. Er wordt gemonitord welke informatie mensen opvragen naar aanleiding van het aanbod in de quarantainegids. De landelijke hulplijn van het Rode Kruis is zoals toegezegd opgeschaald. Volgens de laatste gegevens van begin oktober leidde dit nog niet direct tot een grote toename van bellers. Wel blijkt uit de eerste gegevens dat circa 30% van de mensen praktische vragen heeft, 30% heeft behoefte aan een luisterend oor, 20% heeft medische vragen en tot slot is er nog 10% die vragen heeft over tips om COVID te voorkomen.

6. Corona-app

Op zaterdag 10 oktober is CoronaMelder landelijk geïntroduceerd en vanaf dat moment is een goede toename te zien in het aantal downloads dat inmiddels is opgelopen tot 3,6 miljoen. Het aantal mensen dat melding gemaakt heeft van besmetting en daarmee andere mensen heeft gewaarschuwd dat zij mogelijk ook besmet zijn, ligt op 15.658. Op dit moment zijn dit zo'n 1.400 meldingen per dag.

Ik constateer dat er de afgelopen periode bij werkgevers in diverse sectoren onduidelijkheid bestaat over de werking van CoronaMelder, wat op een aantal plekken heeft geresulteerd in adviezen om CoronaMelder op de werkvloer niet te gebruiken. In de praktijk zal het uitzetten van CoronaMelder voor de meeste beroepsgroepen niet nodig zijn. CoronaMelder geeft (pas) een waarschuwing geeft als iemand minimaal 15 minuten dicht bij iemand is geweest die besmet blijkt te zijn met het virus. Deze persoon heeft, conform de LCI-richtlijnen, een verhoogde kans zelf besmet te zijn en het is belangrijk dat deze persoon dit weet, zodat deze maatregelen kan treffen om verdere besmetting te voorkomen. Alleen voor beroepsgroepen waar mensen langer dan 15 minuten in nabijheid van andere mensen zijn en er daadwerkelijk geen kans op besmetting is, bijvoorbeeld vanwege het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen of door het gebruik van spatschermen, kan bijvoorbeeld het uitzetten van blootstellingsmeldingen tijdens het contact of het niet meebrengen van de telefoon een optie zijn. Er wordt in overleg met Apple en Google gewerkt aan het mogelijk maken van een pauzeknop in CoronaMelder zelf.

Er blijken ook zorgen te bestaan dat CoronaMelder continu meldingen zal geven aan zorgmedewerkers die werken met corona-patiënten. Deze zorgen zijn in de regel niet nodig. Nadat een besmet persoon met behulp van de GGD via CoronaMelder contacten uit de afgelopen periode heeft gewaarschuwd, weet CoronaMelder niet meer dat melding van besmetting is gedaan. Bij het ontwerp is er vanuit gegaan dat mensen na besmetting in quarantaine gaan. Nieuwe contacten krijgen, mede vanwege privacy-by-design als uitgangspunt, ook geen notificatie van CoronaMelder en de app kan ook niet worden gebruikt als «coronapaspoort».

Zoals ik u heb toegezegd is de doorlopende evaluatie van de werking van CoronaMelder van start gegaan. In mijn volgende voortgangsbrief zal ik de eerste inzichten met uw Kamer delen.

7. Vaccin

Hoe snel de ontwikkelingen op het gebied van COVID-19 vaccins precies gaan, is niet te zeggen, omdat dit afhangt van de testuitkomsten tot en met de laatste fase, maar ook bijvoorbeeld van de toelatingsprocedure. Desalniettemin anticiperen we op het snelst denkbare scenario en volgen we de ontwikkelingen op de voet. Samen met het RIVM werk ik hard aan de implementatie van vaccins tegen COVID-19, zodat we snel kunnen beginnen met vaccineren zodra vaccins beschikbaar komen. Zo worden voorbereidingen getroffen voor de logistieke organisatie en voeren we gesprekken met verschillende uitvoerende partijen. Ook werken we aan uitgebreide en duidelijke communicatie rond het vaccineren. Communicatie begint met oog hebben voor zorgen en vragen van mensen en gaat ook over het helder presenteren van informatie over vaccins zodra deze beschikbaar is. Daarbij hebben we ook aandacht voor thema's als desinformatie.

Ten aanzien van de toediening van een vaccin, heeft de Europese Commissie de lidstaten op 15 oktober jl. geadviseerd welke doelgroepen in aanmerking komen voor vaccinatie tegen COVID-19. Tijdens het begin van de vaccinatiefase, wanneer vaccins waarschijnlijk beperkt beschikbaar zijn, adviseert de Europese Commissie keuze te maken in de volgende doelgroepen (in willekeurige volgorde): zorgmedewerkers, personen ouder dan 60 jaar, medisch kwetsbare mensen, mensen met vitale beroepen buiten de zorgsector, gemeenschappen en werkomstandigheden waar geen afstand gehouden kan worden, kwetsbare sociaaleconomische groepen en andere groepen met een hoger risico. Het kabinet heeft de Gezondheidsraad gevraagd het advies van de Europese Commissie mee te nemen in haar eigen advisering. Het advies van de Gezondheidsraad over de prioritering van doelgroepen wordt in de eerste helft van november verwacht.

8. Innovatieve behandelingen

Naast de vaccinatiestrategie zet ik mij ook intensief in voor de uitbreiding en verbetering van de behandelmethoden voor COVID-19. Mijn focus ligt op wat kansrijk is en snel beschikbaar kan komen voor de patiënt. Ik investeer vooral in (aanvullend) onderzoek en in de noodzakelijke randvoorwaarden om nieuwe behandelmethoden snel in de praktijk in te kunnen zetten. In mijn brief van 13 oktober jl. heb ik uiteengezet op welke manieren ik samen met o.a. de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), ZonMw, topsector Life Sciences and Health (LSH – via Health Holland) en het Adviespanel Innovatieve Behandelingen werk aan het verbeteren van de behandeling van coronapatiënten.

Er lopen veel nationale en internationale studies naar potentiële behandelingen. De wetenschappelijke inzichten ontwikkelen zich snel en het onafhankelijke Adviespanel Innovatieve Behandelingen COVID-19 geeft duiding aan deze ontwikkelingen¹³. Zo wordt er op dit moment door het Adviespanel o.a. gekeken naar de laatste update van de Horizonscan¹⁴ van het Zorg Instituut, met een overzicht van de geneesmiddelen voor COVID-19 die nu in ontwikkeling zijn. Per casus wordt door het advies-

¹³ zie nieuwsbericht adviespanel <https://www.rijksoverheid.nl/regering/bewindspersonen/hugode-jonge/nieuws/2020/10/14/adviespanel-innovatieve-behandelingen-COVID19>

¹⁴ Horizonscan

panel bezien wanneer en op welke manier de overheid kan helpen om een kansrijk middel zo spoedig mogelijk beschikbaar te krijgen voor patiënten in Nederland.

Antivirale middelen – Remdesivir

In recente berichtgeving over een studie onder leiding van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) worden voorlopige resultaten gemeld over vier veelgebruikte antivirale middelen. Dit Solidarity onderzoek¹⁵ werd uitgevoerd in ruim 400 ziekenhuizen in dertig landen. De studie heeft nog geen peer review ondergaan en is dus nog niet door vakgenoten van de auteurs beoordeeld. Het Adviespanel Innovatieve Behandelingen heeft dit WHO onderzoek voor ons geduid. Zij geven aan dat de wetenschappelijke inzichten over antivirale middelen tegen COVID-19 zich snel ontwikkelen. Het Solidarity onderzoek laat nu zien dat de middelen hydroxychloroquine, lopinavir en interferon geen plaats hebben in de behandeling van COVID-19, en dat hydroxychloroquine en interferon eerder kwaad dan goed doen.

Wat betreft remdesivir is volgens het adviespanel uit het Solidarity onderzoek duidelijk geworden dat de fase waarin remdesivir toegediend wordt, een cruciale factor is in de werkzaamheid van het middel. Remdesivir heeft geen, en mogelijk een negatief, effect wanneer het laat wordt ingezet, dus wanneer patiënten al beademd moeten worden. Het heeft daarentegen een positief effect wanneer het vroeg in de behandeling wordt ingezet. Dergelijke inzichten leiden continu tot aanpassingen van de behandelpraktijk door de zorgprofessionals.

In ziekenhuizen blijft – volgens de SWAB (Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid) – remdesivir een behandeloptie voor coronapatiënten¹⁶. Op dit moment krijgen we via de zogenaamde Joint Procurement inkoopprocedure van de Europese Commissie remdesivir geleverd. Nederland – en de andere EU-lidstaten – zijn nu structureel verzekerd van maandelijkse leveringen remdesivir. Voor de maand oktober zijn er leveringen aan Nederland voorzien van in totaal 40.000 doses. Daarvan zijn er tot nu toe ruim 10.600 doses uitgeleverd aan de ziekenhuizen (goed voor circa 1770 patiëntkuren). Ter vergelijking: in de maand september hebben we ruim 4900 doses uitgeleverd. Voor de maanden november en december hebben we afspraken gemaakt voor levering in november van 35.000 (ruim 5800 patiëntkuren) en in december 30.000 (5000 patiënt kuren) doses. De komende tijd wordt nauwgezet gemonitord hoe de vraag naar remdesivir zich ontwikkelt.

Zorgen voor patiënten in de curatieve sector

9. Stand van zaken curatieve sector

Actueel beeld

In de huidige situatie is er nog steeds sprake van een fors toenemend aantal COVID-patiënten die ziekenhuiszorg nodig hebben. Inmiddels zijn de eerste patiënten naar Duitsland verplaatst. Op dit moment (stand 26 oktober 2020) zijn totaal 2358 patiënten met COVID-19 in de ziekenhuizen opgenomen, dat is een stijging van 620 ten opzichte van vorige week (d.d. 19 oktober). In de afgelopen week zien we een stijging van 150 COVID-patiënten (inclusief 2 in Duitsland) op de IC en 470 COVID-patiënten op de klinische verpleegafdelingen.

¹⁵ link naar het onderzoek: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.15.20209817v1>

¹⁶ link naar «voorlopige behandelopties COVID-19» https://swab.nl/nl/COVID-19#to_45

In het landelijk beeld is te zien dat in alle regio's in Nederland de druk vanwege een groeiend patiënten aantal toeneemt. De samenwerking binnen en tussen regio's wordt steeds verder geïntensiveerd. Het Landelijk Centrum Patiënten Spreiding (LCPS) zet volop in om te zorgen voor een evenwichtige patiëntenspreiding over alle regio's heen. In de afgelopen week vonden er gemiddeld dagelijks 31 bovenregionale overplaatsingen van COVID-19 patiënten naar een ander ziekenhuis plaats.

In sommige regio's, met name in het westen van het land, is soms sprake van tijdelijke overbelasting van specifieke ziekenhuizen. Dat heeft geresulteerd in tijdelijke opnamestops op enkele spoedeisende-hulpafdelingen; en een tijdelijke opnamestop voor COVID-patiënten in het ziekenhuis in Dordrecht. In deze gevallen is de zorg voor patiënten overgenomen door andere ziekenhuizen. Ondanks de drukte in deze regio heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op dit moment geen meldingen ontvangen met betrekking tot onveilige situaties voor patiënten. Ik begrijp dat het voor de betrokkenen zeer intens is om de grote toeloop van coronapatiënten naast de reguliere zorgverlening goed te laten plaatsvinden.

Het personeel in de ziekenhuizen en bij andere zorgaanbieders zoals huisartsen staat onder hoge druk. De patiëntenaantallen blijven oplopen en de zorgverlening aan COVID-patiënten is zeer intensief. Er is sprake van een relatief hoge uitval van personeel vanwege ziekte, COVID-besmettingen of verdenkingen daarop. En het zorgpersoneel krijgt helaas steeds meer te maken met onheuse bejegening en agressie vanuit de patiënt of diens naasten. Het is begrijpelijk dat het voor patiënten ingrijpend kan zijn als zij verplaatst naar elders moeten worden of met uitstel van zorg te maken krijgen, maar agressief gedrag is richting zorgverleners is te allen tijde onacceptabel. Hoe lastig het ook is, alle inspanningen die medewerkers in de gezondheidszorg leveren, verdienen ons respect en onze steun.

Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-pandemie

De Minister voor MZS heeft bij brief van 23 oktober jongstleden uw Kamer geïnformeerd over het Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie (Kamerstukken 29 247 en 25 295, nr. 317). Met deze brief is tevens invulling gegeven aan de motie Klaver.

De huidige situatie in de gezondheidszorgsector leidt ertoe dat er in deze fase van de crisis scherpere keuzes op basis van urgentie van noodzakelijke zorgverlening moeten worden genomen. Omdat in heel Nederland op een gelijk en evenwichtig niveau uitstel van delen van planbare zorg nodig is, heeft de Minister voor MZS samen met de partijen maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat we onder deze uitzonderlijke omstandigheden het goede blijven doen. Deze maatregelen zijn gevat in een tijdelijk beleidskader voor het waarborgen van acute zorg in de COVID-19 pandemie. Zo kunnen we de kwaliteit en toegankelijkheid op peil houden van de acute zorg (voor zowel COVID als non-COVID-patiënten) en van de zorg die door moet blijven gaan om blijvende gezondheidsschade en/of het verlies van levensjaren zo veel mogelijk te voorkomen, ook wel de kritieke planbare zorg genoemd.

Hiertoe zijn in het Tijdelijk beleidskader vijf maatregelen genomen:

1. Het LCPS krijgt een meer sturende rol bij de verdeling van COVID-patiënten over het land. Zij bepalen steeds een week vooruit welke capaciteit moet worden vrijgehouden voor de COVID-zorg. Hier kunnen ziekenhuizen zich dan tijdig op voorbereiden.

2. De Federatie van Medisch Specialisten (FMS) ontwikkelt hulpmiddelen waarmee artsen, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders in de regio de juiste keuzes kunnen maken over de organisatie van de zorg.
3. De regionale samenwerking van alle zorgaanbieders en verzekeraars in de regio wordt uitgebreid, ook ten aanzien van de reguliere zorg.
4. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt in beeld welke zorg nog waar beschikbaar is, zodat de verschillende partijen hierover verantwoorde keuzes kunnen maken.
5. De zorgverzekeraars helpen met financiële arrangementen waar dat nodig is.

