

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 656

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 oktober 2020

Er is al weken sprake van een sterk stijgende trend van het aantal besmettingen en een versnelling van de epidemie. Zo telden we twee weken geleden 3.000 nieuwe besmettingen per dag. Inmiddels zijn dat er bijna 7.400. Tevens laten de aantallen ziekenhuisopnames en IC-opnames een stijgende trend zien. Zo lagen twee weken geleden 690 mensen met COVID-19 in het ziekenhuis, nu zijn dat er 1.410. Ook in de verpleeghuizen is het aantal besmettingen de afgelopen twee weken meer dan verdubbeld.

Zoals in mijn eerdere brieven beschreven, is de strategie van het kabinet gericht op het maximaal controleren van het virus. In dat kader zijn drie «ankerpunten» leidend te weten een acceptabele belastbaarheid van de zorg, het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving en het zicht houden op en het inzicht hebben in de ontwikkeling van de verspreiding van het virus. Voor deze drie ankerpunten is het nodig dat het reproductiegetal (R), omlaag gaat en voor een langere periode onder de 1,0 komt.

Om het reproductiegetal omlaag te brengen, is het naleven van de maatregelen van groot, en in ieders, belang. Ieders gedrag blijft hetgeen waar we als samenleving het verschil mee kunnen maken. Als iedereen zich aan de basisregels houdt, zoveel mogelijk thuis werkt, regelmatig de handen wast, anderhalve meter afstand houdt, drukte vermijdt, zich laat testen bij klachten en in quarantaine gaat als nodig is, dan kunnen we het virus bedwingen.

De verwachting was dat de genomen maatregelen van 29 september jl. effect zouden hebben: eerst door de curve af te laten vlakken en daarna door de curve om te buigen. De gewenste trendbreuk is vooralsnog niet zichtbaar. Dit is aanleiding geweest voor het kabinet om zich door het Outbreak Management Team (OMT) te laten adviseren over de effecten

van de genomen maatregelen en de te nemen maatregelen. Het advies is bijgevoegd bij deze brief¹.

We realiseren ons dat de impact van de maatregelen op de samenleving groot is en effect heeft op ons allemaal, voor jong en oud. Afstand houden en sociale contacten beperken, bijvoorbeeld bij verjaardag of bruiloft, vraagt enorm veel van iedereen. We hebben met elkaar de maatschappelijke verantwoordelijkheid om alert te zijn op de gevolgen van de huidige situatie, zoals eenzaamheid en psychische druk die veel mensen voelen. Op 6 oktober is de landelijke campagne «aandacht voor elkaar» van start gegaan om eenieder te steunen in deze periode en aandacht te hebben voor kwetsbaren in de samenleving.

Daarnaast zal een herdenkingsdag georganiseerd worden om de slachtoffers van deze pandemie te herdenken.

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 allereerst in op de huidige epidemiologische situatie, aanvullende maatregelen, de routekaart en gereedschapskist (paragraaf 1).

Vervolgens breng ik u op de hoogte van de doorontwikkeling van het dashboard (paragraaf 2), de stand van zaken rond testen en traceren (paragraaf 3), het quarantainepakket (paragraaf 4), de Corona-app (paragraaf 5), de ontwikkelingen richting het vaccin (paragraaf 6). In de laatste paragraaf van dit deel zal ik nader ingaan op innovatieve behandelingen (paragraaf 7). Dan volgt een deel van de brief dat gaat over COVID-19 in de zorg, met als onderwerpen zorg voor patiënten in de curatieve sector (paragraaf 8), stand van zaken curatieve zorg (paragraaf 9) reguliere zorg (paragraaf 10) en persoonlijke beschermingsmiddelen (paragraaf 11). Als laatste volgt een deel over de bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid (paragraaf 12). Tenslotte zijn als afsluiting in de brief nog andere onderwerpen opgenomen, namelijk arbeidsmarktbeleid (paragraaf 13), Caribisch Nederland (paragraaf 14), herdenkingsdag corona (paragraaf 15), publiekscommunicatie (paragraaf 16) en overige (paragraaf 17).

Ik stuur u deze brief mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid, de Minister voor Medische Zorg en Sport en de staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Met deze brief voldoe ik aan:

1. Motie van het lid Jetten van 30 september 2020 (Kamerstuk 25 295, nr. 591).
2. Toezegging aan de leden van der Staij/Jetten voor de resultaten van de doorrekening van scenario's voor intensiever preventief gebruik van PBM in verpleeghuizen eind september aan TK te sturen.
3. De motie van de leden Asscher en Jetten 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 (Kamerstuk 25 295, nr. 547).
4. Toezegging aan het lid Dik-Faber welke wijze de wijziging in WHO-richtlijnen is betrokken bij de LCI-richtlijn van het RIVM.
5. Antwoord/uitvoering gegeven aan motie Asscher (Kamerstuk 25 295, nr. 474).

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

6. Toezegging het lid Wilders aantal besmettingen horeca om in deze voortgangsbrief nader in te gaan op de besmettingen in de horeca.
7. Toezegging in het Kamerdebat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus op 30 september (Handelingen II 2020/21, nr. 8, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus) om een overzicht te geven van het aantal strafrechtelijke boetes dat tussen 31 augustus en 27 september jl. in de drie grote steden werd uitgeschreven voor het overtreden van de coronamaatregelen.
8. De schriftelijke vragen van de leden van Gerven (SP) en van Haga (Groep-Van Haga) over de PCR test. Gezien de technische aard van deze vragen heb ik het RIVM gevraagd om deze vragen van antwoorden te voorzien. U vindt ze in de bijlage². Hiermee doe ik ook de toezegging gestand die ik in het debat van 22 september heb gedaan dat er een brief komt naar aanleiding van de toezegging van de heer van Dissel aan de heer van Haga over de PCR-testen (Handelingen II 2020/21, nr. 4, debat over ontwikkelingen rondom het coronavirus). (2020Z17703, 2020Z16256, 2020Z15481, 2020Z14800 en 2020Z16247).
9. De motie van het lid Paternotte om te komen tot een dekkend testbeleid op de luchthavens wanneer dit niet meer ten koste gaat van het testen van groepen die prioriteit hebben (Kamerstuk 25 295, nr.569).
10. De motie van het lid Lacin dat werknemers van Schiphol met klachten, ook getest zouden moeten worden (na heropening) in de teststraat van Schiphol (Kamerstuk 25 295, nr. 568).
11. Het verzoek van het lid Van Brenk (50PLUS) tijdens het debat over coronaverspreiding in relatie tot het internationaal personenverkeer (Handelingen II 2020/21, nr. 6, debat over coronaverspreiding en relatie tot het internationaal personenverkeer) om meer informatie gevraagd over de steekproefsgewijze toets (inclusief aantallen) die op luchthavens wordt uitgevoerd naar de gezondheidsverklaringen.
12. Het verzoek van de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 oktober jl. om een reactie op de uitvoering motie van de leden Jetten en Heerma over het zo goed mogelijk continueren van reguliere zorg bij een tweede coronagolf.
13. Het verzoek van het lid Agema (PVV) uit de procedurevergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 september jl. om een stand van zakenbrief over de herstart van de ziekenhuiszorg te ontvangen voor de begrotingsbehandeling.
14. De motie Leden Laan-Geselschap en Bergkamp waarin zij verzoeken of, richting een tweede golf, in de adviezen rekening kan worden gehouden met de verschillen binnen de grote groep ouderen (Kamerstuk 25 295, nr. 287).
15. De motie van het lid Azarkan welke de regering verzoekt, te erkennen dat gedragsveranderingen en bestuderen van gedrag in relatie tot opvolgen van COVID-19-specifieke maatregelen beter moeten worden geïntegreerd in de huidige aanpak van de coronacrisis, (Kamerstuk 25 295, nr. 607).

1. Duiding van de epidemiologische situatie

Zoals eerder vermeld, is er nog steeds sprake van een stijgende trend in het aantal COVID-19-gediagnosticeerde gevallen. De toename is zichtbaar in alle leeftijdscohorten, met uitzondering van de kinderen van 10 jaar en jonger. In alle regio's blijven de aantallen bevestigde gevallen evenals het percentage positief geteste personen in de teststraten, toenemen. In de afgelopen week hadden alle 25 veiligheidsregio's een weekincidentie

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

boven de 50 per 100.000 inwoners, waarvan 16 regio's boven de 150 per 100.000 inwoners, en waarvan 8 regio's boven de 250 per 100.000 inwoners. De R is sinds half augustus consistent significant boven de 1 geweest. De nieuwste schatting van de gemiddelde R voor heel Nederland, van 24 september, is 1.27. Met het huidige reproductiegetal neemt het aantal besmettingen alleen maar verder, en ook nog eens exponentieel, toe.

In alle regio's wordt alleen nog risicogericht bron-en contactonderzoek (BCO) uitgevoerd. Er waren op 12 oktober 1.235 actieve COVID-19 clusters bekend. 93 daarvan zijn nieuwe actieve clusters (of opnieuw actief) sinds 11 oktober. Met name in de veiligheidsregio's in de Randstad en Brabant worden momenteel de meeste actieve clusters gerapporteerd. Hierbij moet echter rekening gehouden worden met het feit dat GGD'en niet meer volledig BCO doen en onvolledig registreren, waardoor ook clusters minder goed geïdentificeerd worden. De meeste clusters (36%) worden (nog steeds) in de thuissituatie vastgesteld.

In alle Veiligheidsregio's worden hoge besmettingen geregistreerd. De veiligheidsregio's Rotterdam-Rijnmond, Haaglanden, Hollands Midden, Utrecht, Amsterdam-Amstelland, Zaanstreek-Waterland, Zuid-Holland Zuid en Brabant-Zuidoost scoren inmiddels aanhoudend boven de signaalwaarde 150 positieve testuitslagen per 100.000 inwoners en zitten nu zelfs boven de 250 per 100.000 per week positief getest. Deze regio's zijn per 13 oktober verder opgeschaald naar het nieuwe risiconiveau 4 «zeer ernstig» (Dit wordt verderop in deze brief nader toegelicht).

De veiligheidsregio's Midden- en West-Brabant, Gooi en Vechtstreek, Twente, Kennemerland, Gelderland-Zuid, Gelderland-Midden, Brabant-Noord, Drenthe, Limburg-Noord, Flevoland, Friesland, Groningen, Noord- en Oost-Gelderland scoren inmiddels ook boven de signaalwaarde 150 per 100.000 per week positief getest. Zij zijn per 13 oktober opgeschaald naar risiconiveau 3 «ernstig».

De veiligheidsregio's IJsselland, Noord-Holland Noord, Limburg-Zuid, Zeeland zijn ingeschaald in zorgelijk.

OMT-advies: noodzaak maatregelen

Het OMT adviseert om aanvullende maatregelen te treffen, bovenop de maatregelen van 29 september (Kamerstuk 25 295, nr. 587). Hoewel mogelijk de effecten van de maatregelen nog niet helemaal zichtbaar zijn, zijn de stijgende besmettingscijfers en de aanhoudend hoge waarde van het reproductiegetal aanleiding om nu te besluiten tot nieuwe maatregelen. Het OMT constateert daarbij dat de afname van de mobiliteit minder is dan eerder het geval was. Ook refereert het OMT aan de analyse van de Gedragsunit van het RIVM dat er een aanzienlijke discrepantie is tussen het geadviseerd gedrag en daadwerkelijk gedrag van een niet onaanzienlijk deel van de bevolking. Het OMT stelt dat de ziekenhuiszorg onder druk staat en dat het niet meer mogelijk is om bij alle positief geteste personen een volledig bron- en contactonderzoek te doen. Daarom stelt het OMT een set aan aanvullende maatregelen voor. Het OMT heeft gekeken naar maatregelen die minder afhankelijk zijn van de welwillendheid van mensen en stelt maatregelen voor die ertoe leiden dat mensen minder contacten hebben die mogelijk risicovol zijn en er ook een afname van de mobiliteit van de bevolking plaats vindt om de gevolgen van een besmetting ook in plaats te beperken. Het OMT adviseert dit pakket aan maatregelen in ieder geval voor 4 weken in te zetten, waarna het effect ook tussentijds beoordeeld dient te worden. Het OMT heeft daarnaast advies uitgebracht over het gebruik van niet-medische mondneusmaskers in de openbare ruimte en de inzet van

antigeentesten. Hierop wordt in de betreffende paragrafen in de brief nader ingegaan.

Het BAO onderschrijft het advies van het OMT rond de epidemiologische stand van zaken en noodzaak voor de voorgestelde maatregelen. Het BAO benadrukt het belang van duidelijke communicatie. Verder vraagt het BAO aandacht voor alternatieven voor jongeren en steun voor ondernemers die door dit pakket maatregelen worden geraakt.

Aanvullende maatregelen

Uit het OMT-advies en het BAO blijkt duidelijk dat aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn om de verdere verspreiding van het virus weer in te dammen. Bovenop het pakket van 29 september jl. komt het kabinet daarom met aanvullende maatregelen, een gedeeltelijke lockdown. Ik besef dat dit een harde boodschap is en ook dat de maatregelen pijn gaan doen, maar uitstel kunnen we ons niet veroorloven. Bij de samenstelling van het maatregelenpakket is gekozen voor maatregelen die concreet bijdragen aan minder contactmomenten, zonder dat cruciale maatschappelijke functies in het gedrang komen. Zoals altijd is daarbij het uitgangspunt dat we het virus zo hard mogelijk willen raken en de maatschappij zo min mogelijk. Het kabinet neemt het overgrote deel van de maatregelen over waarover het OMT adviseert. Ook wijkt het kabinet op een aantal specifieke punten af. Zo kiest het kabinet bijvoorbeeld, in afwijking van wat het OMT adviseert, voor strengere maatregelen rondom sportbeoefening, om zo de reisbewegingen rondom sportcompetities zoveel mogelijk te beperken. Verder houdt het kabinet enkele geadviseerde aanvullende beperkende maatregelen achter de hand om eventueel in latere fase zo nodig toe te kunnen passen, zoals bijvoorbeeld het advies om alleen voor noodzakelijke reizen nog naar het buitenland te reizen – hiervoor blijft het kabinet het systeem van de reisadviezen van Buitenlandse Zaken hanteren. Bij alle afwegingen betreft het kabinet niet alleen de medische gevolgen, maar ook de sociaaleconomische gevolgen als mede de handhaafbaarheid.