Met deze maatregelen wordt geborgd dat de toegang die patiënten hebben tot de zorg overal in Nederland gelijk blijft, ongeacht de regionale situatie betreffende het aantal COVID-19 besmettingen. Ik wil hierbij benadrukken dat de verlening van acute zorg niet ter discussie staat. Het is van belang dat iedereen met een zorgvraag contact op blijft nemen met de huisarts, zodat er ook zicht blijft op de lokale, regionale en landelijk zorgvraag. Alleen met dit inzicht kan de regionale zorgketen vervolgens een goede invulling geven aan ieders verantwoordelijkheid. Het kan zijn dat het contact anders vorm krijgt dan in normale tijden en dat bijvoorbeeld niet dat iedereen altijd direct langs kan komen. Maar voor iedere patiënt wordt gezien wat passend is, bijvoorbeeld met de inzet van digitale zorg. Alle inzet is erop gericht dat patiënten de best mogelijke zorg die zij nodig hebben ook blijven ontvangen.

IC-capaciteit en uitvoering Opschalingsplan

In de huidige situatie zien we dat er grote druk op de klinische verpleegbedden ontstaat vanwege de toename van het aantal COVID-patiënten en – anders dan tijdens de eerste golf – nog aanvankelijk minder op de intensive care (IC). Toch zien we nu ook op de IC's een voortdurende groei van het aantal patiënten. De prognoses duiden erop dat deze groei zowel op de verpleegafdelingen als op de IC de komende weken zal doorzetten. Uit de eerste golf bleek al dat de IC-capaciteit een cruciale factor is in de continuïteit van de zorgverlening voor zowel COVID- als non-COVID patiënten.

In normale tijden zijn er gemiddeld over alle Nederlandse ziekenhuizen gezien circa 900 IC-bedden bezet met patiënten. De totale «warme» IC-capaciteit, dus een bed inclusief personeel erbij dat klaar staat, is ongeveer 1050 bedden. De totale opschaalbare IC-capaciteit was in normale (pré-COVID) tijden circa 1150 bedden.

Een belangrijke les uit de eerste golf was dat de IC-capaciteit omhoog zou moeten ten behoeve van de zorg voor COVID-patiënten. Daarom heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg een Opschalingsplan gemaakt om de IC-capaciteit stapsgewijs omhoog te brengen. In de eerste stap gaat het om een uitbreiding van 200 bedden (tot 1350 IC-bedden) per 1 oktober. Deze extra bedden zijn inzetbaar op het moment dat het nodig is als zich daarvoor patiënten aandienen. In de tweede stap wordt beoogd om de IC-capaciteit met nog eens 350 bedden (tot 1700 bedden) uit te breiden per 1 januari 2021. Voor de gehele opschaling geldt dat de beschikbaarheid van voldoende personeel de bepalende factor is. Hier zijn – in tegenstelling tot de eerste golf – knelpunten te verwachten vanwege de hoge uitval van personeel op dit moment; en vanwege de zorgverlening aan het grote aantal COVID-patiënten op de klinische afdelingen van de ziekenhuizen.

Momenteel vindt de opschaling van de IC-bedden en klinische capaciteit in het kader van COVID-19 plaats. Zoals eerder toegezegd zou er naar een passende bekostiging voor de opschaling worden gezocht. Hiervoor is een subsidieregeling opgesteld. De ziekenhuizen ontvangen via deze regeling een vergoeding voor kosten die direct gekoppeld zijn aan de opschaling van de IC-capaciteit en klinische capaciteit in ziekenhuizen ten behoeve van de behandeling van COVID-19 patiënten. Over deze subsidieregeling is de afgelopen periode in overleggen met diverse veldpartijen, waaronder de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en in LNAZ verband meermaals gesproken. De ziekenhuizen zijn inmiddels over het model en bijbehorende details van de subsidieregeling geïnformeerd via twee webinars. Nadat de subsidieregeling in de Staatscourant is gepubliceerd zal het subsidieportaal op 2 november 2020 worden opengesteld.

Verdere opschaling van de IC-capaciteit

Op 18 mei 2020 heeft de toenmalige Minister voor MZS het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) gevraagd om een plan dat voorziet in een additioneel – bovenop de capaciteit van 1700 IC-bedden uit het Opschalingsplan – flexibel op te schalen IC-capaciteit naar circa 3000 IC-bedden. Er is verzocht om deze situatie uit te werken om – hoezeer we dit ook willen voorkomen – voorbereid te zijn op een verder toenemende vraag naar COVID-19-zorg bovenop de 1700 IC-bedden waarvoor het LNAZ het Opschalingsplan heeft opgesteld.

In reactie op dit verzoek heeft het LNAZ het bijgaand theoretisch scenario voor opschaling tot 3.000 IC-bedden «Verdere opschaling COVID-19» aan de Minister voor MZS aangeboden (zie bijlage brief Landelijke Netwerk Acute Zorg Verdere opschaling COVID-19). In de bijbehorende aanbiedingsbrief (zie bijlage brief Landelijk Netwerk Acute Zorg aan Minister opschaling IC)¹⁷ benadrukt het LNAZ dat het gaat om een theoretische exercitie. Zij licht toe dat het LNAZ geconcludeerd heeft dit theoretische scenario niet te willen aanbieden als een daadwerkelijk plan. Het betreft volgens het LNAZ namelijk geen plan dat in de praktijk moet worden gebracht. Het wekt de indruk van maakbaarheid en oneindigheid van het bieden van curatieve zorg die niet oneindig is.

Het LNAZ geeft tevens aan dat er momenteel al maximaal ingezet wordt om de IC-opschaling tot 1700 IC-bedden en de daarbij behorende klinische capaciteit conform het Opschalingsplan te realiseren. Om het personeel nu ook nog te laten werken aan nog eens een aanvullend plan, zou niet meer reëel zijn. Op korte termijn acht het LNAZ het dan ook niet realistisch dat, met name gezien de beschikbaarheid van personeel, een opschaling tot meer dan 1700 IC-bedden gerealiseerd kan worden.

Concluderend stelt het LNAZ dat een verdere opschaling van 1700 IC-bedden tot 2400 IC-bedden in Nederland op dit moment geen reëel scenario is omdat met beperkt zorgpersoneel op de korte termijn, en met behoud van kwaliteit van zorg, uitvoering in de praktijk niet haalbaar is. Aanvullend wordt de kanttekening gemaakt dat een dergelijk scenario tevens een ongewenste reductie van de reguliere zorg inhoudt die een enorme gezondheidsschade met zich meebrengt.

Ik heb begrip voor het besluit van de LNAZ. Het is een theoretische exercitie om te kijken naar verdere opschaling van de IC-capaciteit naar bijvoorbeeld 3000 bedden maar hierbij worden we begrensd door de

¹⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

werkelijkheid van de praktijk. Daarom sluit ik mij aan bij de conclusie van het LNAZ om op dit moment niet in te zetten op een verdere opschaling naar 3000 IC-bedden. Het is van groot belang dat er rekening wordt gehouden met de grenzen aan de maakbaarheid van zorg, waaronder de inzetbaarheid van personeel. Tijdens de eerste golf is een groot beroep gedaan op de zorgprofessionals. Dit heeft veel van hen gevraagd. En ook nu wordt het zorgpersoneel weer zwaar belast wordt vanwege de groeiende groep COVID-patiënten in combinatie met de overige acute en kritieke zorg die verleend moet worden. De mogelijkheden van het beschikbare personeel zijn echt niet oneindig en dat is de realiteit.

Vervolgaanpak

Volgens de prognoses voor de komende weken zal het aantal COVID-patiënten dat klinische of IC-zorg nodig heeft nog verder toenemen en naar verwachting zal er – ondanks dat de groei van het aantal besmettingen zal afnemen vanwege de maatregelen van het kabinet – een langere periode sprake blijven van hoge druk in de zorg. Het aantal COVID-patiënten in de ziekenhuizen blijft langere tijd hoog, de uitval van personeel is fors en neemt mogelijk nog verder toe, de uitstroom-mogelijkheden naar buiten het ziekenhuis kennen ook hun grenzen en steeds meer reguliere zorg zal moeten worden uitgesteld. Dat zal langdurige effecten hebben op patiënten, de zorgprofessionals en de zorginstellingen

Het kabinet geeft gevolg aan de dringende oproep van de zorgpartijen om op korte termijn aanvullende maatregelen te nemen om de continuïteit van zorg te kunnen borgen. In dit licht moet in de eerste plaats het tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-pandemie worden gezien, inclusief de stevigere sturing op de patiëntenspreiding en de andere acties die in het kader zijn opgenomen.

Daarnaast kijkt het kabinet naar verdere maatregelen. Cruciaal daarbij zijn de maatregelen om extra handen voor de zorg te regelen. Daarover informeer ik u verderop in deze brief. Verder kijkt het kabinet naar de concentratie van COVID-patiënten binnen regio's en/of op landelijk niveau, naar verhoging van de toepassing van digitale zorg en naar verdere inzet van de gehele zorgketen ten behoeve van de zorg voor COVID-19 en reguliere patiënten. In de regio Amsterdam zijn bijvoorbeeld goede initiatieven rondom de (zo snel mogelijke) inzet van de huisarts bij COVID-19 patiënten, om zoveel mogelijk te voorkomen dat patiënten uiteindelijk ziekenhuiszorg nodig hebben. Dergelijke initiatieven worden door professionals en bestuurders besproken om ook in andere regio's mogelijk te maken. Ook kijken de regio's naar de mogelijkheden om de zorg thuis aan COVID-19 patiënten verder te versterken, zodat daarmee het beroep op de ziekenhuizen kan worden verkleind. Tot slot zijn er afspraken met Duitsland, om elkaar – op basis van wederkerigheid en in geval van nood – bij te staan. In de komende tijd zal naar verwachting een grotere groep COVID-patiënten naar Duitse ziekenhuizen worden overgebracht.

10. Opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis

Conform het door de DPG-en ontwikkelde ramingsmodel zijn er landelijk minimaal 300 plekken direct beschikbaar (niveau «basis»), 550 extra plekken die binnen 72 uur in gebruik genomen moeten kunnen worden (niveau «midden») en 1150 plekken die binnen 2 weken kunnen worden gerealiseerd (niveau «hoog»). Er vindt sinds begin oktober wekelijks monitoring plaats van beschikbare en bezette plekken. De bezetting van de tijdelijk verblijfplekken (eerstelijnsverblijf) in de verpleeg- en verzor-

gingshuizen is de afgelopen 4 weken gestegen van 184 naar 550 plekken over het hele land, met een beschikbaarheid van 825 plekken (peildatum 21 oktober). Het is heel positief dat partijen in de langdurige zorg een bijdrage leveren aan deze tijdelijke zorgcapaciteit, die betaald wordt door verzekeraars. In de prognose wordt volgende week een verdere stijging voorzien naar 680 plekken, met daarna voortzetting op dat aantal. Van de 25 regio's zijn er 13 opgeschaald naar niveau «midden» en 3 regio's naar niveau «hoog», met Rotterdam-Rijnmond als meest kritische regio. De situatie wordt door GGD-GHOR.NL als beheersbaar, maar zorgelijk ingeschat. De grootste zorg betreft de personele capaciteit.

Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid

11. Kwetsbare personen

Verpleeghuizen

De huidige situatie ten aanzien van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in verpleeghuizen is op dit moment als volgt:

Verpleeghuisbewoners

- Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 26 oktober 2020) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 42, 43) het aantal nieuwe besmettingen 2.150 bedraagt. Dit aantal is zorgelijk, omdat het bijna een verdubbeling is ten opzichte van de toename in week 40 en 41.
- Ook de cijfers van Verenso laten een toename zien van het aantal besmettingen in verpleeghuizen. Verenso meldt dat cumulatief 15.987 bewoners zijn geregistreerd met (mogelijk) COVID-19 in verpleeghuizen (peildatum 27 oktober)¹⁸. Dit is een toename van 1.126 patiënten in vergelijking tot de week ervoor. Dit zijn 531 patiënten met een verdenking op COVID-19 en 595 patiënten waarbij COVID-19 middels een test is vastgesteld.
- Het RIVM schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij bijna 11.550 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ruim 3.408 mensen als overleden zijn gemeld.¹⁹ · ²⁰ Een groot deel van de mensen herstelt gelukkig, mede door de goede verzorging die zij ontvangen.
- In week 43 zijn er 116 cliënten overleden aan de gevolgen van COVID-19.
- In week 42 waren dat er 105. Gemiddeld overlijden momenteel landelijk ca. 800 personen in verpleeghuizen per week. Uit de cijfers blijkt dat bij iets minder dan 15% van de recent overledenen een besmetting was vastgesteld.

Locaties

- Het aantal verpleeghuislocaties waar één of meerdere besmettingen is gemeld is ook toegenomen. Het RIVM schat dat op dit moment bij ongeveer 538 verpleeghuislocaties sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Het gaat om het aantal verpleeghuislocaties

¹⁸ Verenso baseert haar cijfers op wat wordt vastgelegd in elektronische cliëntdossiers (ECD's) van de verpleeghuizen. Naast het aantal vastgestelde besmettingen wordt in de ECD's ook het aantal verdenkingen registreert. Omdat niet alle zorgaanbieders zijn aangesloten op deze registratie, ligt het aantal vastgestelde besmettingen lager.

¹⁹ 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.

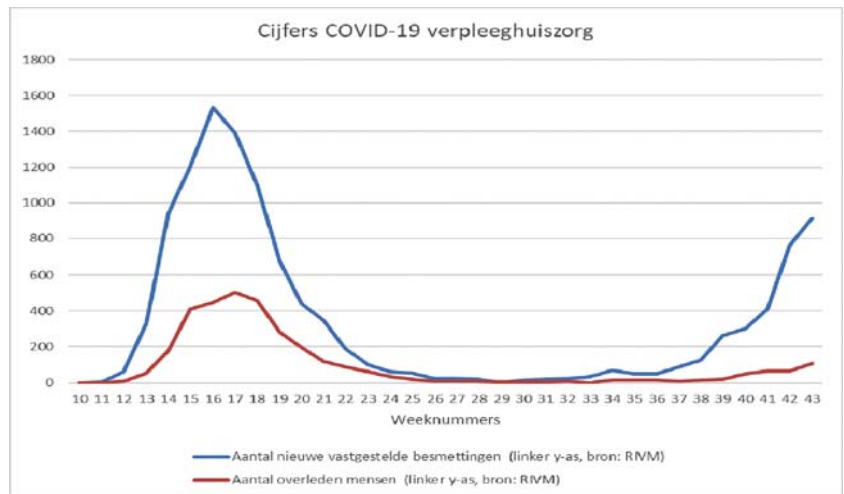
²⁰ Alle bevestigde COVID-19 besmettingen worden geregistreerd. Voor de verpleeghuizen gebeurt dit door de specialisten ouderengeneeskunde, die het melden bij de GGD. De GGD geeft de cijfers door aan het RIVM. Het RIVM beschikt niet over het aantal verdenkingen van een COVID-19 besmetting.

waar in de afgelopen 28 dagen sprake is van tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test. In de piek van de eerste golf waren besmettingen gemeld bij ruim 800 locaties.