De maatregelen zullen ingaan op woensdag 14 oktober om 22:00 uur. De maatregelen gelden in beginsel voor vier weken. Dan wordt een afweging gemaakt over eventuele verlenging van de maatregelen. Dit is in lijn met het advies van het OMT om de maatregelen in ieder geval voor twee tot vier weken te treffen en tussentijds te evalueren. We zullen over twee weken bepalen of dit maatregelenpakket voldoende effectief is, of dat verdergaande maatregelen nodig zijn. Daarbij zijn dan ook maatregelen in beeld die passen bij een intelligente lockdown. Over twee weken zullen we uw Kamer hierover in de voortgangsbrief informeren. De maatregelen die genomen worden zijn in lijn met de systematiek van de routekaart en de gereedschapskist. Deze systematiek wordt verderop in de brief toegelicht.

Algemene maatregelen

Zoals aangegeven, blijft het maatregelenpakket van 29 september volledig van kracht. Daarbij komen aanvullende maatregelen. Hieronder worden de maatregelen toegelicht.

We constateren dat een groot deel van de besmettingen plaatsvindt achter de voordeur. Daarom blijven we thuis maximaal drie personen ontvangen, naast het eigen huishouden en exclusief kinderen tot 13 jaar. Als nader dringend advies geldt dat we maximaal één groep van maximaal drie personen per dag ontvangen.

Het maximum van 30 personen per ruimte binnen blijft van kracht. De hierop geldende uitzonderingen blijven eveneens van kracht. De onthefingsmogelijkheid voor Veiligheidsregio's ten behoeve van gebouwen van groot belang komt, met de verleende ontheffingen, komt te vervallen. Groepsvorming binnen en nu ook buiten wordt beperkt tot een groeps-grootte van maximum van vier personen. De geldende uitzonderingen hierop blijven van kracht. Er komt een verbod om tussen 20:00 uur en 07:00 uur in de openbare ruimte alcoholische dranken voor handen te hebben en te nuttigen.

Voor de detailhandel gaat een avondsluiting gelden die ingaat om 20.00 uur. Er komt een uitzondering van de avondsluiting voor de levensmidde-lenbranche. Parallel aan het verbod om in de publieke ruimte alcohol tussen 20:00 uur en 07:00 uur voor handen te hebben of te nuttigen zal ook een verbod gaan gelden om tussen 20:00 uur en 07:00 uur alcoho-lische dranken te verkopen of te bezorgen.

VNO-NCW en MKB-Nederland hebben eerder een dringend beroep gedaan op ondernemers om uitvoering te geven aan de hygiëneregels en deurbeleid zoals ook vastgelegd in de sectorprotocollen. Gezien de huidige ontwikkelingen is dit deurbeleid een cruciaal onderdeel van de aanpak. Komende week zal het kabinet met branches waar veel bezoekers komen, waaronder de detailhandel, in gesprek gaan om de naleving en handhaving te versterken. Als de basisregels niet worden nageleefd kunnen de Veiligheidsregio's overgaan tot sluiting van (delen van) een locatie.

Eet- en drinkgelegenheden

Eet- en drinkgelegenheden, inclusief coffeeshops worden gesloten. Sluiting geldt alleen voor delen van locatie met horecafunctie, zo mag een bioscoop wel films blijven vertonen maar dient de bar gesloten te zijn. Uitzonderingen die hier gelden zijn voor hotels ten aanzien van de hotelgasten die overnachten, uitvaartcentra en air side op luchthavens. Tevens blijven afhaal- en bezorgfuncties mogelijk, met uitzondering van alcohol tussen 20:00 uur en 07:00 uur. Bij coffeeshops kan nog wel afgehaald worden, behalve tussen 20:00 uur en 07:00 uur.

Het sluiten van eet- en drinkgelegenheden is voor velen een harde boodschap. Hoewel het aantal clusters van besmettingen in de horeca relatief beperkt is gaat het hierbij vaak wel meteen om grote groepen en om veel reisbewegingen. Verderop in deze brief wordt uitgebreider ingegaan op de besmettingen en grootte van de clusters in de horeca.

Reizen

Voor het reizen in Nederland blijft het dringende advies om zo min mogelijk te reizen, ook in de herfstvakantie. Iedereen dient zoveel mogelijk op het vakantieadres te blijven, het aantal uitstapjes dient beperkt te worden en drukke momenten en plekken dienen vermeden te worden. Voor het buitenland geldt: volg het reisadvies van Buitenlandse Zaken. Ik verwijs hierbij ook naar de brief die uw Kamer kort na deze brief, over het ontmoedigen van reizen naar oranjegebieden, zal ontvangen.

Evenementen

Er komt een verbod op evenementen. Hierbij wordt aangesloten bij de definitie van evenementen in de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 (Kamerstuk 35 526). Dit verbod geldt niet voor verrichtingen van vermaak in een gebouw, die behoren tot de reguliere exploitatie van bioscopen,

filmhuizen, concertzalen, podia voor alle genres van muziek, theaters en hiermee vergelijkbare culturele instellingen, musea, presentatie-instellingen, monumenten met een publieksfunctie, casino's, arcadehallen, en speelhallen), en voor beurzen, congressen en wedstrijden en betogingen, samenkomsten en vergaderingen als bedoeld in de Wet openbare manifestaties.

Werk

Voor werk blijft gelden: thuiswerken tenzij dat echt niet kan. Ook blijft gelden dat bij constatering van een bronbesmetting door de GGD de voorzitter van een veiligheidsregio een sluiting (herstelperiode) op kan leggen van de locatie van maximaal 14 dagen. Aanvullend zullen afspraken gemaakt worden met vakbonden en werkgeversorganisaties over implementatie en naleving.

Sport

Toeschouwers blijven bij zowel de amateursport als professionele sport verboden en de sportkantines blijven gesloten. Aanvullend gaat gelden dat kinderen en jongeren tot 18 jaar weliswaar in teamverband kunnen blijven sporten, maar dat er geen wedstrijden tussen clubs mogen worden georganiseerd – wedstrijdjes onderling binnen de eigen club mogen wel. Dit om het aantal reisbewegingen en sociale contacten te verminderen. Douches en kleedkamers worden gesloten, met uitzondering van de kleedkamers in zwembaden.

Boven de 18 jaar blijft individueel sporten mogelijk, ook in de sportschool. Boven de 18 jaar mogen mensen met maximaal vier sporten en altijd op anderhalve meter afstand. Ook voor deze groep geldt dat er geen wedstrijden mogen worden georganiseerd. Voor topsporters met status geldt op aangewezen locaties (zoals Papendal), net als voor voetbal in de Ere- en Eerste divisie, dat zij van deze maatregelen uitgezonderd zijn.

Mondkapjes

Op dit moment geldt een dringend advies tot het dragen van niet medische mondkapjes in alle publieke binnenruimtes. Het voornemen is dit advies zo snel mogelijk om te zetten naar een verplichting op basis van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19, wat zou betekenen dat een niet medisch mondkapje verplicht wordt voor iedereen van 13 jaar of ouder die zich verplaatst in publieke binnenruimtes, behalve wanneer men plaats heeft genomen. Dit gaat ook gelden voor het voortgezet (speciaal) onderwijs, MBO en HO voor situaties buiten de lessen, zoals op gangen en in aula's. Dit zou gaan gelden vanaf het moment dat het wetsvoorstel wordt aangenomen en in werking treedt.

In het vorige debat met uw Kamer is een motie door lid Segers ingediend over het beschikbaar stellen van mondkapjes aan mensen met smalle beurs.³ Ik heb contact gehad met de VNG over het beschikbaar stellen van niet-medische mondkapjes aan mensen met een smalle beurs. Ik zie dat er al veel goede voorbeelden zijn van gemeenten die hier op een goede en creatieve manier invulling aan geven. Bijvoorbeeld door dit onderdeel te maken van hun armoedebelief of door vormen van sociaal ondernemerschap hierbij te betrekken. De VNG deelt deze goede voorbeelden op hun website en via hun interne kanalen. Door de mooie initiatieven die ik al zie, heb ik er vertrouwen in dat gemeenten dit vervolgens vertalen naar

³ Kamerstuk 25 295, nr. 606.

hun lokale beleid. Hiermee geef ik uitvoering aan de motie van het lid Segers c.s.

Voor de volledigheid noemen wij hierbij ook de maatregelen die met dit maatregelenpakket niet veranderen, maar wel van kracht blijven:

- De basisregels blijven essentieel: bij klachten thuisblijven en zo spoedig mogelijk testen, drukte vermijden en 1,5 meter afstand houden, handen wassen en hoesten en niezen in de elleboog.
- Voor doorstroomlocaties blijft gelden dat, met uitzondering van de detailhandel en markten, bezoek moet plaatsvinden op basis van een reservering per tijdvak. Ook de uitzondering op maximaal aantal personen: veiligheidsregio's bepalen na overleg met doorstroomlocaties per locatie het maximum aantal tegelijkertijd toe te laten bezoekers daarbij rekening houdend met oppervlakte van de locatie én kunnen garanderen van 1,5 meter afstand. Vaccinatiesprekuren voor de (griep- en pneumokokken) vaccinatie kunnen plaatsvinden. Er is voor zorginstellingen een uitzondering gemaakt. Dit betekent dat er geen maximum geldt qua aantal aanwezigen in zorginstellingen. Wel moet er tijdens de vaccinatiesprekuren voor worden gezorgd dat men zich aan de coronamaatregelen houdt, zoals het borgen van de 1,5 meter afstand tussen de aanwezigen.
- Voor kwetsbaren blijven de venstertijden gelden in de noodzakelijke detailhandel.
- Voor contactberoepen blijft de registratieplicht, triage en reservering gelden.
- Het kabinet blijft ondersteunen dat voor samenkomsten in een gebouw die noodzakelijk zijn voor de continuering van de dagelijkse werkzaamheden van instellingen, bedrijven en andere organisaties met ten hoogste honderd personen per zelfstandige ruimte open kunnen blijven. Daarmee kunnen ook de rechtspraak en andere onderdelen in de strafrechtketen de werkzaamheden zoveel mogelijk door blijven gaan en kunnen rechtszaken gewoon doorgang vinden, zoveel mogelijk in aanwezigheid van procespartijen.

Handhaving en toezicht

Tot slot wordt hier ingegaan op het handhavingsbeeld en het toezicht. In het Kamerdebat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus op 30 september is toegezegd een overzicht te geven van het aantal strafrechtelijke boetes dat tussen 31 augustus en 27 september jl. in de drie grote steden werd uitgeschreven voor het overtreden van de coronamaatregelen.

In totaal werden 525 processen-verbaal uitgeschreven, waarvan 46 in Amsterdam, 471 in Rotterdam en 8 in Den Haag. Van dit aantal ging het in 484 van de gevallen om het schenden van de mondkapjesplicht in het OV; in de overige 41 gevallen ging het om het niet naleven van andere maatregelen uit de noodverordeningen. De politie ging 45 keer over tot het opmaken van proces-verbaal; boa's en andere handhavers verbaliseerden 480 keer.

Deze cijfers geven aan hoe vaak handhavers verbaliserend hebben opgetreden. Het OM beoordeelt alle uitgeschreven processen-verbaal en weegt in elk individueel geval zorgvuldig of de zich voorgedane situatie aanleiding geeft tot het opleggen van een boete. Het kan voorkomen dat nog niet alle processen-verbaal uit deze periode zijn aangeleverd in het centrale registratiesysteem. Daardoor kunnen deze cijfers na verloop van tijd nog worden bijgesteld.

Voor de komende periode zal intensiever toezicht zijn in het publieke domein zodat ingegrepen kan worden bij niet naleving. Om dit mogelijk te maken worden de noodverordeningen verder aangepast en aangescherpt. Maar handhavers kunnen ook ingrijpen op basis van bestaande wetgeving, plaatselijke verordeningen en daaraan gekoppelde bevoegdheden. De regels gelden voor iedereen, maar de omstandigheden kunnen per geval verschillen. Handhavers zullen daarom per situatie een inschatting moeten maken op welke wijze het beoogde doel bereikt kan worden. Ingrijpen is meer dan alleen strafrechtelijk optreden. Ook waarschuwen of feitelijk doen ophouden van de situatie zijn vormen van interventies.

Routekaart en gereedchapskist

Bijgevoegd is de gereedchapskist met maatregelen die kunnen worden ingezet om het virus te bestrijden⁴. Doel van deze gereedchapskist is inzichtelijk maken welke instrumenten er zijn en hoe en wanneer bepaalde maatregelen genomen worden. Deze gereedchapskist is niet uitputtend en zal zich blijven ontwikkelen. Er blijft dus nadrukkelijk ruimte voor nieuwe lessen. Het kabinet blijft zoeken naar slimmere maatregelen, met een groter effect op het terugdringen van de virusverspreiding, met minder maatschappelijke en economische nevenschade, of die beter kunnen worden nageleefd of gehandhaafd. Concreet bekijkt het kabinet op dit moment onder andere samen met de horeca- en evenementenbranche of de maatregelen zoals die nu zijn opgenomen slimmer en gericht kunnen worden vormgegeven.

Voor bestuurders geeft deze gereedchapskist een leidraad voor de besluitvorming over de maatregelen. Voor burgers maakt dit inzichtelijk en transparant welke maatregelen op welk moment kunnen gaan gelden. Het is dus een instrument om de voorspelbaarheid van de besluitvorming te vergroten. Hiermee geven we ook uitvoering aan de motie van het lid Jetten⁵ van 30 september 2020. Daarnaast bestaat binnen de leidraad ruimte voor maatwerk, door middel van de categorie «te overwegen maatregelen» die ingezet kunnen worden afhankelijk van de situatie.

Wanneer welk inschalingsniveau?

Eerder schreef ik uw Kamer al over drie risiconiveaus (waakzaam, zorgelijk en ernstig). Vanaf vandaag komt daar een vierde risiconiveau bij: zeer ernstig. Dit is het risiconiveau om aan te duiden dat het niveau van regionale maatregelen ontstegen is, dat landelijk moet worden ingegrepen en dat fors moet worden ingegrepen om het aantal besmettingen weer op een beheersbaar niveau te brengen. In het wekelijks inschalingsoverleg tussen Rijk, RIVM, GGD'en en Veiligheidsregio wordt het beeld besproken en worden regio's ingeschaald in één van de vier risiconiveaus. Een regio wordt ingeschaald op basis van het aantal positieve testuitslagen (als drempelwaarde), eventueel aangevuld met overige contextinformatie. Onderstaande tabel vat deze drempelwaarde en contextindicatoren samen. De actuele inschalingsniveaus worden op het coronadashboard getoond.