Clusters

- Op dit moment (peildatum 23 oktober) zijn er 71 clusters (in verpleeghuizen) geregistreerd in Osiris met in totaal 727 meldingen. De mediane clustergrootte is 8,0 besmettingen. Dat betekent dat de helft van de clusters meer dan 8 en de andere helft minder dan 8 besmettingen heeft. Het cluster met de meeste besmettingen heeft 43 gerelateerde besmettingen.²¹

In onderstaande figuur is de ontwikkeling vanaf 1 maart 2020 weergegeven.



Ook in de cijfers van deze week zien we een stijging in het aantal besmettingsgevallen in verpleeghuizen. Nu de besmettingsgraad in de regio's oploopt, is de kans groter dat het virus via personeel en bezoek ook vat krijgt op bewoners van verpleeghuizen. Dat zien we helaas ook in toenemende mate gebeuren.

Wanneer zij te maken hebben met besmettingen nemen verpleeghuizen maatregelen die passen bij hun specifieke situatie met behulp van een eigen plan voor bezoek en sociaal contact. We zien dat verpleeghuizen alle zeilen moeten bijzetten om het virus aan te pakken. Dit doen ze met enorme toewijding waarbij zij de geleerde lessen uit de eerste golf omzetten in daadkracht en regie. Ik zal ze daarbij ondersteunen waar nodig.

Ik heb wekelijks overleg met de koepels van zorgaanbieders en cliëntenorganisaties in de langdurige zorg. In dit overleg komt ook de stand van zaken rond bezoek aan de orde.

²¹ Per 23 oktober heeft het RIVM de definitie van clusters aangepast. De nieuwe definitie luidt: Personen worden alleen aan elkaar gelinkt wanneer hun eerste ziekte-dagen binnen –4 tot 14 dagen van elkaar vallen (besmettelijke naar geïnfecteerde). Binnen een cluster moeten alle personen dezelfde setting hebben behalve de mogelijke bron van het cluster (deze persoon of personen zijn op een andere locatie besmet geraakt en hebben het virus meegenomen). De eerdere definitie van clusters (alle aan elkaar gelinkte gevallen ongeacht setting) wordt nu «transmissieketens» genoemd. Op basis van deze nieuwe definitie is het aantal clusters in verpleeghuizen flink lager.

Bezoekregeling verpleeghuizen

• Evaluatie door Academische Werkplaatsen Ouderenzorg

In mijn eerdere brieven aan Uw Kamer heb ik aangegeven dat de Academische Werkplaatsen in de ouderenzorg op mijn verzoek de bezoekregeling van de verpleeghuizen monitoren. Op 16 oktober 2020 hebben de Academische Werkplaatsen deze monitoring afgesloten met het opleveren van de rapportage «Klaar voor een nieuwe golf?». Op basis van monitorinformatie van 76 verpleeghuizen verspreid over 25 veiligheidsregio's zijn zij ingegaan op de ervaringen van de verpleeghuizen met de versoepelingen van de bezoekregeling. Daarnaast hebben zij in beeld gebracht in hoeverre de verpleeghuizen dusdanig klaar zijn voor de tweede golf dat het sluiten voor bezoek niet nodig is.

Uit de rapportage blijkt:

- De reguliere activiteiten in de meeste verpleeghuizen zijn weer zoveel mogelijk in gang gezet. Bewoners kunnen weer activiteiten ondernemen en ontvangen weer reguliere zorg van (para)medici. De inzet van vrijwilligers blijft echter achter, omdat zij zelf wegblijven uit het verpleeghuis. Ook valt op dat er variatie is in het omgaan met bezoek.
- Het opheffen van het bezoekverbod leidde meestal direct tot positieve effecten bij bewoners. In de nieuwe meting melden de meeste verpleeghuislocaties nog steeds positieve effecten op het welbevinden.
- Hoewel de bezoekfrequentie in de meeste locaties weer lijkt te zijn genormaliseerd, is het bezoek qua omvang wel minder dan voor COVID-19. Er zijn ook grote verschillen in bezoekregelingen tussen instellingen, gegeven de ervaringen in het verleden en de lokale situatie.
- Verder is de ervaren werkdruk van medewerkers in de meeste verpleeghuizen niet afgenomen en is het ziekteverzuim opgelopen. Vrijwilligers zijn vaak nog terughoudend actief te zijn in de huizen, gelet op hun eigen kwetsbare gezondheid.
- De verpleeghuizen zeggen voorbereid te zijn op een nieuwe golf. Daarbij gaat het om beschikbaarheid van lokale protocollen en voldoende beschermingsmiddelen zoals mondneusmaskers.
- Eén van de belangrijkste geleerde lessen van de eerste golf is dat een algemeen bezoekverbod onwenselijk is vanwege de negatieve impact op het welbevinden van bewoners, naasten en medewerkers. Verpleeghuizen zich hebben voorbereid op de tweede golf en zetten alles op alles zetten om bezoek toe te laten. Tegelijkertijd geven de verpleeghuizen ook aan dat de komende periode nog moet blijken wat de tweede golf voor hen betekent en dat dit mede bepalend is voor het open kunnen blijven voor bezoek.

De rapportage van de Academische Werkplaatsen sluit aan bij mijn brief²² over de geleerde lessen met het oog op een mogelijke tweede golf. De uitkomsten ondersteunen mijn beleid om een nieuw landelijk bezoekverbod te willen voorkomen en sluiten aan bij de handreiking die veldpartijen hebben opgesteld. Uit de rapportage blijkt ook dat zorgaanbieders soms onzeker zijn of een bezoekverbod geheel valt uit te sluiten. Ik heb de Tweede Kamer eerder bericht over het programma «leren van elkaar» dat ik samen met de ABR-zorgnetwerken, de Academische Werkplaatsen ouderenzorg, de GGD'en, ActiZ en «Waardigheid en Trots op locatie» heb ontwikkeld. Dit programma bundelt de beschikbare kennis in een «wegwijzer» waarmee zorgaanbieders kunnen nagaan of zij alles

²² Kamerstuk 25 295, nr. 461

hebben gedaan wat mogelijk is om zich voor te bereiden. Deze wegwijzer is al ruim 1.000 keer gedownload. Ook kunnen zorgaanbieders ondersteuning krijgen bij het toepassen van deze kennis.

• Reactie manifest Zorg²³ in relatie tot bezoeksregelingen
Het manifest roept op «het virus buiten te sluiten, maar niet de mensen». De ondertekenaars roepen ook op vooral in gezamenlijkheid te beslissen en in dialoog te blijven met bewoners en naasten. Ik ben het eens dat een bezoekverbod zoals in het voorjaar gold, kan leiden tot schrijnende situaties. Voor iedereen, maar zeker voor bewoners van verpleeghuizen, geldt dat menselijk contact onmisbaar is voor hun welbevinden. Ik vind het dan ook belangrijk dat zorginstellingen de regie hebben en zelf maatregelen treffen om verspreiding van het virus tegen te gaan. Zij kunnen het beste beoordelen hoe bezoek op een veilige manier en op maat mogelijk is, passend bij de lokale situatie.

De ruimte voor lokaal maatwerk is gewenst, maar verhoogt ook druk op organisaties om een goed COVID-beleid te voeren en verantwoorde beslissingen te nemen ten aanzien van bezoek, zeker nu de besmettingen in de omgeving van een locatie blijven oplopen. De brancheorganisaties en beroepsverenigingen in de verpleeghuissector hebben hiervoor een handreiking Bezoek en sociaal contact opgesteld, waarin is opgenomen dat elk verpleeghuis een plan voor bezoek maakt passend bij de lokale situatie. Daarin staat ook dat er afstemming over bezoekbeleid moet plaatsvinden met cliënten, hun naasten en personeel. De zorginstellingen streven er ook naar bezoek zoveel mogelijk op verantwoorde wijze toe te laten, al dan niet onder voorwaarden zoals inzet van mondneusmaskers, en uiteraard met inachtneming van de veilige afstand.

Ook het wetsvoorstel Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 (Kamerstuk 35 526) is erop gericht om bezoek zoveel mogelijk toe te laten. In het wetsvoorstel is vastgelegd dat de verantwoordelijkheid primair bij de zorginstellingen zelf ligt. Het amendement Van Brenk c.s. heeft dit in de wet verankerd door die verantwoordelijkheid expliciet bij de zorgaanbieders neer te leggen. Een ministeriële regeling kan (als ultimum remedium) worden opgesteld als de maatregelen van zorgaanbieders onvoldoende of onevenredig zijn. Daarnaast is met dit amendement van het lid Van Brenk c.s. geregeld dat een cliënt altijd bezoek van tenminste één familielid of naaste kan krijgen²⁴.

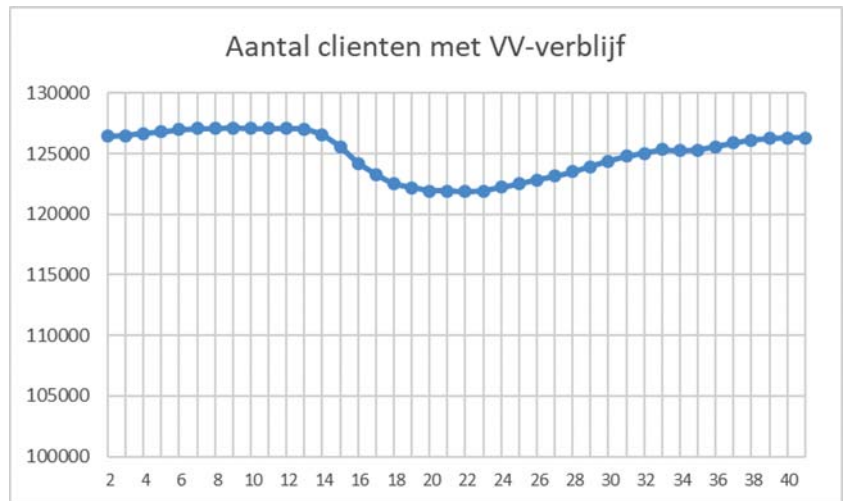
Geleverde zorg aan Wet langdurige zorg (Wlz)-cliënten

Na de eerste golf is het aantal opgenomen cliënten met ca. 5.000 is gedaald. Dat is een afname van 4% ten opzichte van de 127.000 opgenomen personen voor de eerste golf. In de zomermaanden is het aantal geleidelijk weer toegenomen door herbezetting. Deze ontwikkeling is te volgen dankzij de weekcijfers over het aantal Wlz-cliënten naar leveringsvorm die het CBS op mijn verzoek publiceert²⁵. Momenteel is er steeds sprake van ca. 800 plaatsen leegstand. Het gaat hier om de verpleeghuizen (zie grafiek).

²³ Manifest <https://www.humanistischverbond.nl/zorgmanifest/>

²⁴ Kamerstuk 35 526, nr. 38

²⁵ Het CBS publiceert wekelijks over het zorggebruik van Wlz-cliënten. Daarnaast publiceert het CBS op wekelijks over de sterfte onder de Wlz-populatie. De tabellen zijn te vinden op: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties>.



Na februari 2020 is in de Wlz breed (dus inclusief gehandicaptenzorg) ook veel minder dagbesteding en dagbehandeling gedeclareerd, met een dieptepunt in april. Dagbesteding is vaak ter vervanging van onderwijs of werk voor een cliënt die door zijn beperkingen niet in staat is om tot een vorm van dag structurering te komen. Bij dagbehandeling gaat het veelal om thuiswonende jeugdigen met een beperking die op basis van een specifiek behandeldoel leren omgaan met (de gevolgen van) hun aandoening.

Ten opzichte van de eerste 2 maanden van 2020 is in april en mei minder dan de helft aan prestaties gedeclareerd²⁶. Uit deze gegevens van de NZa blijkt dat de effecten van de maatregelen voor de thuiswonende cliënten met dagbesteding ingrijpend waren. In de zomermaanden van dit jaar is herstel zichtbaar, maar het niveau van het aantal gedeclareerde dagdelen is nog niet terug op het niveau van voor de eerste golf.

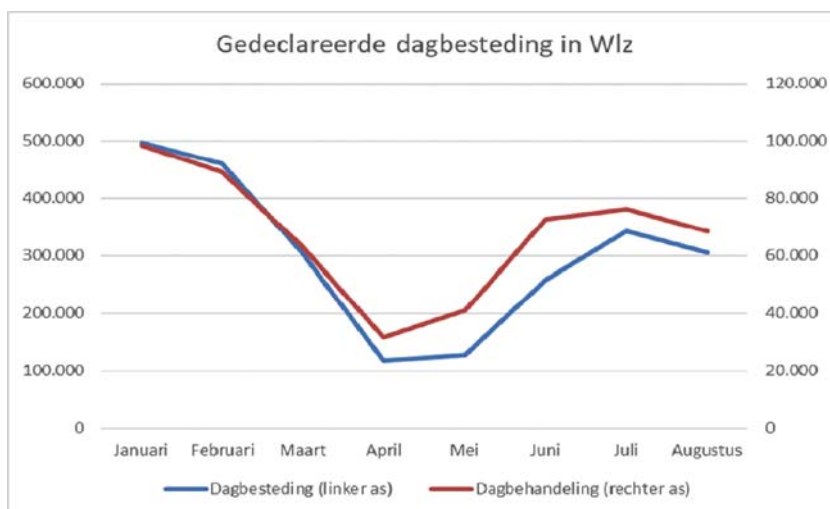
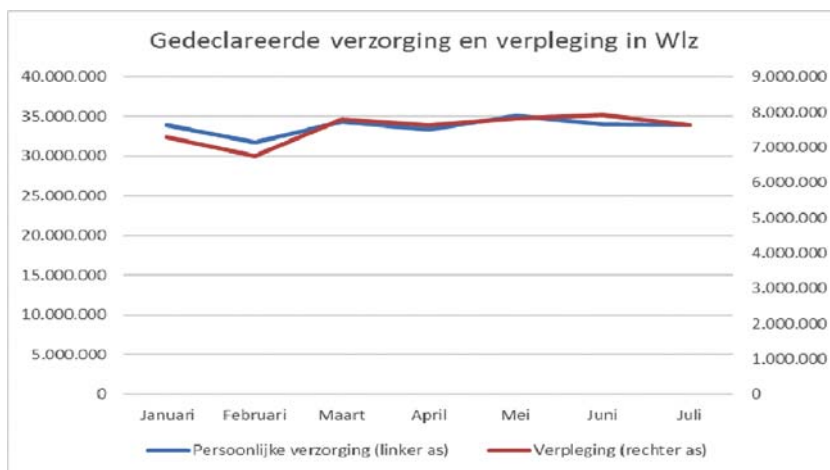
De thuiswonende ouderen in de Wlz maken vooral gebruik van persoonlijke verzorging en verpleging. Bij deze zorgvormen is het gedeclareerd aantal uren vrij stabiel gebleven. Onderstaande grafieken zijn gebaseerd op basis van gegevens van Vektis²⁷.

Meerkostenregeling Wlz

Op grond van de meerkostenregeling komen extra kosten die vanaf 1 maart 2020 zijn gemaakt voor Wlz-zorg in natura als gevolg van COVID-19 in aanmerking komen voor vergoeding. Het gaat hierbij om personele en materiële kosten die het gevolg zijn van de uitbraak van het COVID-19 virus, noodzakelijk zijn om de zorg aan Wlz-cliënten veilig en verantwoord te kunnen leveren en die niet al op een andere wijze zijn gecompenseerd. Deze meerkostenregeling loopt tot en met 31 december 2020. Met de sector ben ik in gesprek over de voortzetting van deze regeling. Hierover zal ik u in de volgende stand van zaken brief informeren.

²⁶ De NZa publiceert met enige regelmaat over recente ontwikkelingen in het zorggebruik als gevolg van de Corona-problematiek. U treft de laatste publicatie aan op: <https://magazines.nza.nl/standvandezorg/2020/12/ontwikkelingen-in-zorggebruik>.

²⁷ Bron: Vektis Zorgprisma.



Keuzes maken in de langdurige zorg

Door de dagelijkse stijging van het aantal COVID-19 besmettingen komt de reguliere zorg steeds meer onder druk te staan, ook in de ouderenzorg. Ondanks dat iedereen zich dag en nacht tot het uiterste inzet om alle zorg die nodig is te blijven leveren, is de verwachting dat zorginstellingen af moeten schalen waar mogelijk en verantwoord. ActiZ, Zorgthuisnl, V&VN en Verenso werken op dit moment samen aan een document hoe je verantwoord keuzes kunt maken ten aanzien van het regionaal/lokaal afschalen in de zorg voor ouderen. Dit document kan ondersteuning bieden bij het maken van de afspraken in ROAZ verband.

Kwetsbare ouderen thuis

Cijfers

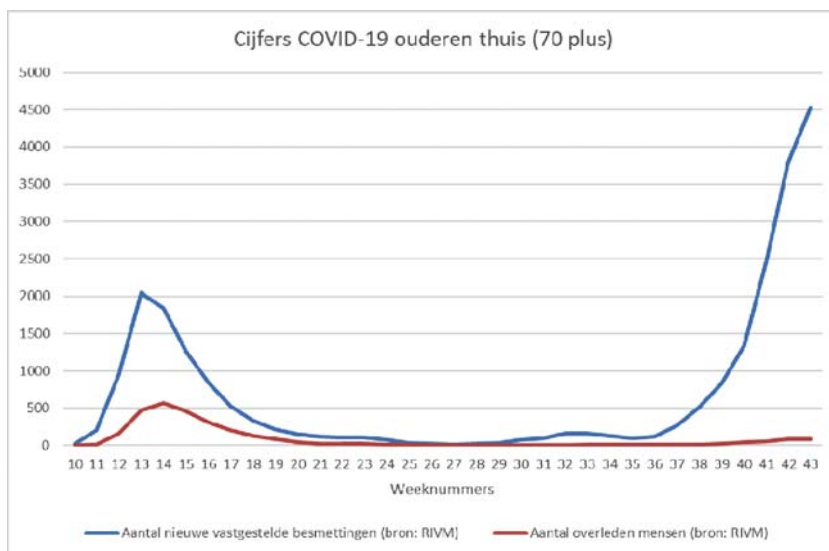
De stand van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 overlijden van ouderen thuis boven de 70 jaar is op dit moment als volgt:

- Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen bij ouderen, die ouder zijn dan 70 jaar en thuis wonen, neemt de laatste weken snel toe. Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 26 oktober 2020) blijkt dat in

de afgelopen twee weken (week 42, 43) het aantal nieuwe besmettingen ruim 8.300 bedraagt. Dit aantal is zorgelijk, omdat het meer dan een verdubbeling is ten opzichte van de toename in week 40, 41.

- Het RIVM schat dat tot nu toe bij bijna 24.000 ouderen van boven de 70 jaar en die thuis wonen²⁸ een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ongeveer 2.878 mensen als overleden zijn gemeld.²⁹ Hoeveel van deze ouderen in een kwetsbare gezondheid verkeerden of een vorm van zorg of ondersteuning thuis ontvingen, is niet bekend.

In onderstaand figuur is deze ontwikkeling weergegeven vanaf 1 maart 2020. Momenteel is het wekelijks aantal gemelde nieuwe besmettingen hoger dan tijdens de eerste golf. Reden hiervan is dat er nu veel meer wordt getest. Het aantal mensen dat komt te overlijden ligt momenteel fors lager.



Ontwikkelingen

Advies voor verschillende groepen ouderen op basis van de routekaart.

In de brief van 13 oktober jl,³⁰ heb ik uw Kamer de COVID-19 strategie voor thuiswonende ouderen toegestuurd. Inmiddels heb ik ook met RIVM de opdracht besproken de ontwikkelingen op de doelstellingen inzake de bescherming van kwetsbare ouderen in kaart te brengen. Zodoende kan gevolgd worden of de genomen maatregelen effectief zijn qua besmettingen, maar ook of de doelstellingen in de strategie voldoende gewaarborgd zijn of dat het aanpassing van de maatregelen of strategie vraagt. De eerste monitor verwacht ik eind januari 2021.

In deze brief heb ik ook aangegeven hoe ik richting een tweede golf in onze adviezen rekening houdt met de verschillen binnen de grote groep ouderen. Ik heb hierover advies gevraagd en ontvangen van prof. Hertogh, in samenwerking met andere leden van het OMT. In het advies wordt onderscheid gemaakt tussen ouderen die vitaal zijn of – om

²⁸ Thuis wonen betekent dat mensen niet in een verpleeghuis of een gehandicaptenzorginstelling wonen.

²⁹ Sinds 1 juni kan iedereen zich met klachten laten testen. Toch is het aannemelijk dat niet alle COVID-19 patiënten getest worden. De werkelijke aantallen in Nederland zijn daarom waarschijnlijk hoger dan de aantallen die hier genoemd worden. Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten opgenomen in het ziekenhuis of overleden is hoger dan het aantal opgenomen of overleden patiënten gemeld in de surveillance, omdat de surveillance gebaseerd is op de informatie op het moment van melding.

³⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 656

meerdere redenen – kwetsbaar. Uw Kamer heeft dit advies ontvangen. Inmiddels is voor het brede publiek een vertaling gemaakt (opgemaakt naar voorbeeld van de routekaart) en deze is gepubliceerd op de website van de rijksoverheid³¹.

Het gaat in op mogelijkheden voor bezoek, het doen van boodschappen en het deelnemen aan het dagelijks leven, in aanvulling op algemeen geldende maatregelen. De adviezen zijn ingeschaald naar escalatieniveau. Om de adviezen te illustreren, zijn voorbeelden gegeven hoe de adviezen voor ouderen thuis zijn te interpreteren. Dit is ook verwerkt in een overzicht wat te doen in verschillende situaties (zie bijlage: «Aanvullende corona-adviezen aan zelfstandig wonende ouderen»).

Een vergelijkbaar spoor is er ook voor mensen met een beperking. Hierover bent u reeds geïnformeerd met mijn brief van 3 juni³².

Ik houd u op de hoogte van de ontwikkelingen en resultaten uit de monitors. Hiermee wordt de motie van de leden Van der Staaij en Klaver³³ inzake de nadere concretisering voor bescherming van kwetsbare mensen en dit zo goed mogelijk in kaart te brengen, afgedaan.

Afschaling van zorg en ondersteuning thuis

We hebben op dit moment weinig signalen dat de zorg thuis (wijkverpleging dan wel Wmo ondersteuning) op grote schaal wordt afgeschaald. Er wordt in het algemeen niet zonder overleg met cliënten zorg of ondersteuning afgeschaald. Wel kan tijdelijk soms minder zorg en ondersteuning verleend worden door extra ziekte (corona) en gebrek aan vervanging van personeel. Om echter goed zicht te houden op zorg en ondersteuning thuis, ben ik met de Patiëntenfederatie in gesprek om opnieuw een enquête te houden onder cliënten thuis en ontwikkelingen strak te volgen.

Continueren dagbesteding (Wmo)

Dagbesteding is essentieel voor cliënten en hun mantelzorgers. Aanbieders hebben zich extra ingezet dagbesteding zoveel mogelijk te continueren. Wel vindt die regelmatig plaats in een afwijkende alternatieve vorm – dat ook heeft geleid tot mooie innovaties per beeldscherm bijvoorbeeld – en is het aantal dagdelen beperkter dan voor maart 2020. Cliënten hebben soms een ander beeld bij het continueren van de dagbesteding en zijn soms minder tevreden over de continuïteit en/of het geboden alternatief. Daarom is het belangrijk dat cliënt (en diens evt. begeleider) en aanbieder in gesprek blijven over wat de persoonlijke situatie is van de cliënt en wat aan dagbesteding mogelijk is binnen de huidige situatie.

Hoewel dagbesteding niet op grote schaal is afgeschaald, zijn er wel extra uitdagingen en knelpunten:

- Onvoldoende mogelijkheden om op locaties tussen iedereen 1,5 meter afstand te houden;
- Het tekort aan personeel (professionals en vrijwilligers) door het moeten werken in kleinere groepen en het oplopende ziekteverzuim door corona (quarantaine, in afwachting van test);
- Onvoldoende geschikte locaties om vaker kleinere groepen op te vangen;
- Onduidelijkheid over wat nu wel of niet onder de vergoeding van meerkosten valt;

³¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/10/22/aanvullende-adviezen-bij-zelfstandig-wonende-ouderen-bij-de-corona-routekaart>

³² Kamerstuk 25 295, nr. 386

³³ Kamerstuk 25 295, nr. 264.

- Angst van cliënten en soms ook vrijwilligers om de dagbesteding te bezoeken;
- Nu dagbesteding in mindere mate dan voor maart beschikbaar is, lopen de wachtlijsten voor nieuwe cliënten.

Er is frequent overleg tussen VWS, VNG en aanbieders van dagbesteding om deze knelpunten aan te pakken. Alle bij de dagbesteding betrokken partijen zullen zich in de komende periode maximaal inzetten om dagbesteding zoveel als mogelijk in stand te houden. Dit vereist goede samenwerking tussen inkopende partijen (gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars), aanbieders en cliëntorganisaties en goede communicatie met gebruikers en evt. begeleiders/mantelzorgers. Om de continuïteit van de dagbesteding te kunnen waarborgen hebben het Rijk, de Nza en zorgverzekeraars financiële afspraken gemaakt en gemeenten en aanbieders opgeroepen zich maximaal in te spannen om te zorgen voor zoveel mogelijk continuïteit van zorg en ondersteuning, ook daar waar het dagbesteding en -opvang van kwetsbare personen betreft. Uitgangspunt blijft: dagbesteding vindt zoveel mogelijk regulier plaats en in een aangepaste vorm waar nodig.

De signalen van de problemen bij de dagbesteding heb ik onderzocht en besproken met de VGN. Dagbesteding of een waardig alternatief lijkt in meer dan 90% gevonden te worden, daar waar dat niet gevonden wordt is een maatwerkregeling beschikbaar. In het sociaal domein hebben we afspraken gemaakt over meerkosten. Het Rijk compenseert gemeenten voor meerkosten. In die afspraken zit eveneens besloten dat we verder spreken over de compensatie in 2021. Ook hierover informeer ik u binnenkort.

Motie Segers – vrijwilligers³⁴

De coronacrisis heeft een grote weerslag op het welzijn van mensen en er is behoefte aan praktische hulp en ondersteuning. Voor het bieden van deze praktische hulp en ondersteuning zijn vrijwilligers essentieel. Vrijwilligersorganisaties en kerken hebben, met initiatieven zoals #Niet alleen, een belangrijke rol in het verzachten van de negatieve gevolgen van deze crisis. Ik ga binnenkort in gesprek met meerdere landelijk opererende vrijwilligersorganisaties zoals onder andere Present, Humanitas en de Zonnebloem hen nog beter in te zetten bij kwetsbare mensen in coronatijd. Ook willen de landelijke vrijwilligersorganisaties nog beter aansluiten huidige crisioverleggen. Hiermee geef ik invulling aan de motie van het lid Segers. In de volgende stand van zakenbrief rondom COVID-19 informeer ik uw Kamer over het gesprek en de verdere uitwerking van deze motie.

Mensen met een beperking in gehandicaptenzorginstelling

Cijfers

De situatie ten aanzien van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in instellingen voor gehandicaptenzorg is op dit moment als volgt:

- Het RIVM (peildatum 19 oktober) schat dat sinds het uitbreken van de crisis in maart bij 2.180 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, waarvan 259 mensen zijn overleden.
- Uit deze cijfers blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 41, 42) het aantal besmettingen met ruim 580 is toegenomen. Het aantal nieuwe

³⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 643

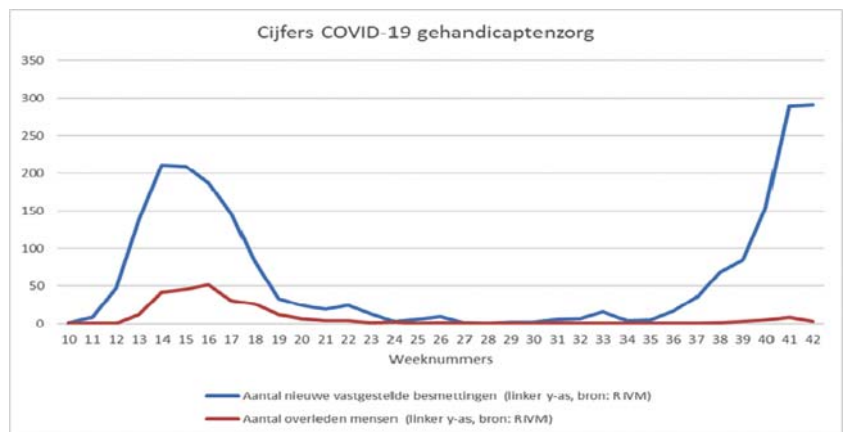
besmettingen in week 42 is vergelijkbaar met week 41. Hier vlakt de groei dus af.

- Het RIVM schat dat momenteel bij 311 instellingen voor gehandicaptenzorg, dat is ongeveer 12%, sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmetting.

Dit getal is een schatting op basis van het aantal gehandicaptenzorginstellingen waar in de afgelopen 28 dagen sprake is van tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test.