Indicator	Landelijk/ regionaal	Type	Basisniveau: 1. Waakzaam	Opschalen naar: 2. Zorgelijk	Opschalen naar: 3. Ernstig	Opschalen naar: 4. Zeer ernstig
Aantal positieve testen per 100.000 inw. per week	Regionaal	Drempelwaarde	< 50	50 – 150	150 -250	250 of meer

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 591

Indicator	Landelijk/ regionaal	Type	Basisniveau: 1. Waakzaam	Opschalen naar: 2. Zorgelijk	Opschalen naar: 3. Ernstig	Opschalen naar: 4. Zeer ernstig
Percentage positieve testen per week	Regionaal	Contextindi- cator	< 5%	5 – 10%	10% of meer	10% of meer
IC-opnamen	Landelijk	Contextindi- cator	< 10	< 10	10 – 20	20 of meer
Ziekenhuisopnamen	Landelijk	Contextindi- cator	< 40	< 40	40 – 120	120 of meer
Percentage besmette verpleeg- huizen	Landelijk / regionaal	Contextindi- cator	Geen waarde	Geen waarde	Geen waarde	Geen waarde
R-waarde	Landelijk	Contextindi- cator	< 1,0	Groter dan 1,0	Groter dan 1,0	Groter dan 1,0
Druk op het bron- en contactonder- zoek	Regionaal	Contextindi- cator	Overwegend effectief	Wordt mogelijk ineffectief	Niet meer effectief. Het zicht op het virus neemt af.	Niet meer effectief.
Zorgcapaciteit	Regionaal	Contextindi- cator	Voldoende	Druk neemt toe	Onvoldoende	Onvoldoende
Naleving	Regionaal	Contextindi- cator	Voldoende en handhaafbaar	Onvoldoende	Onvoldoende	Onvoldoende

Een regio gaat in principe van «waakzaam» naar «zorgelijk» als er in een week meer dan 50 positieve testuitslagen per 100.000 inwoners zijn. Dit komt overeen met het elke dag overschrijden van de signaalwaarde van 7 positieve testuitslagen per 100.000 inwoners. Voor het kiezen van deze waarde hebben we onder andere gekeken naar onze buurlanden. Duitsland hanteerde dezelfde grenswaarde. Daarnaast is het zo dat wanneer we onder deze waarde blijven, het bron- en contactonderzoek nog goed kan worden uitgevoerd. Op deze manier houden we goed zicht op het virus.

De overgang van «zorgelijk» naar «ernstig» vindt plaats als er in een week meer dan 150 positieve testuitslagen per 100.000 inwoners zijn. We weten dat dit aantal ongeveer correleert met de signaalwaarde van 10 IC opnamen.

Nieuw risiconiveau: zeer ernstig

Een regio gaat over van niveau 3 naar niveau 4 als er meer dan 250 positieve testuitslagen per 100.000 inwoners zijn geregistreerd gedurende een week. Daarnaast geldt dat in alle regio's landelijke maatregelen gelden als in meerdere regio's de situatie zeer ernstig is.

Ik ben momenteel met het RIVM in overleg hoe de afschaalsystematiek eruit kan zien. Uitgangspunt daarbij is in ieder geval het afschalen van een regio veel minder snel gaat dan opschalen, vanwege de lange termijn-effecten op de zorg. Er zijn na een flinke golf besmettingen immers veel ziekenhuisbedden bezet en verpleeghuislocaties besmet. Daarnaast moet de zorg de kans krijgen om weer te herstellen zonder het risico te lopen dat het virus in de tussentijd weer oplaait. Kortom: snel opschalen en gedoseerd afschalen.

Uitgangspunten bij de gereedschapskist

In de gereedschapskist zijn instrumenten en maatregelen opgenomen die kunnen worden ingezet, passend bij het inschalingsniveau. Doel is dat de maatregelen ervoor zorgen dat alle regio's in niveau I waakzaam terecht komen, dus een R langere tijd onder de 1,0 en een aantal nieuwe ziekenhuisopnames en IC opnames dat ligt onder de signaalwaarden.

De lijst is niet uitputtend. We laten ons inspireren door (nieuwe) inzichten uit buiten- en binnenland en ervaringen over wat werkt en wat niet. Dit betekent dat de gereedschapskist zich blijft door ontwikkelen. Bij het vullen van de gereedschapskist hebben we ook de eerder geleerde lessen betrokken, waarover we de Kamer in de Lessons Learned brief⁶ schreven. U ziet dat zolang COVID-19 onder ons is de naleving van de basisregels cruciaal is; en dat we ook als we in waakzaam zitten daarop scherp moeten zijn. Er zijn nu geen maatregelen voorzien die betrekking hebben op het sluiten van het primair en voortgezet onderwijs. Het is de bedoeling dat les op school zoveel en zo lang mogelijk doorgaat. 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. Het funderend onderwijs vervult daarbij een spilfunctie in de maatschappij. In de huidige besluitvorming blijven de maatregelen met betrekking tot primair en voortgezet onderwijs dan ook onveranderd. Wel worden de dringende adviezen ten aanzien van het gebruik van mondkapjes op situaties buiten de lessen, zoals op gangen en in aula's omgezet in een verplichting. Ook richting de toekomst wil het kabinet zich blijven inzetten dat het primair en voortgezet onderwijs fysiek doorgang kan blijven vinden. Het blijft daarbij onverminderd belangrijk om uitvoering te geven aan de reeds genomen maatregelen en richtlijnen vanuit het kabinet en de sector. Voor het middelbaar beroepsonderwijs en het hoger onderwijs blijft de situatie ook ongewijzigd. Doorgang van het fysieke onderwijs (dat beperkt is, omdat vanwege het aanhouden van de 1,5 m afstand een groot deel van het onderwijs online plaatsvindt) is ook in deze onderwijssectoren cruciaal. Deze voortgang is nodig om studievertraging zoveel mogelijk te voorkomen en om studenten naast studievoortgang ook perspectief te bieden. Er zijn ook maatregelen die beogen om onze kwetsbaren beter te beschermen, maar niet volledig te isoleren. En er zijn maatregelen die we met de hele samenleving en alle sectoren moeten dragen.

Naarmate sprake is van een hoger niveau van inschaling, voelt het Kabinet ook een verantwoordelijkheid om samen met maatschappelijke partners en kennisinstellingen bijbehorend flankerend beleid te organiseren. Naast de economische effecten van maatregelen gaat het hier ook om de sociale en maatschappelijke effecten van de maatregelen. Graag benadruk ik daarbij ook de maatschappelijke verantwoordelijkheid die wij allen hebben om alert te zijn op de toename van bijvoorbeeld eenzaamheid of psychische problemen. Hierover gaan we ook in de komende tijd graag in gesprek met maatschappelijke partners, kennisinstellingen en betrokkenen zelf.

Wanneer welke maatregelen per regio?

In de gereedschapskist zijn instrumenten en maatregelen opgenomen die mogelijk kunnen worden ingezet. De gereedschapskist is ingedeeld per inschalingsniveau: waakzaam, zorgelijk, ernstig en zeer ernstig. Naarmate het risiconiveau hoger is en het inschalingsniveau ook, worden de maatregelen ingrijpender. Er zijn maatregelen die in ieder geval zullen worden genomen én er zijn maatregelen die mogelijk kunnen worden genomen. Dit biedt houvast voor bestuurders voor de besluitvorming over de maatregelen. Dit maakt het ook voorspelbaarder voor de samenleving.

⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 508

Wanneer welke maatregelen landelijk?

De inzet van instrumenten is waar mogelijk regionaal, waar nodig landelijk. Zodra er meerdere regio's het inschalingsniveau ernstig of veel regio's het niveau zorgelijk bereiken, kunnen maatregelen ook landelijk worden genomen. Dit betekent dat dezelfde regionale instrumenten «opgetild» worden tot landelijke maatregelen. Het kan ook zo zijn dat vanwege waterbedeфекten maatregelen bovenregionaal of ook in omliggende regio's worden genomen. Dit vraagt om een goede motivatie.

Wat gebeurt er als de maatregelen onvoldoende effect hebben: niveau 4

Op een bepaald moment kan de situatie zo ernstig zijn dat veel regio's al in het niveau ernstig zitten en er een verdere oploep van besmettingen is. Het zicht op verspreiding van het virus is sterk afgenomen en de druk op de zorg en kwetsbaren is zo groot geworden dat reguliere zorg moet worden afgeschaald. We lopen tegen de grenzen van de capaciteit aan en de al ingezette maatregelen hebben onvoldoende effect om het tij te keren. In het nieuwe niveau 4 is de situatie «zeer ernstig»: een niveau waarbij de meest stevige maatregelen nodig zijn om de epidemiologische situatie te keren. De zwaarste van die maatregelen zijn samen te typeren als een lockdown.

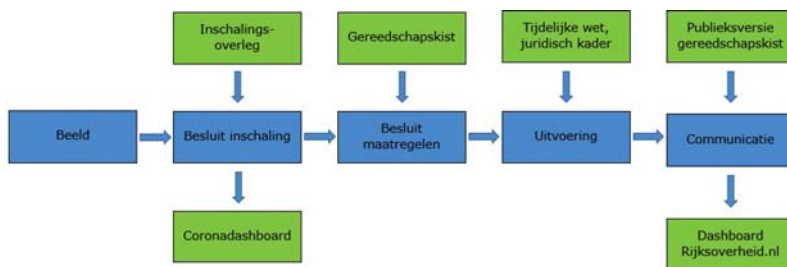
Hoe zetten we welke instrumenten in?

Het karakter van de maatregel bepaalt hoe een maatregel kan worden ingezet. Bij sommige maatregelen vraagt dat geen juridisch kader. Denk daarbij aan gesprekken tussen GGD'en en instellingen over preventieve maatregelen. Of aan gedragsregels die we communiceren. Sommige maatregelen vragen om doorvertaling in de protocollen in sectoren. Voor de invoering van andere instrumenten is een juridische basis nodig. Daarvoor gelden nu de aanwijzingen en noodverordeningen. Na behandeling en aanneming van de Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 in de Eerste Kamer zal deze wet als juridische grondslag dienen. Daarvoor zullen ministeriële regelingen opgesteld worden.

Maatregelen laten werken

Bij de doorvertaling en invoering van een maatregel zijn veel partijen betrokken. Elke maatregel kent een doorvertaling richting publiek, richting sectoren en richting professionals en het publiek. In communicatie-uitingen, handreikingen, protocollen en regelingen zien we de uitkomst van gesprekken hierover en de praktische doorvertaling. Daarbij is het zoeken naar een balans tussen maatwerk enerzijds en de wens tot duidelijkheid aan de andere kant. Er zijn vaak goede redenen om uitzonderingen te maken, maar uitzonderingen zorgen ook voor onduidelijkheid en onbegrip. We weten uit de gedragswetenschap dat het voor mensen heel belangrijk is om te weten dat anderen ook meedoen. Ook vragen mensen om duidelijke regels. Dat verhoogt de bereidheid om mee te werken. Daarom willen we het aantal uitzonderingen beperken. Dat is onderdeel van een voorspelbare routekaart. Ook zijn we met talrijke koepels en organisaties in gesprek om meer eenduidigheid te krijgen in de doorvertaling van de maatregelen.

Het proces ziet er samengevat als volgt uit:



Impact en proportionaliteit

Het OMT (bijlage 80^e OMT advies COVID-19)⁷ zal maandag 20 oktober advies uitbrengen over de invulling van de gereedchapskist. Belangrijke aspect daarin is de verwachting over de effectiviteit van de instrumenten. Maatregelen moeten voldoende effect hebben op het verlagen van het reproductiegetal (de R-waarde), en daarmee ook het waarborgen van de continuïteit van de zorg en het beschermen van kwetsbaren. Aan de andere kant moeten we ook de maatschappelijke impact en kosten zo laag mogelijk houden. Kortom, doen wat nodig is, maar ook niet teveel. Met het systeem van de inschaling en de gereedchapskist proberen we zo duidelijk en goed mogelijk in beeld te brengen wat er gaat gebeuren in verschillende fasen van de epidemie. Die logica en voorspelbaarheid is belangrijk. Maar het is geen honderd procent automatisme. Het nemen van maatregelen vraagt echter ook altijd om een brede bestuurlijke weging, waarin de bredere impact van maatregelen een rol speelt. Dit geldt met nadruk voor de maatregelen die in de categorie «te overwegen» vallen. Het brede afwegingskader waarover ik u ook schreef in de lessons learned brief is daarbij relevant.

Zicht op en inzicht in het virus

Zoals ik 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 zien.

2. Verdere ontwikkeling van het dashboard

Sinds 15 september is het nieuwe ontwerp van het coronadashboard zichtbaar. Lokale en regionale cijfers zijn hierdoor inzichtelijker geworden. In mijn brief van 21 september jl.⁸ heb ik uw Kamer geschreven over het steeds belangrijker worden van de regionale en lokale cijfers. Aanvullend zijn inmiddels ook verpleeghuisgegevens en het percentage positief geteste mensen op regionaal niveau zichtbaar geworden. Ik vind deze toevoegingen erg belangrijk, zeker nu de besmettingen fors oplopen, omdat hierdoor de verspreiding en effecten van het virus veel preciezer inzichtelijk zijn.

Onderdeel van de strategie (ankerpunt) van het kabinet is het voorkomen dat de zorg overbelast raakt. Hiervoor is het van belang om tijdig inzicht te hebben in de situatie waarin ziekenhuizen zich bevinden. Sinds 13 oktober is daarom naast het aantal nieuwe ziekenhuis en intensive care opnames, ook inzichtelijk wat de bedbezetting is van COVID-19 patiënten op de IC en op de verpleegafdelingen in ziekenhuizen.

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 543

Ook toont het dashboard sinds 13 oktober op landelijk niveau de Stichting NICE data voor ziekenhuisopnames. Het doel is om zo snel mogelijk over te stappen naar Stichting NICE data op regionaal niveau, hiervoor moet de juridische grondslag echter eerst goed geregeld worden. De overstap van Osiris/ GGD data naar Stichting NICE data op regionaal niveau zorgt voor actuelere data, op deze manier blijven we werken aan het verbeteren van de informatie op het dashboard.