Net als bij de verpleeghuizen, geldt bij de instellingen voor gehandicaptenzorg dat het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen nog steeds stijgt. Ook neemt het aantal meldingen van «nieuwe locaties» met minimaal één vastgestelde COVID-19 besmetting toe. Dit geldt gelukkig niet voor het aantal mensen dat is overleden, dat laag is en zeer beperkt is gestegen.

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling vanaf 1 maart 2020 weergegeven. Ook hier is relevant dat nu veel meer getest wordt.



Ook in de cijfers van deze week zien we een stijging in het aantal besmettingsgevallen in gehandicaptenzorg. Wanneer de instellingen te maken hebben met besmettingen nemen zij maatregelen die passen bij hun specifieke situatie. We zien dat instellingen in de gehandicaptenzorg net als bij verpleeghuizen alle zeilen moeten bijzetten om het virus ferm aan te pakken. Ook zij zetten de geleerde lessen uit de eerste golf daarvoor in en doen hun best om bezoek en socialen contacten zoveel mogelijk toe te staan.

Handreiking bezoek en logeren gehandicaptenzorg

Tijdens de eerste maanden van de corona-crisis kregen cliënten in de gehandicaptenzorg nauwelijks bezoek van familie en naasten en werd het bezoek vaak op grote afstand, gebruik makend van ramen en schermen, vormgegeven. Ook logeren was in de meeste gevallen niet meer mogelijk. Dit had een groot effect op het welbevinden van cliënten. De partijen in de gehandicaptensector, aanbieders en cliëntenorganisaties, willen niet meer terug naar een collectieve sluiting van locaties. Uitgangspunt voor bezoek en logeren is dat het algemene beleid van een zorgorganisatie altijd wordt vertaald naar maatwerk, afgestemd op de lokale mogelijkheden. Daarbij wordt gekeken naar de geldende maatregelen en de ernst van de situatie per regio, zoals ook is weergegeven in de routekaart. Het lokale beleid wordt gemaakt in overleg met alle betrokkenen: cliënten, verwanten en zorgverleners. Deze uitgangspunten komen terug in een nieuwe handreiking voor bezoek en logeren die door de gehandicaptensector

gezamenlijk wordt gemaakt. Naar verwachting is deze handreiking binnenkort gereed.

Ik heb wekelijks overleg met de koepels van zorgaanbieders en cliëntenorganisaties in de langdurige zorg. In dit overleg komt ook de stand van zaken rond bezoek aan de orde.

Cliënten in de ggz

Hoewel er een toename van psychische klachten wordt verwacht, is dat op dit moment nog niet te zien in de cijfers. We zetten in op preventie door onder andere grote toegankelijkheid van de Luisterlijn, mensen goed te voorzien van betrouwbare informatie en hulp via het Steunpunt Coronazorgen en hun mentale gezondheid te ondersteunen met gerichte adviezen en tips. De NZa geeft aan inmiddels een teruglopend aantal verwijzingen naar de ggz te zien. Huisartsen zien het belang van continuïteit van reguliere (ggz)zorg, en het is van groot belang dat zij ook in deze tijden patiënten naar de ggz blijven doorverwijzen als dat nodig is.

Naar aanleiding van de aangescherpte maatregelen worden door partijen een beperkt aantal wijzigingen aangebracht in de richtlijn corona en ggz. Nog steeds blijft van kracht dat de behandelaar naar maatwerk streeft in de best passende vorm, samen met de patiënt en zijn naasten. Dit betekent dat een behandeling face-to-face kan plaatsvinden, met in achtname van de 1.5 m afstand en hygiënemaatregelen en instellingen de veiligheid van medewerkers en patiënten kunnen waarborgen. Daarbij is het van belang om te benoemen dat ook zorgverleners in de ggz een vitaal beroep uitoefenen waarvoor face-to-face contact vaak aangewezen is. De inzet is erop gericht om dit uitgangspunt de komende periode vast te gaan houden en dat zorgverleners passende maatregelen treffen om de zorg langs deze wijze verantwoord te laten verlopen. Ik beschouw hiermee de motie van de leden Van der Staaij en Jetten³⁵ als afgedaan.

Ventilatie

In de kamerbrief van 13 oktober jl., heb ik uw Kamer geïnformeerd over ventilatiesystemen in verpleeghuizen en in hoeverre deze voldoen aan het Bouwbesluit 2012. ActiZ heeft in overleg met VWS aangegeven dat verpleeghuizen zijn gebouwd onder deze eisen en dat bij navraag onder haar leden, teruggekoppeld is dat de ventilatiesystemen gecontroleerd en zo nodig aangepast zijn. Op basis hiervan kan gesteld worden dat de ventilatie van verpleeghuizen in algemene zin op orde is.

De VGN heeft onder een selecte groep leden een uitvraag gedaan naar de staat van de ventilatiesystemen binnen de gehandicaptensector. De groep is niet volledig representatief, maar geeft wel een redelijk beeld van de sector. Hieruit blijkt dat (1) de instellingen voldoen aan de voorschriften van het bouwbesluit en (2) de richtlijnen van het RIVM bekend zijn. Tevens geeft VGN aan dat er continu via de vastgoedbedrijven gewerkt wordt aan de vernieuwing en het onderhoud van ventilatiesystemen. Conform de richtlijnen van het RIVM is er weinig sprake van recirculatie en kan deze functie ook worden uitgezet.

In het verlengde van bovenstaande heb ik ook verschillende brancheverenigingen in de andere zorgsectoren (kleinschalige woonvoorzieningen, maatschappelijke opvang, beschermd wonen, GGZ en jeugdhulpinstellingen) gevraagd een vergelijkbare uitvraag onder de achterban te doen. Zodoende hoop ik op korte termijn een redelijk compleet beeld te kunnen geven van de stand van zaken rondom ventilatie in de (gehele) zorgsector.

³⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 636

Op basis van de resultaten van deze uitvragen, zal bekeken worden of nader onderzoek of actie noodzakelijk is. Hierover zal ik uw Kamer informeren.

Als afsluiting volgen in deze brief nog enige andere relevante onderwerpen over met betrekking tot de aanpak van COVID-19, nl de tijdelijke wet maatregelen COVID-19, de arbeidsmarkt en financiën in de zorg, Caribisch Nederland en Publiekscommunicatie.

Andere onderwerpen

12. Tijdelijke wet maatregelen COVID-19

Het wetsvoorstel tijdelijke wet maatregelen COVID-19 is dinsdag 13 oktober jl. door de Tweede Kamer aangenomen (Handelingen II 2020/21, nr. 13, stemmingen). De behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer heeft op maandag 26 oktober plaatsgevonden. De Eerste Kamer heeft het wetsvoorstel op dinsdag 27 oktober aangenomen. Het streven is dat de wet van kracht wordt per 1 december 2020.

13. Arbeidsmarkt in de zorg

Het tekort aan personeel wordt nijpender

Voor de crisis was er al een tekort aan verzorgenden en verpleegkundigen, dit tekort is tijdens de crisis nog nijpender geworden. Zo zorgt het huidige ziekteverzuim in alle sectoren voor extra druk op het personeel. Ook het feit dat het zorgpersoneel soms zelf in quarantaine moet gaan leidt tot een extra belasting, wat het belang van vlotte testprocedures en voldoende testmogelijkheden nog eens onderstreept.

De situatie is hierdoor zeer zorgelijk en daarom zetten we in op een breed pallet aan maatregelen om verpleegkundigen en verzorgenden zoveel mogelijk ontlasten.

Ik realiseer me dat het verkleinen van deze tekorten geen gemakkelijke opgave is. Initiatieven en maatregelen moeten complementair aan elkaar worden ingezet; er is immers niet één oplossing. Dit vraagt inzet van zowel werkgevers, bonden, familieleden en mantelzorgers, om in de komende tijd allen hun steentje bij te dragen. Ik ben daarover ook met sociale partners in gesprek. Uiteindelijk kunnen we het tekort, ten behoeve van de reguliere en COVID19-zorg, alleen behapbaar houden als we de krachten bundelen. Zoals ook verzocht tijdens het vorige debat (Handelingen II 2020/21, nr. 14, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus), onder andere in de door het lid Wilders ingediende motie (Kamerstuk 25 295, nr. 625), neem ik u onderstaand mee in alle initiatieven om de tekorten zo klein mogelijk te houden. Daarmee geef ik ook antwoord op de Commissiebrief dd. 20 oktober jl. inzake de oproep van Actiz om het personeelstekort aan te pakken.

– Personeelstekort integraal onderdeel van de regie op de COVID-19 zorg én reguliere zorg.

De regie op de regionale opschalingsplannen én op de reguliere zorg wordt gepakt door de ROAZ/RONAZ/GGD-GHOR en NZa. In elk van die regio's wordt – voor zover dat nog niet bestaat – één stuurgroep personeel ingericht die regionaal de regie voert. Die stuurgroep kijkt zorgbreed waar de nood het hoogst is, welke organisaties prioriteit hebben, hoe de zorg georganiseerd wordt en wat dat vraagt aan onderlinge samenwerking en delen van personeel. Ook in de overleggen met de werknemersvertegenwoordiging bespreken we diverse vraagstukken. Het is relevant dat men met elkaar in de regio's de

doorzettingmacht realiseert om aan voldoende personeel te komen. We verkennen momenteel met LOT-C, LCPS en NZa wat hier voor nodig is en hoe zij daar op landelijk niveau ondersteunend aan kunnen zijn. Het is belangrijk dat zorgbreed, dus curatieve en langdurige zorg samen, wordt geactiveerd.

- Extra Handen voor de Zorg koppelt vraag en aanbod
Wat tijdens de eerste golf is neergezet is in de afgelopen maanden geautomatiseerd en geprofessionaliseerd. Met behulp van een IT-platform worden kandidaten op basis van vaardigheden en competenties gekoppeld aan organisaties in nood. Mensen melden zich aan op www.extrahandenvoordezorg.nl. In datzelfde systeem kunnen ook organisaties een aanvraag indienen. Op basis van de gevraagde competenties/vaardigheden worden zij aan elkaar gekoppeld en vindt een gesprek plaats tussen organisaties en kandidaten om tot een arbeidsovereenkomst te komen. Extra Handen voor de Zorg staat open voor de hele zorg, inclusief de GGD's en Laboratoria. Voor een grotere slagkracht, wordt er geïnvesteerd in meer menskracht en verdere professionalisering van Extra Handen voor de Zorg. Met de uitzendbranche verkennen we of en hoe zij onder regie van Extra Handen voor de Zorg kunnen zorgen voor de screening van kandidaten en voor een warme overdracht vanuit het IT-systeem naar zorgorganisaties. Daarmee ontzorgen we de HR-afdelingen van zorgorganisaties die daar behoefte aan hebben en houden we de snelheid erin. We zien nu namelijk dat de kandidaten die vanuit Extra Handen voor de Zorg worden doorgezet naar de HR-afdelingen van zorgorganisaties, soms meer dan een week of zelfs twee weken in behandeling zijn.
- Praktijkt teams van troubleshooters ondersteunen Extra Handen voor de Zorg
De ervaring uit de eerste golf is dat er continue vragen opkomen tijdens het hele proces van mensen die zich aanmelden tot aan de daadwerkelijke inzet op de werkvloer. Dit kunnen knelpunten zijn, onduidelijkheid over wat er wel en niet mogelijk is. Van tevoren is niet precies in te schatten welke vragen opkomen, maar dat dat gaat gebeuren is zeker. Om de snelheid erin te houden organiseren we 3-5 praktijkteams en koppelen die aan Extra Handen voor de Zorg. Die teams zorgen dat alle randvoorwaarden op orde zijn en dat knelpunten worden weggenomen. Ook stimuleren die teams partijen om buiten de kaders te denken en kunnen ze indien nodig opschalen naar VWS, NZa, LCPS, LOT-C. De teams bestaan uit een combinatie van mensen vanuit VWS, vanuit de Stichting Extra Zorg Samen (1 van de initiatiefnemers van Extra Handen voor de Zorg dit voorjaar) en RegioPlus.
- We halen oud-zorgmedewerkers terug de zorg in
Afgelopen week is een social mediacampagne gestart vanuit Extra Handen voor de Zorg om oud-professionals terug naar de zorg te halen. Ook de verruiming van het kader «Inzet voormalig zorgpersoneel», zoals later nog wordt toegelicht, draagt hieraan bij. Het voorgaande geldt voor de ziekenhuiszorg, alsmede voor de zorg in andere sectoren zoals ouderenzorg, jeugdzorg en maatschappelijke opvang. Ondersteund door VNO-NCW en AWWN start vanuit Extra Handen voor de Zorg de campagne «Duty Calls», gericht op werkgevers om mensen met een zorgachtergrond ook daadwerkelijk de ruimte te geven om tijdelijk in de zorg te gaan werken. Er worden ambassadeurs ingezet vanuit de Stichting Extra Zorg Samen (1 van de initiatiefnemers van Extra Handen voor de Zorg) die actief contact zoeken met de doelgroep en die de campagne op diverse innovatieve manieren gaan ondersteunen en helpen bij het vormen regionale community's van zorgreservisten.
- Searchopdracht aan de uitzendbranche

In totaal geven nu 2195 (oud-)professionals van binnen en buiten de zorg aan per direct beschikbaar te zijn. Dat is niet voldoende bij de ontwikkelingen die we nu zien. Daarom gaan we met de uitzendsector in gesprek over een searchopdracht om personeel vanuit andere sectoren dan de zorg; naar Extra Handen voor de Zorg toe te leiden. Zowel mensen met een zorgachtergrond, mensen met zorgaffiniteit maar zonder diploma en mensen zonder achtergrond. Bijvoorbeeld buitenlandse zorgverleners, maar ook mensen vanuit sectoren die het nu zwaar hebben.

- De Nationale Zorgklas leidt op en wordt verder opgeschaald.
Met de Nationale Zorgklas leiden we in een week tijd mensen zonder zorgachtergrond op voor verzorgende taken op niveau 2. Dat deden we in het voorjaar met mensen van de KLM en het Rode Kruis en dat doen we nu met mensen uit de facilitaire sector en met Rode Kruis. We bekijken hoe we nog meer grote bedrijven aan kunnen haken en afspraken kunnen maken met sectoren. Ook hebben zorgorganisaties via de Nationale Zorgklas enkele honderden bij hun organisatie betrokken actieve vrijwilligers/mantelzorgers opgeleid om zorgtaken te kunnen uitvoeren. Nadat ze zijn opgeleid worden ze via de Extra Handen voor de Zorg gekoppeld aan zorgorganisaties die aangeven daar behoefte aan te hebben. Belangrijk hierbij te noemen is dat het gaat om basisvaardigheden. Andere handelingen waarop de opleiding niet ziet, zouden eventueel onder supervisie kunnen worden verricht, zolang er sprake is goede zorg als bedoeld in de Wkkgz. Momenteel leiden we 120 mensen per week op via de Nationale Zorgklas. De komende periode gaan we die aantallen opschroeven. Belangrijke voorwaarde hierbij is dat we er zeker van willen zijn dat mensen die de Nationale Zorgklas verlaten ook daadwerkelijk ingezet kunnen worden in de zorgsector. We kunnen de komende 12 weken doorgroeien naar het opleiden van maximaal 1000 mensen per week. Daarbij bekijken we telkens in hoeverre de mensen die zijn opgeleid ook daadwerkelijk door organisaties op een goede manier worden ingezet en of het voldoet aan de behoefte. Dit punt past ook bij de aanvullende opdracht van de Commissie Werken in de Zorg die gaat kijken naar het versoepelen van het matchingsproces en de hulp die wordt geboden bij het opstellen van de profielen.
- Mbo- en Hbo-studenten springen bij
Vanuit Extra Handen voor de Zorg zijn regionale mbo's en hbo's benaderd zodat studenten die door Corona hun stage stil zien vallen, via dit platform toch op zinvolle wijze met hun toekomstige beroep bezig kunnen zijn. Studenten verdienen een extra zakcentje en de zorg is ermee geholpen, het mes snijdt hier aan twee kanten. Voor studenten is het een leerzame ervaring die weliswaar niet een-op-een geldt als vervanging van de stage, maar waarmee mogelijk wel onderdelen van het curriculum behaald kunnen worden. Extra Handen voor de Zorg trekt met deze inzet van studenten nauw op met de Mbo-raad.
- Hulp bij uitvraag op basis van heldere profielen
Nog steeds zijn de aanvragen die Extra Handen voor de Zorg binnenkrijgt, vaak gericht op gediplomeerde zorgverleners. Die zijn helaas maar weinig beschikbaar. Vanuit Extra Handen helpen we zorgaanbieders zowel in de curatieve als de langdurige zorg met de manier waarop ze een aanvraag voor extra ondersteuning kunnen doen. We ontwikkelen met het veld op korte termijn een aantal kansrijke profielen en opleidingen voor de ziekenhuizen zodat er voldoende mensen zijn die met relatief beperkte scholing toch een aantal basisvaardigheden kunnen worden aangeleerd, waaraan in de ziekenhuizen veel behoefte is. Op basis van die profielen worden opleidingen ontwikkeld en vervolgens aangeboden via de Nationale Zorgklas. Een goed voorbeeld hoe dat kan werken zijn de buddy's die

in het St. Antoniusziekenhuis helpen met het aan- en uitkleedprocedé, met het brengen van patiënten naar de röntgenafdeling, materiaal afleveren in het lab en personeel op corona testen.

- We doen een beroep op mensen die nu (tijdelijk) zonder werk zitten
We verwachten dat mensen die nu (tijdelijk) zonder werk thuis zitten, bijvoorbeeld in de NOW regeling, net als in de eerste golf bereid zijn om een bijdrage te leveren in sectoren waar de nood hoog is. Denk aan ondersteunende functies in onder andere de zorg, bron- en contactonderzoek en testcapaciteit, maar bijvoorbeeld ook in onderwijs, kinderopvang en toezicht en handhaving bij gemeenten. We zien ook al dat dit gebeurt in de praktijk, zo heeft de Noord Nederlandse Coöperatie van Zorgorganisaties (NNCZ) afspraken gemaakt met lokale horeca over mensen die ontslagen dreigen te worden. Deze mensen kunnen een hoop ondersteunende en administratieve taken uit handen nemen van de schaarse verpleegkundigen en verzorgenden. Die aanpak wordt ondersteund vanuit ZorgpleinNoord, wij schalen dit de komende weken landelijk op. We leiden deze mensen indien nodig en gewenst op via de Nationale Zorgklas, waarna ze in de regio via Extra Handen voor de Zorg worden gekoppeld aan zorgorganisaties. We ontwikkelen een vergelijkbare route voor bijvoorbeeld bron- en contactonderzoek de testcapaciteit. Wat we nu doen voor de mensen in de horeca gaan we ook doen voor medewerkers uit de cultuur- en de reisbranche.
- Buitenlandse zorgverleners
Ik krijg regelmatig signalen dat buitenslands gediplomeerde artsen graag bijspringen in de COVID-19-zorg. Zodra buitenslands gediplomeerden artsen de erkenningsprocedure succesvol hebben doorlopen staat hun bevoegdheid en bekwaamheid vast en kunnen zij zelfstandig aan de slag. Als dit niet het geval is – omdat zij bijvoorbeeld de erkenningsprocedure nog moeten starten of doorlopen – kunnen zij nog steeds helpen. Zo kunnen zij dan onder supervisie werken van een BIG-geregistreerde arts, mits de betreffende bekwaamheid is vastgesteld tot op het niveau van de verrichting. Het vaststellen van de bekwaamheid is een professionele afweging ter plaatse, bijvoorbeeld in het ziekenhuis. Bij Extra Handen is ook een potentieel aan buitenlandse zorgverleners die graag aan de slag willen. Ik zal met ziekenhuizen in gesprek gaan of zij hier nog praktische bezwaren/moeilijkheden ervaren.
- Potentieel benutten vraagt om anders organiseren
Al deze initiatieven kunnen alleen een bijdrage leveren aan de tekorten als zorgorganisaties de zorg anders gaan organiseren en met andere ogen kijken hoe ze deze mensen een goede plek kunnen bieden en daarmee de schaarse zorgverleners ontlasten. Gebeurt dat niet, dan blijft dit potentieel en ook het potentieel van buitenlandse zorgverleners voor een deel onbenut. In drie weken tijd zijn er 959 mensen met een zorgachtergrond gekoppeld aan zorgorganisaties. Het is vervolgens aan de werkgevers om tot afspraken te komen over de inzet van deze mensen; inclusief een arbeidscontract. Dat gebeurt nog niet altijd of kost veel tijd waar door kansen blijven liggen. Van de 959 mensen die afgelopen drie weken zijn doorgezet naar zorgorganisaties zijn er 194 daadwerkelijk ingezet, 498 nog in behandeling zijn bij de HR-afdeling en 267 zijn om verschillende redenen zijn afgewezen. Dat verschil moet kleiner. Door met organisaties het gesprek aan te gaan, door op basis van goede voorbeelden te laten zien wat er kan, door te kijken wat er nodig is in verbinding met de praktijkteams en Extra Handen Punten. Ook verspreiden we met het Actie Leer Netwerk actief goede voorbeelden van organisaties waar deze mensen al op een goede manier worden ingezet. Zoals bijvoorbeeld op de IC van het St. Antoniusziekenhuis waar mensen van onder andere KLM aan de slag

zijn ter ondersteuning van de verpleegkundigen. Het kan dus en ook op een manier die de kwaliteit van de zorg niet in de weg staat.

Bijzondere aandacht voor beter benutten van potentieel

Om bovengenoemde aanpak een extra impuls te geven, hebben we aan de Commissie Werken in de Zorg gevraagd om extra in te zetten op het beter benutten van potentieel. De Commissie analyseert wat er nodig is om de matching tussen de beschikbare mensen die in de zorg willen werken en de behoeften vanuit de werkgevers te verbeteren. Op basis van die analyse komt de commissie met concrete adviezen over hoe het vraagstuk van deze «matching» op de juiste plekken aandacht te geven en om te zetten naar concrete acties voor de verschillende partijen die hierbij betrokken zijn. Doekle Terpstra zal hier als voorzitter van deze commissie, indien nodig, ook expliciet aandacht voor vragen. Dit alles in aanvulling op de bredere opdracht van de commissie Werken in de Zorg te adviseren over zowel de regionale als de landelijke arbeidsmarktaanpak in zorg en welzijn.

We zijn blij dat de Commissie Werken in de Zorg deze opdracht aanvaardt en aan bovengenoemde aanpak een bijdrage wil leveren.

Inzet van E-health ter ondersteuning van de zorgprofessionals

Middels de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) geef ik een extra impuls aan de opschaling van digitale zorg en ondersteuning voor thuiswonende kwetsbare ouderen en mensen met een chronische ziekte of beperking. De inzet van E-health geeft cliënten meer regie op hun gezondheid en geeft een betere kwaliteit van leven. De inzet van E-health kan daarnaast de belasting van zorgprofessionals verlichten en de werkdruk verminderen. Als gevolg van de coronacrisis heb ik extra geld beschikbaar gesteld om de inzet van E-health een extra impuls te geven om zo zorgaanbieders te ondersteunen in het continueren van zorg en ondersteuning. De SET COVID-19 1.0 kon op veel enthousiasme rekenen en er zijn meer dan 1.700 subsidieaanvragen ingediend. Hiervan zijn er uiteindelijk 460 gehonoreerd, waarna het subsidieplafond van € 23 miljoen was bereikt. De subsidie is door veel aanvragers gebruikt voor de inzet van beeldschermzorg. Beeldbellen maakt het niet alleen mogelijk om consulten op afstand plaats te laten vinden, maar kan ook ingezet worden met een sociaal doeleinde, bijvoorbeeld door dagbesteding.

Op dit moment kunnen aanbieders van wijkverpleging, huisartsenzorg, GGZ en ondersteuning in het kader van de Wmo-2015 gebruikmaken van de SET COVID-19 2.0. Met deze subsidieregeling is € 77 miljoen euro beschikbaar om de inzet van digitale zorg en ondersteuning in deze sectoren van een impuls te voorzien.

Veilig werken

Zorgprofessionals moeten hun werk kunnen doen in veilige omstandigheden. Daarom is het belangrijk dat medewerkers met klachten niet werken en zetten we in op voldoende testcapaciteit en voldoende beschermingsmiddelen. Uw Kamer is op 12 oktober jongstleden bericht³⁶ dat er momenteel voldoende PBM op voorraad zijn, zowel via reguliere weg als via de noodvoorziening van het LCH, om de actuele uitgangspunten en handreikingen voor het gebruik van PBM te volgen en daarvan af te wijken als de specifieke situatie op basis van eigen ervaring en beoordeling daarom vraagt. We benadrukken nogmaals hoe belangrijk het

³⁶ Zie Kamerstuk 25 295, nr. 624.

is dat de RIVM richtlijnen voor het gebruik van beschermingsmiddelen ook in de praktijk toegepast worden. Het blijft voorts belangrijk dat medewerkers een (ervaren) tekort aan beschermingsmiddelen met hun werkgever bespreken. Met de Coronamelder kunnen ook zorgprofessionals het advies krijgen om 10 dagen in quarantaine te gaan. Om veilig te kunnen werken is het belangrijk dat dit advies ook in de zorg wordt nageleefd en gerespecteerd. Dit onderstreept het belang om snel te kunnen testen. Daarom behoud ik de mogelijkheid voor zorgpersoneel om zich met prioriteit te laten testen bij de GGD-teststraten. Steeds meer zorginstellingen hebben zelf, vaak in samenwerking en/of samspraak met de GGD, het testen van personeel en cliënten ingericht, dit is heel fijn en werkt vaak snel. Het laagdrempelig testen bij uitbraken in zorginstellingen en bij kwetsbare patiënten en cliënten in instellingen mogelijk, nu nog met PCR testen, maar wanneer dit mogelijk is ook met sneltesten. We zijn hierover ook in overleg met de sociale partners. Over de verdere inzet van sneltesten verwijs ik naar het deel van de brief over testen en traceren. Ten aanzien van de werking van de Coronamelder verwijs ik naar het deel van de brief over dit onderwerp.

Veilig werken betreft ook het gedrag jegens zorgprofessionals. We ontvangen helaas geregeld signalen dat het verplaatsen van patiënten leidt tot agressie richting zorgprofessionals of dat bezoekers zich verzetten tegen de afspraken omtrent bezoek in verpleeghuizen. Daarom hechten we eraan om hier nogmaals het duidelijke signaal af te geven dat agressie en ongewenst gedrag tegen zorgverleners te allen tijde onacceptabel zijn. Zorgverleners moeten veilig zijn en zich veilig voelen zodat ze op een prettige en verantwoorde wijze hun beroep kunnen uitoefenen. Wanneer agressie toch voorkomt, dan is het essentieel dat zorgverleners goed worden opgevangen, de nazorg goed is ingericht en de dader een passende en duidelijke reactie krijgt op zijn grensoverschrijdend gedrag. Ondanks eventueel begrip voor de teleurstelling en frustratie bij de veroorzakers, blijft de boodschap om agressie te melden en aangifte te doen wanneer sprake is van grensoverschrijdend gedrag. In aanvulling op reeds bestaande wettelijke kaders en activiteiten binnen zorgsectoren, werken we met sociale partners aan een aanvullende aanpak om zorgprofessionals die te maken krijgen met agressie te ondersteunen. Dit doen we door kennis beschikbaar te stellen onder meer via de zorgbrede campagne en website «Duidelijk over agressie» en bieden we via het platform Gezond & Zeker handvatten voor het omgaan met agressie, bijvoorbeeld door het aanbod van gratis e-learnings en tips voor zorgverleners over dit onderwerp. Ook zijn er samen met de ketenpartners OM en politie afspraken gemaakt over de aanpak van agressie en geweld tegen functionarissen met een publieke taak, zoals zorgverleners. Deze Eenduidige Landelijke Afspraken zijn er om medewerkers optimaal te beschermen. Er is bijvoorbeeld opgenomen dat werkgevers aangifte kunnen doen van agressie tegen hun medewerkers, het OM zoveel mogelijk lik-op-stuk beleid hanteert en hoge prioriteit geeft aan de vervolging van agressie en geweld tegen publieke functionarissen. Als blijkt dat zorgprofessionals toch behoefte hebben aan psychosociale ondersteuning, is hiervoor via Sterk in je werk het initiatief Extra Coaching ingericht. 2000 Professionele coaches staan klaar om zorgverleners gratis laagdrempelige mentale ondersteuning te bieden. Zorgprofessionals krijgen één coach toegewezen die hen in het traject bijstaat. Voor zwaardere psychische zorg is er begeleiding mogelijk via ARQ-IVP (nationaal psychotrauma centrum).

Over zowel veilig werken als agressie tegen personeel ben ik met vakbonden en werkgeversorganisaties in gesprek.