Eerder heb ik aangekondigd in te zetten op een communicatiestrategie. Onderdeel daarvan was een bijeenkomst met experts uit het veld, deze heeft 8 oktober jl. plaatsgevonden. De rode draad van de inbreng van de experts was het advies om de cijfers op het dashboard begrijpelijker en toegankelijker maken voor het algemeen publiek. Een koppeling van de inschalingsniveaus aan de daarbij behorende maatregelen moet daarbij gaan helpen. Wat ook inzichten biedt, is het onderzoek dat Amsterdam UMC heeft uitgevoerd waarbij 160 internationale dashboards geanalyseerd zijn. Komende periode zal het dashboard verder ontwikkeld worden, waarbij de input van de experts, passend bij de Nederlandse situatie, wordt meegenomen.

Vooruitblik dashboard

Het dashboard is constant in ontwikkeling. In september is de afvalwater-surveillance opgeschaald naar 300+ locaties, dit is een landelijk dekkende monitoring. Deze locaties worden nu wekelijks bemonsterd. Het RIVM verwacht binnen enkele weken de duiding op deze bemonstering gereed te hebben, zodat preciezer kan worden aangegeven wat de resultaten betekenen en hoeveel mogelijke besmettelijke personen zich bevinden in het verzorgingsgebied van één installatie. Ik ben daarnaast intensief met RIVM en de waterschappen in gesprek over het verder intensiveren van deze metingen naar uiteindelijk dagelijkse bemonstering. Ook wordt gewerkt aan een nauwkeurigere koppeling van rioolzuivering locaties naar veiligheidsregio en gemeenten. Naar verwachting zal dit half november doorgevoerd worden in het dashboard.

Naast het verder uitbreiden van de rioolwaterdata, wordt permanent gewerkt aan het toevoegen van nieuwe databronnen om de kwaliteit van het dashboard te verbeteren. Zo verken ik momenteel de mogelijkheden om gedragsindicatoren (op basis van lopend onderzoek van de RIVM-gedragsunit) en de setting of de aard van de besmettingen weer te geven op het coronadashboard.

Naast het dashboard is het van belang dat mensen die besmet zijn zo snel mogelijk getraceerd kunnen worden en mensen met klachten getest kunnen worden zodat ze snel weten of ze het virus hebben opgelopen en maatregelen kunnen nemen. Hierdoor krijgen we er ook steeds beter zicht op hoe de situatie er voor staat en waar extra maatregelen nodig zijn. Hieronder ga ik in op de stand van zaken van het testen en traceren van het virus.

3. Testen en traceren

Het beleid rond testen en traceren is volop in beweging. Samen met de GGD'en en het LCDK wordt de testcapaciteit deze en komende weken fors opgehoogd, verschillende typen sneltesten komen eraan en zullen een plek krijgen in het testbeleid en ik zet stappen om de regie op de keten van testen en traceren te versterken. Verder schalen de GGD'en hun capaciteit voor traceren maximaal op deze winter. In mijn brief van 28 augustus over

«Testen en traceren»⁹ heb ik u geschetst welke doelen we nastreven: voldoende effectieve en toegankelijke testcapaciteit, voldoende BCO-capaciteit en effectieve uitvoering van het BCO en verhogen van de testbereidheid en zicht houden op de performance van testen en traceren. Ik zal u hieronder schetsen waar ik sta. Bovendien ga ik in op een reeks gepubliceerde rapporten, alsmede vragen, moties en toezeggingen vanuit dan wel aan uw Kamer.

Verhogen van de testbereidheid en zicht houden op de performance van testen en traceren

Op dit moment ligt de testbereidheid in Nederland op 32% volgens het Gedragsonderzoek van het RIVM (4). Hierin zien we een stijgende lijn. Voor wat betreft de performance van het testen en traceren vind ik de volgende indicatoren van belang:

Indicator	Week 41 (6/10–13/10)
Omvang	
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-teststraten en overige/kritieke zorg) ¹	387.800 totaal per week 55.400 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD teststraten ¹	282.100 testen per week 40.300 gemiddeld per dag
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten ¹ en ²	43.903 meldingen bij het RIVM 36738 uit de GGD-teststraten 13,8% positieven in de GGD-teststraten
Aantal en percentage opgestarte en afgeronde BCO ²	73% van de contactinventarisaties i.h.k.v. BCO is uitgevoerd, 29.353 in totaal. Dit loopt gedurende week op in verband met registratie achterstanden.
Percentage mensen met klachten dat bereid is zich te laten testen ³	32% (onderzoek tussen 19 en 23 augustus)
Effectiviteit	
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname ⁴	49 uur (van 2/10 tot 8/10)
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag ⁴	35,7 uur (van 2/10 tot 8/10)
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) ⁴	40,8 uur (van 5/10 tot 11/10)

¹ Bron: CoronIT en LCDK lab-uitvraag.

² Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (06/10/2020)

³ Bron: Gedragsonderzoek RIVM & GGD via <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden>

⁴ Bron: GGD-GHOR Corona Monitor. Week 40 is hier 2/10 t/m 8/10.

Voldoende effectieve en toegankelijke testcapaciteit

Opschaling laboratoriumcapaciteit

In mijn brief van 11 september¹⁰ heb ik u gemeld dat we er alles aan doen om de krapte met betrekking tot de testcapaciteit op te lossen. Met ingang van deze week is er laboratoriumcapaciteit voor in totaal 60.400 COVID-19 testen per dag. Ik verwacht dat er eind oktober analysecapaciteit is voor meer dan 70.000 COVID-19 testen per dag. In november verwacht ik voldoende analysecapaciteit te hebben voor meer dan 90.000 COVID-19 testen per dag. Dit kan verder oplopen, maar is afhankelijk van de mate waarin pooling ingezet kan worden. Dit hangt namelijk samen met de prevalentie. Voor de toekomst streef ik ernaar om meer laboratorium

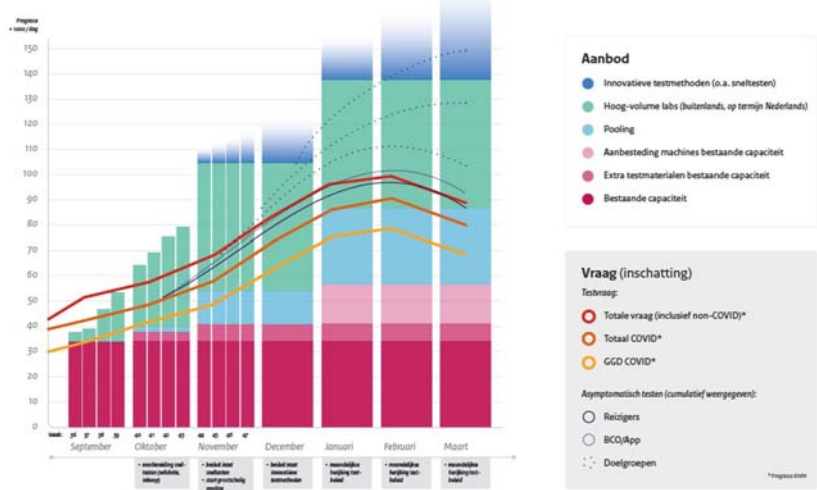
⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 510

¹⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 537

capaciteit te contracteren. Daarnaast voorzie ik een testlandschap waarin grotere volumes van PCR testen door hoogvolume labs worden uitgevoerd en regionale labs met name worden ingezet op basis van hun expertise en nabijheid bij de teststraten, bijvoorbeeld in uitbraaksituaties.