Zorgprofessionals bestrijden niet alleen COVID-19, maar ze moeten soms ook zelf de strijd aan met COVID-19 en de gevolgen daarvan. Eerder berichtte ik over de bereidheid van het kabinet om het door de Stichting Zorg na Werk in Coronazorg (ZWIC) opgerichte steunfonds om zorgprofessionals die negatieve financiële gevolgen van het oplopen van COVID-19 ervaren, te ondersteunen. Dit via de toezegging het door particulieren en bedrijfsleven opgehaalde bedrag te verdubbelen. Ik op verzoek van uw Kamer gekeken wat op dit vlak nog meer mogelijk is en heb besloten deze toezegging te verruimen door opgehaalde bedrag (4,2 miljoen) niet alleen te verdubbelen, maar om in totaal 10 miljoen beschikbaar te stellen. In aanvulling daarop ben ik in gesprek met de Stichting ZWIC om te bezien hoe de reikwijdte en toegankelijkheid van het fonds verbreed kunnen worden opdat meer door COVID-19 getroffen zorgprofessionals profijt hebben van het fonds. Mijn ambitie is om hier nog deze herfst concrete afspraken over te maken zodat getroffen zorgprofessionals hier snel duidelijkheid over hebben.

Maatregelen in het kader van de Wet BIG

Zoals ik in mijn vorige stand van zakenbrief heb aangekondigd, overleg ik met V&VN, de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden, over of en op welke manier maatregelen uit het kader «aanvullende maatregelen inzet voormalig zorgpersoneel» aangepast kunnen worden, zodat een grotere groep voormalig verpleegkundigen bereikt kan worden. Eén van de voorwaarden voor de zelfstandige inzet van voormalig verpleegkundigen is op dit moment dat de BIG-registratie is verlopen na 1 januari 2018 en dat zijn/haar vaardigheid voldoende aanwezig is. In goed overleg met de IGJ en V&VN is deze voorwaarde gewijzigd in die zin dat de BIG-registratie is verlopen na 1 januari 2016 en dat zijn/haar vaardigheid voldoende aanwezig is. Door het jaartal met twee jaar te vervroegen zou dit in potentie bijna 1000 extra verpleegkundigen kunnen bereiken. Doordat altijd de aanvullende maatregel geldt dat de vaardigheid voldoende aanwezig is bij de zorgverlener zal dit geen negatieve impact hebben op de patiëntveiligheid. Ook de andere voorwaarden uit het oorspronkelijke kader blijven in stand. Het aangepaste kader heb ik bij deze brief gevoegd³⁷.

Mogelijkheden om zorg binnen een instelling anders te organiseren

Ik zie de druk op de zorg verder toenemen. Het is van belang dat zorginstellingen, zowel in de curatieve zorg als de langdurige zorg, zo bijtijds mogelijk maatregelen nemen om te zorgen dat de kwaliteit van zorg toch kan worden geborgd. Wees creatief in hoe je dat doet en benut de beste kansen en oplossingen. Deel als beroepsgroepen ook deze goede voorbeelden met elkaar. De maatregelen die een zorginstelling neemt dienen onderbouwd te zijn en zo nodig te worden besproken met de cliënt/patiënt. Verder vraag ik zorginstellingen het reguliere personeel zo goed mogelijk te ontlasten door waar mogelijk taken aan ondersteunend personeel uit te besteden.

Ik wil benadrukken dat als het gaat om de inzet van zorgpersoneel er veel mogelijk is binnen de grenzen van de Wet BIG en de Wkkgz. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) deelt dit beeld en benadrukt dat zorgverleners in deze unieke situatie de ruimte hebben om de zorg op afwijkende manieren te organiseren, als dit nodig is om de kwaliteit en de continuïteit van de zorg te waarborgen.

³⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

De bestuurder is en blijft eindverantwoordelijk voor het leveren van goede en veilige zorg. Dat betekent dat de bestuurder op de hoogte is van de wijze waarop de ondersteunende inzet is georganiseerd. Het is niet nodig om de inspectie vooraf te informeren of om toestemming te vragen voor de ondersteunende inzet. De inspectie is uiteraard beschikbaar om hierover met bestuurders van gedachten te wisselen.

Stand van zaken bonusregeling voor professionals in de zorg

De afgelopen periode is er een uitzonderlijke inspanning gevraagd van onze zorgprofessionals. Om deze waardering niet alleen in woord maar ook in gebaar uit te dragen, heeft het kabinet conform het verzoek van de Kamer een bonus beschikbaar gesteld voor die zorgprofessionals die in de strijd tegen COVID-19 een uitzonderlijke prestatie hebben geleverd.

Om de zorgaanbieder in de gelegenheid te stellen deze bonus aan die zorgprofessionals toe te kennen, is door het Ministerie van VWS een subsidieregeling opgesteld. De subsidieregeling biedt de zorgaanbieder de mogelijkheid om subsidie aan te vragen voor het toekennen van een bonus van € 1.000,- en de hierover verschuldigde belasting, zodat de bonus netto aan de zorgprofessionals kan worden uitgekeerd. De mogelijkheid bestaat om zowel een bonus toe te kennen aan zorgprofessionals direct in loondienst bij de zorgaanbieder als aan derden, waaronder zzp'ers, uitzendkrachten en ingehuurd schoonmaakpersoneel.

De subsidieregeling is 17 september gepubliceerd in de Staatscourant en op 18 september op de website van Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I) en de website van de rijksoverheid, samen met de toelichtende handreiking. De handreiking is beschikbaar gesteld om zorgaanbieders te helpen bij de beoordeling van de vraag welke zorgprofessionals in aanmerking komen voor de bonus. Het uitgangspunt dat de bonus is bedoeld voor zorgprofessionals die zich hebben ingezet voor patiënten en cliënten met COVID-19, en/of zorgprofessionals die hebben bijgedragen aan de strijd tegen het virus is leidend. Ter ondersteuning zijn in de handreiking twee, niet-limitatieve, lijsten opgenomen van beroepen/functie(s)(groepen) voor wie het wel dan wel niet voor de hand ligt een bonus aan te vragen volgens het ministerie. Indien er naar de mening van de zorgaanbieder redenen zijn waarom een zorgprofessional, voor wie het volgens de beroepenlijsten in de handreiking niet voor de hand ligt in aanmerking te komen voor de bonus, toch een bonus verdient, dan kan de zorgaanbieder voor die zorgprofessional de bonus aanvragen.

Het subsidieloket van DUS-I is op 1 oktober 2020 geopend. Vanaf deze datum kan de zorgaanbieder de bonus aanvragen. Het subsidieloket staat nog open tot 29 oktober. Als de subsidieaanvragen tijdig en volledig zijn ingediend, worden gegevens gecontroleerd en gaat DUS-I spoedig over tot uitbetaling van de aangevraagde subsidie. Er is hard gewerkt om de ingediende subsidieaanvragen te verwerken. Een goede controle is helaas al noodzakelijk gebleken. De eerste beschikkingen en daarbij behorende betalingen voor de bonus zijn rond 15 oktober uitgegaan. Dat is ruim binnen de wettelijke termijn van 13 weken. Ook in de afgelopen week en deze week zijn en worden er veel betalingen gedaan. Indien de subsidieaanvragen begin deze maand juist en volledig zijn ingediend, kunnen zorgaanbieders de uitbetaling van de gevraagde bonus conform onze toezegging spoedig tegemoetzien.

Zorgaanbieders die nog geen subsidieaanvraag hebben ingediend voor die zorgprofessionals die een uitzonderlijke prestatie hebben verricht in de strijd tegen COVID-19, roep ik op hierbij op alsnog een aanvraag in te dienen, dit kan nog tot en met 29 oktober. Op die wijze kunnen ook alle

zorgprofessionals waarvoor de bonus bedoeld is, deze blijk van waardering van het kabinet ontvangen. Daarbij vraag ik de zorgaanbieder om bij het indienen van de aanvraag ook uitdrukkelijk de mogelijkheid te benutten de voor hun werkzame uitzendkrachten en ZZP-ers mee te nemen in de aanvraag.

Zorgprofessionals werkzaam als PGB-zorgverlener (op grond van persoonsgebonden budget) vormen een aparte categorie in de bonusregeling. De PGB-zorgverlener verricht namelijk werkzaamheden in het kader van een zorgovereenkomst die is afgesloten tussen de PGB-zorgverlener en de budgethouder. De budgethouder is geen zorgaanbieder zoals deze is gedefinieerd in de subsidieregeling. Dat maakt dat op dit moment nog geen bonus kan worden aangevraagd voor een PGB-zorgverlener die niet via een zorgaanbieder werkzaam is, gezien de huidige systematiek van de subsidieregeling. Ook zorgverleners binnen het PGB-domein kunnen echter een uitzonderlijke prestatie hebben geleverd en dienen om die reden ook in aanmerking te kunnen komen voor een bonus.

Voor de PGB-zorgverlener wordt op dit moment een aparte uitwerking op de bonusregeling geschreven, zodat ook deze groep de mogelijkheid heeft een bonus te ontvangen. Daarop kom ik een volgende brief terug.

Beantwoording vragen bonus wetsvoorstel Belastingplan 2021

In het kader van de behandeling van het wetsvoorstel Belastingplan 2021 in uw Kamer hebben verschillende fracties vragen gesteld over de voorgestelde fiscale bepaling die het verstrekken van een netto bonus aan niet-werknemers op grond van de Subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19 (hierna: subsidieregeling) mogelijk maakt. Een aantal van deze vragen zien niet zozeer op de voorgestelde bepaling zelf, maar op de inhoud van de subsidieregeling. In de nota naar aanleiding van het verslag heeft de Staatssecretaris van Financiën³⁸ aangegeven dat ik deze vragen vanuit mijn verantwoordelijkheid voor de subsidieregeling zal beantwoorden. Die beantwoording treft u in bijlage (beantwoording belastingplan 2021-zorgbonus) aan³⁹.

14. Caribisch Nederland

Actuele ontwikkelingen COVID-19-situatie in het Caribisch deel van het Koninkrijk

De laatste gegevens van 27 oktober 2020 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

	Bonaire	St. Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)	2 (131)	0 (14)	0 (5)	282 (873)	164 (4422)	57 (789)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen (op de IC)	0 (0)	0	0 (1)	4 (2)	12 (1)	6 (0)
Aantal patiënten overleden	3	0	0	1	36	22

Het aantal actieve besmettingen op Sint Eustatius is terug op nul. De uitbraak op Bonaire is op zijn retour en op Sint Maarten lijkt er een voorzichtige daling te zijn ingezet. Ook op Aruba is het aantal positief geteste personen aan het dalen. De druk op de zorg voor COVID-19-patiënten in het ziekenhuis op Aruba neemt af.

³⁸ Kamerstuk 35 572, nr. 17.

³⁹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Op Curaçao is er sprake van een beperkte groei van het aantal nieuwe positieve casus maar dit geeft nu nog geen aanleiding tot het nemen van extra maatregelen. Begin oktober heeft VWS nog bijstand geleverd aan Curaçao voor het inrichten van een tweede teststraat en het versterken van het bron- en contactonderzoek.

15. Publiekscommunicatie (doelgroepen en brede verhaal)

In de publiekscommunicatie is aandacht besteed aan vragen over het nieuwe maatregelenpakket van 13 oktober jl. Daarnaast is verdere informatie aangeboden via verschillende kanalen. Onder meer werden tips gegeven voor thuiswerken (aandacht voor aanpassingsvermogen en lichamelijke en mentale gezondheid), winkelen en aandachtspunten en suggesties voor de herfstvakantie. In het kader van «Aandacht voor elkaar» zijn diverse persoonlijke verhalen aan de website toegevoegd.

Ondertussen werken we aan het vervolg van de centrale communicatie-aanpak voor de periode wanneer we de maatregelen weer kunnen afbouwen, waarbij een lang termijnperspectief wordt geboden. Deze aanpak, gebaseerd op adviezen ten aanzien van gewenst gedrag, moet mensen perspectief bieden over hoe om te gaan met de aanpassingen die het virus aan onze samenleving zal vragen. In de uitvoering betrekken we ook in deze fase onderzoek, communicatie- en gedragsexperts en met name de doelgroepen zelf. Dit uit zich ook door een nog intensievere samenwerking met andere organisaties bij de uitvoering van deze communicatieaanpak over het virus. Voorbeelden hiervan zijn veiligheidsregio's, gemeenten en brancheorganisaties. Daarbij blijven wij extra aandacht geven aan specifieke doelgroepen, zoals jongeren, migranten en mensen met een beperking.

Testen, traceren en thuisquarantaine

De communicatie over testen en traceren richt zich op het informeren over de uitbreiding van de testsoorten en testcapaciteit. Daarnaast is de communicatie helder en transparant over eventuele knelpunten in de testketen. Ook blijft de communicatie gericht op het belang van quarantaine zolang iemand nog niet getest is of de uitslag nog niet heeft ontvangen. De sneltesten worden een belangrijke bouwsteen binnen de strategie van testen en traceren. De ontwikkelingen op dat gebied gaan razendsnel. Communicatie heeft in deze ontwikkeling een belangrijke rol. Publiek en stakeholders moeten goed worden geïnformeerd. Zodat er duidelijkheid is over de verschillende soorten sneltesten, de mogelijkheden en de verwachtingen, alsmede de acties die mensen moeten ondernemen als zij positief worden getest. De verschillende betrokken partners in de testketen (inclusief de sneltest keten) trekken in de communicatie zo veel mogelijk gezamenlijk op: VWS, RIVM, GGD-en, GGD-GHOR, VNO-NCW en haar partners.

Persoonlijke beschermingsmiddelen

De inzet van de publiekscommunicatie over niet-medische mondkapjes is gericht op het juiste gebruik van mondkapjes. Hiervoor is een deelcampagne ontwikkeld onder de vlag «Alleen samen». Heldere communicatie over het juiste gebruik van mondkapjes blijft essentieel, temeer omdat het dringende advies om mondkapjes te dragen in publieke binnenruimte naar verwachting wordt gewijzigd naar een verplichting. De deelcampagne loopt van 14 oktober tot en met 14 december. De komende periode wordt voor dit onderwerp ook gerichte communicatie ingezet voor mensen met een beperking of chronische ziekte.

16. Overig

Sport

De afgelopen periode is eens te meer duidelijk geworden dat sport en bewegen belangrijk is voor de vitaliteit en weerbaarheid van de samenleving. Gezien de huidige epidemiologische situatie zijn 13 oktober jl. ook maatregelen genomen in de sportsector. Echter, gezien het belang van sport en bewegen zijn de maatregelen erop gericht om sportbeoefening, zij het in aangepaste vorm, mogelijk te blijven maken. Voor de jeugd is het gelukkig nog mogelijk sport op reguliere wijze te beoefenen en zijn alleen wedstrijden tegen andere verenigingen stilgezet. Voor volwassenen begrijp ik heel goed dat dit in sommige sporten, en dan vooral in teamsporten, grote aanpassingen vraagt. Desondanks is het ook voor volwassen mogelijk om actief te blijven, bij hun sportvereniging, in de fitness of elders. Dat is een groot goed en essentieel ook om toekomstige (gezondheids-)problemen te voorkomen.

Wob-verzoeken

Zoals eerder aan uw Kamer gemeld, zijn er bij mijn ministerie op dit moment 118 Wob-verzoeken ingediend over corona en in het kader hiervan zijn 800.000 documenten verzameld. De afgelopen maanden is het zoek-en-vind proces met daartoe speciaal aangekochte software ingericht. Inmiddels is dit afgerond en is ook het systeem voor de inhoudelijke beoordeling klaar om te gebruiken. Daarnaast is het proces rondom de inhuur van extra juristen ook afgerond en zijn zij inmiddels aan de slag.

Het inrichten van al deze nieuwe processen was nodig om de beleidsmedewerkers, die op dit moment nog druk bezig zijn met de crisis, zo veel mogelijk te ontlasten. Met deze nieuwe werkwijze doen wij nu voor het eerst ervaring op en dat heeft tot op heden helaas geleid tot vertraging, omdat wij onder andere tegen verschillende technische problemen zijn aangelopen. Daarnaast is de hoeveelheid documenten die over corona aanwezig zijn binnen mijn ministerie ook hoger dan van tevoren voorzien was.

Met de ingerichte systemen en de ingehuurde juristen is de verwachting dat er circa 10.000 documenten per maand beoordeeld kunnen gaan worden. Tussen die documenten kunnen nog documenten zitten die dubbel zijn of die, ondanks een zo zorgvuldig mogelijk zoekproces, buiten de reikwijdte van de ingediende Wob-verzoeken vallen.

Het besluit over de documenten uit januari 2020 zal naar verwachting in november genomen worden en het besluit over de documenten uit februari staat nu in december op de planning. Hierna volgen de documenten over de maand maart 2020. Voor deze maand zijn er 60.000 documenten gevonden binnen mijn ministerie die klaar staan voor een beoordeling. Deze documenten zijn verdeeld over verschillende categorieën en de documenten zullen openbaar gemaakt worden zodra de volledige categorie beoordeeld is. Hierbij bevatten de categorieën waarnaar de meeste Wob-verzoeken zijn ingediend (medische hulpmiddelen, testen en scenarios en maatregelen) ook de meeste documenten; variërend tussen de 10.000 en 22.000 per categorie voor maart. Gezien het feit dat om deze informatie het meest is verzocht vanuit de journalisten en de burger zal er op worden ingezet dat deze categorieën zo snel mogelijk openbaar worden gemaakt. Uitgaand van onze capaciteit zal er de openbaarmaking van deze documenten in de eerste maanden van 2021 plaatsvinden.

Alles is erop gericht om zo veel mogelijk documenten zo spoedig mogelijk openbaar te maken. Ik merk hierbij op dat de juristen voor een volledige beoordeling van de documenten afhankelijk zijn van de samenwerking met de beleidsmedewerkers, omdat zij de inhoudelijke kennis over de verschillende onderwerpen hebben. Het beoordelingsproces is op dit moment zo ingericht dat de bijdrage van de beleidsmedewerkers in verhouding tot de normale werkwijze zeer beperkt is, maar het is niet mogelijk en juridisch onverantwoord om alle documenten zonder hun input te beoordelen. Aangezien de bestrijding van de coronacrisis op dit moment de volle aandacht en tijd van deze medewerkers vraagt zou dit ertoe kunnen leiden dat – ondanks alle inspanningen – de beoordeling van de documenten onverhoopt vertraging oploopt.

Slachthuizen

De coronaomstandigheden blijven vragen om een alerte houding, ook ten opzichte van de slachthuizen. Ik noem bijvoorbeeld de recent oplaaierende brandhaarden rond slachthuizen in Duitsland. Van brandhaarden is in Nederlandse slachthuizen op dit moment gelukkig geen sprake.

Landelijke regietafel en Samenwerkingsplatform Arbeidsmigranten en COVID-19

Op 11 juni jl. heeft het «Aanjaagteam Bescherming Arbeidsmigranten» onder leiding van Emile Roemer aanbevelingen gepresenteerd om de positie van arbeidsmigranten op de korte termijn te verbeteren. Hierbij is gekeken naar de woon- en werksituatie van arbeidsmigranten. In de kabinetsreactie op de aanbevelingen van het Aanjaagteam van 3 juli jl.⁴⁰, is aangegeven dat de veiligheidsregio's, samen met de landelijke toezichthouders en de meest betrokken departementen, werken aan de inrichting van een nieuw Samenwerkingsplatform bij het Landelijk Operationeel Team Corona (LOT-C).

Met het inrichten van het Samenwerkingsplatform Arbeidsmigranten en COVID-19 (verder: Samenwerkingsplatform) en de Landelijke regietafel geef ik invulling aan de motie van het lid Ouwehand waarmee de regering wordt verzocht, vanuit het oogpunt van de volksgezondheid landelijk de regie te nemen bij het tegengaan van de verdere verspreiding van het coronavirus in de vleesindustrie⁴¹ die uw Kamer aangenomen heeft en aan de motie van het lid Van Esch waarmee de regering wordt verzocht te komen met een landelijk plan van aanpak voor de bestrijding van het coronavirus in de vleesindustrie, gericht op het voorkomen en tijdig opsporen van nieuwe brandhaarden⁴². Het plan van aanpak van het Samenwerkingsplatform treft u als bijlage aan (Bijlage – Plan van aanpak Samenwerkingsplatform arbeidsmigranten en COVID-19)⁴³.

Inmiddels is dit landelijke Samenwerkingsplatform per 1 september jl. operationeel. Het Samenwerkingsplatform voert – met respect voor de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende partijen – gecoördineerde inzetten uit, op het regionale niveau, zodat snel kan worden opgetreden bij een uitbraak in een bedrijf of een sector, zoals recent bij slachthuizen.

⁴⁰ Kamerstuk 29 861, nr. 51

⁴¹ Kamerstuk 28 286, nr. 1109

⁴² Kamerstuk 25 295, nr. 644

⁴³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Sinds 1 september jl. heeft het Samenwerkingsplatform 7 preventieve en onaangekondigde inspecties uitgevoerd, op basis van meldingen van gemeenten, Veiligheidsregio of de Inspectie SZW (stand tot en met 15 oktober jl.). Een overzicht van deze inspecties is bijgevoegd als bijlage (Bijlage – Overzicht inzetten Samenwerkingsplatform arbeidsmigranten en COVID-19)⁴⁴.

Het Samenwerkingsplatform opereert op tactisch-operationeel niveau. Naast het Samenwerkingsplatform is er ook een Landelijke Regietafel opgericht. In deze Regietafel participeren de Ministeries van VWS, LNV en SZW evenals de Veiligheidsregio, Inspectie SZW, GGD-GHOR Nederland, de NVWA en het RIVM. Indien nodig wordt dit uitgebreid met andere departementen en/of inspecties. De Regietafel wordt geïnformeerd over de bevindingen van het Samenwerkingsplatform en bespreekt, indien nodig, de belemmeringen die het Samenwerkingsplatform ondervindt bij de uitvoering van zijn activiteiten en die op nationaal, beleidsmatig niveau moeten worden opgelost.

De permanente naleving van de RIVM-richtlijnen blijft in deze sector echter wel voortdurend de aandacht vragen. Zo heeft de NVWA twee weken geleden nog besloten om de werkzaamheden op een slachthuis tijdelijk op te schorten om de noodzaak tot verbetering van de naleving van de RIVM-richtlijnen te onderstrepen. Voor alle duidelijkheid, het betrof hier geen vermoeden van een brandhaard van besmettingen.

Het lid Van Esch (PvdD) heeft in het debat op 14 oktober jl. zorgen geuit rondom hernieuwde risico's op besmettingen in slachthuizen, vanwege de stijgende trend in het aantal COVID-19-gediagnosticeerde gevallen. Mede naar aanleiding van die zorgen heb ik de landelijke regietafel bijeen geroepen om te informeren of het beeld herkend en gedeeld wordt. Het beeld van betrokken partijen in het Samenwerkingsplatform is dat er de afgelopen periode (tot 21 oktober jl.) geen signalen waren dat er, in tegenstelling tot in Duitsland, brandhaarden van besmettingen bestaan in Nederlandse slachthuizen. De afgelopen week meldde het RIVM nieuwe clusters van besmettingen, waaronder twee in twee vleesverwerkende bedrijven. Op deze locaties worden geen dieren geslacht. Ook is melding gedaan van een aantal positief geteste officiële assistenten van de Kwaliteitskeuring Dierlijke Sector (KDS). Daarnaast zijn er medewerkers op een eiproduktiebedrijf in Ochten positief getest.

Van brandhaarden is op dit moment echter geen sprake. Zoals ik al aangaf, blijft het ook in deze sector van belang alert te zijn en voortdurende aandacht te hebben voor het naleven van de corona-regels, om te voorkomen dat er opnieuw grote clusters van besmettingen ofwel brandhaarden ontstaan.

De brandhaarden die er voor de zomer waren, hebben geleid tot onder andere aanpassingen ten aanzien van het vervoer (busjes/eigen vervoer) en gezondheidschecks die worden uitgevoerd bij binnenkomst met bijvoorbeeld temperatuurmetingen en vragenlijsten. Ook zijn er aanpassingen gedaan in de ventilatie en schoonmaak en wordt gezorgd voor voldoende onderlinge afstand tijdens het werk en lunchpauzes, waar ook op wordt toegezien. Sommige slachthuizen laten zelf testen uitvoeren. Al deze maatregelen samen maken dat het risico op het ontstaan van brandhaarden in slachthuizen zo goed als mogelijk wordt beperkt.

De Inspectie SZW houdt hier toezicht op. De aanpak van de Inspectie SZW is daarbij gericht op gedragsverandering bij bedrijven en werknemers om de risico's door COVID te verkleinen. Handhaving is daarvan een

⁴⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

onderdeel. Een van de aanpassingen betreft herprioritering richting brandhaarden en de samenwerking met andere diensten, onder andere gericht op de vleessector.

Tot slot ga ik in op de aangenomen motie van het lid De Groot⁴⁵ waarin uw Kamer de regering vraagt om alles in het werk te stellen om de slachthuizen (financiële) verantwoordelijkheid te laten nemen voor een mogelijke vermindering van slachtcapaciteit als gevolg van besmetting van medewerkers van slachthuizen met COVID-19. Zoals aangekondigd in de brief van 1 juli jl.⁴⁶ is het Ministerie van LNV over deze motie in gesprek gegaan met de brancheorganisaties van de varkens- en pluimveeslachterijen en met de primaire sectororganisaties over de wijze waarop uitvoering gegeven kan worden aan de motie. In deze gesprekken kwamen verschillende zaken aan de orde waaronder het instellen van een minimumprijs voor varkensvlees door het Ministerie van LNV, inspanningen die geleverd zijn om de slachtcapaciteit zo veel mogelijk op peil te houden, het verdienvermogen van pluimvee- en varkenshouders in het algemeen, het vergroten van transparantie in de markt en het opnemen van leveringsvoorwaarden. Hieronder wordt een aantal punten nader toegelicht.

Slachterijen hebben zich ingespannen om slachtcapaciteit zoveel mogelijk op peil te houden door op andere locaties langer te slachten en extra op zaterdagen te slachten waarbij keuringscapaciteit kon worden geleverd door de NVWA. Dit is van belang in relatie tot de prijzen van in dit geval varkensvlees, maar ook om potentiële dierenwelzijnsproblemen te voorkomen. Het Ministerie van LNV en mijn ministerie hebben zich verder ingezet om de Centrale Organisatie voor de Vleessector (COV) en betrokken slachterijen te faciliteren bij hun inspanningen om de Chinese exportboycot op te heffen van slachterijen met COVID-19 besmettingen bij de medewerkers. Deze inzet heeft er toe geleid dat de prijzen van varkensvlees in Nederland niet verder zijn gedaald. Er zijn geen pluimveeslachthuizen dicht geweest.

Motie van de leden Asscher en Jetten over een plan van aanpak voor veilige scholen voor de start van de herfstvakantie.

Het kabinet acht het van groot belang dat scholen open blijven en leerlingen zoveel mogelijk fysiek onderwijs kunnen volgen. Dit is voor kinderen in de schoolgaande leeftijd essentieel voor hun cognitieve en sociale ontwikkeling. De gezondheid van leerlingen, leraren en schoolleiders staat hierbij voorop. De richtlijnen van het RIVM blijven leidend; op basis hiervan stelt de Minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs samen met de onderwijssectoren het *Service document funderend onderwijs COVID-19* op. Dit document wordt geactualiseerd indien de adviezen van het OMT hier aanleiding toe geven. Samen met de protocollen van de sectoren zelf vormt dit het kader voor het onderwijs in coronatijd. Hiermee wordt tevens opvolging gegeven aan de motie van de leden Asscher en Jetten.⁴⁷ Hiernaast heeft het Landelijk Coördinatieteam Ventilatie Scholen op 1 oktober jl. zijn rapportage uitgebracht; dit is op dezelfde dag voorzien van een appreciatie door het kabinet.⁴⁸ Over de continuïteit van onderwijs in schooljaar 2020/21 is de Kamer op 8 oktober jl. geïnformeerd.⁴⁹ Met de sector wordt hierover frequent overleg gevoerd op bestuurlijk en ambtelijk niveau; hedenmiddag heeft de Minister voor Basis- en Voort-

⁴⁵ Kamerstuk 28 286, nr. 1106

⁴⁶ Kamerstuk 28 286, nr. 1120

⁴⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 593.

⁴⁸ 2020Z17707

⁴⁹ Kamerstuk 35 570 VIII, nr. 36.

gezet Onderwijs nog met de sociale partners overlegd over de actuele situatie in het onderwijs. Hierbij betreft het kabinet ook de mogelijke inzet van extra mensen die thans zonder werk zitten bij cruciale dienstverlening in het onderwijs; dit is in lijn met de brief van de Ministers van Financiën, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Economische Zaken en Klimaat over de economische impact van het coronavirus en contact beperkende maatregelen.⁵⁰ Het kabinet blijft de situatie in het onderwijs nauwgezet volgen.

Tot slot

We kunnen niet voorspellen hoe lang het virus nog onder ons is. Dit betekent dat we moeten leren leven met het virus en manieren moeten vinden om ons leven zo goed mogelijk te leiden, ondanks de maatregelen die nodig zijn om het virus te bestrijden. We realiseren ons dat mensen worden geraakt door de maatregelen en daar is ook aandacht voor. Maar het blijft van groot belang dat iedereen zich houdt aan de maatregelen. Ons eigen gedrag is daarbij cruciaal. We hebben samen in de hand of we onze vrijheden kunnen herwinnen door de maatregelen na te leven. Hoe sneller het ons lukt om verspreiding van het virus te remmen, hoe meer ruimte we krijgen om weer meer samen te zijn. We zullen dit als samenleving met elkaar moeten volhouden, met aandacht voor elkaar.

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

⁵⁰ 2020Z19726