Verwachte ontwikkeling vraag en aanbod diagnostische testen

17 september 2020



Opschaling afnamecapaciteit PCR testen door de GGD'en

Op dit moment zijn als gevolg van het tekort aan testcapaciteit in de afgelopen weken de doorlooptijden van het maken van een afspraak tot de testafname, en van testafname tot uitslag ver boven de norm gestegen: in plaats van de streefnorm van 2x24 uur zitten we momenteel gemiddeld op 49 respectievelijk 35,7 uur. De GGD'en zijn momenteel hard aan het werk om de testafnamecapaciteit te laten aansluiten bij de nu beschikbare laboratoriumcapaciteit. Ook kan ik u melden dat de GGD'en zich maximaal voorbereiden op de hogere testvraag in de maanden oktober, november en december.

De GGD'en geven in hun «Roadmap testen en traceren» (bijlage brief GGD GHOR Nederland en Roadmap Testen en traceren)¹¹ de inschatting dat ze op basis van het huidige testbeleid (het testen van mensen met klachten middels een PCR-test) kunnen begin november opschalen naar minimaal 60.000 testen per dag en eind december naar minimaal 80.000 testen per dag. De GGD'en zijn voornemens om hun afnamecapaciteit via de volgende acties te vergroten: 1) Versnellen in de GGD regio's in de bestaande teststraten; 2) Versterken van het fijnmazige netwerk; 3) Verkenning landelijke (XL) locaties met externe (markt) partijen. Met deze acties zullen de GGD'en in staat zijn om de testvraag zoals geschat door het RIVM, gebaseerd op het testen van mensen met klachten, ruimschoots te bedienen.

Ik heb afgesproken dat de GGD'en de schatting van de vraag naar testen periodiek zullen herijken in LCT verband. De testvraag is uiteraard ook afhankelijk van de keuzes die in het testbeleid worden gemaakt. Bovendien kijken de GGD'en samen met VWS en anderen naar het inzetten van sneltesten zoals de LAMP-test en de antigeen testen om de testcapaciteit te vergroten. Omdat sneltesten een grote rol spelen in het toekomstige testlandschap ga ik daar hieronder nader op in.

¹¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Implementatie van sneltesten

Momenteel steunt het testbeleid op de PCR-test. Deze is erg gevoelig en specifiek maar er zijn gespecialiseerde medische laboratoria en goed getraind personeel nodig om de test uit te voeren en om de uitslag juist te interpreteren. Daarnaast zorgen transport van de afgenomen materialen en de relatief lange duur van de test ervoor dat mensen vrij lang op een uitslag wachten. Door veel bedrijven en kennisinstellingen wordt daarom hard gewerkt aan de ontwikkeling van nieuwe snelle testmethoden, die de PCR-test in bepaalde situaties kunnen vervangen en binnen of buiten de huidige teststraten ingezet kunnen worden. De ontwikkelingen op dit gebied gaan hard en mijn ministerie is actief betrokken bij de ontwikkeling, validatie en uitrol van een aantal veelbelovende sneltesten. Mijn belangrijkste inzet is dat deze nieuwe testmethoden snel en veilig ingezet kunnen worden. Ik informeer u hier graag nader over een aantal veelbelovende initiatieven en de aanpak om de implementatie van sneltesten te versnellen.

Antigeentesten: Op dit moment worden een aantal testen van verschillende fabrikanten getest in GGD-testlocaties. De eerste resultaten laten zien dat de testkarakteristieken van de antigeen(snel)testen goed zijn, met name wanneer de test wordt uitgevoerd binnen een week nadat iemand klachten heeft gekregen. Antigeen(snel)testen kunnen de druk op de PCR-testcapaciteit verlagen, maar vragen wel meer personele inzet.

Het OMT volgt de ontwikkeling van de antigeen(snel)testen, en geeft in haar advies van 13 oktober aan dat deze testen van meerwaarde kunnen zijn. Op dit moment worden de testuitslagen als onderdeel van de validatie nog bevestigd met een reguliere PCR-test. De testen lijken echter van een dermate goede kwaliteit en de validatie gaat dusdanig snel dat het OMT verwacht dat deze bevestiging in november niet bij iedereen meer nodig zal zijn, mits uitgevoerd door voldoende geschoold personeel. Het OMT adviseert de sneltesten in eerste instantie in te zetten voor mensen met klachten. Voordat de antigeen(snel)testen op grote schaal ingezet kunnen worden, adviseert het OMT om een aantal zaken verder uit te zoeken. Ook is een implementatieplan nodig dat de toepassingen en consequenties in kaart brengt. In het advies van 13 oktober geeft het OMT nadere invulling door alvast enkele implementatievragen te stellen (zie bijlage – Advies 80e OMT COVID-19)¹².

Inmiddels heb ik heb 4,7 miljoen sneltesten gekocht, die medio november geleverd zullen zijn, en waarvan eind oktober 1,3 miljoen testen geleverd zullen zijn. Van de reeds gevalideerde testen heb ik een grote bestelling in gang gezet voor leveringen tot aan de zomer van 2021.

Mijn streven is om begin november te starten met een gefaseerde uitrol van deze antigeentesten. In eerste instantie wil ik komen tot een gefaseerde uitrol aan de hand van het implementatieplan. In dit plan worden kaders gesteld die bepalend zijn voor de uitrol per doelgroep en de locatie. Op die manier kan worden gemonitord of de uitrol zinvol is en kan worden gecontinueerd.

De LAMP-test: Deze door TNO ontwikkelde test is vergelijkbaar met de reguliere PCR-test, maar kent een versneld protocol, waardoor het resultaat al binnen een uur bekend is. De reagentia zijn bovendien goedkoper en kunnen op termijn allemaal in Nederland gemaakt worden. Verder is het mogelijk om de analyse in een mobiel laboratorium uit te voeren, zodat deze op de plek van afname kan staan. Op dit moment

¹² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

wordt de test klinisch en praktisch gevalideerd bij de teststraat van de GGD Amsterdam. Ook wordt gekeken hoe de LAMP PCR-test bij andere bestaande testlocaties kan aansluiten en wordt bepaald welke tranche testlocaties als eerste aan bod komen, waarbij wij denken aan de vijf grote steden. Daarna volgt de uitrol naar andere plekken in Nederland. Rekening houdend met het aantal testen dat per uur afgenomen en geanalyseerd kan worden streef ik er naar om in de loop van november zo'n 10.000 testen met een LAMP-test uit te kunnen voeren.

Andere innovatieve testen: Andere testen die ik actief volg zijn de ademtest en testen die gebruik maken van Raman-spectrometrie en massa-spectrometrie. Bij de ademtest wordt op basis van uitgedemde stoffen geanalyseerd of een persoon besmet is. De validatie van de laatstgenoemde testen zijn minder ver gevorderd. Voor de ademtest geldt dat de eerste validatie bijna is afgerond. Afhankelijk van de resultaten kan deze test mogelijk ook al snel verder uitgerold worden.

Hulp bedrijfsleven bij invoering sneltesten

Mijn collega van EZK, de GGD GHOR en ik hebben op 9 oktober jl. samen met VNO-NCW gesproken over een plan van het samenwerkende bedrijfsleven om op zeer korte termijn een (op GGD PCR-teststraten) aanvullende infrastructuur voor grootschalig sneltesten neer te zetten, vanuit twee doelen: het bestrijden van de infectieziekte uitbraak en het zoveel mogelijk open houden van (cruciale onderdelen van het) maatschappelijk en economisch verkeer. Wij hebben waardering geuit voor dit plan en de proactieve en helpende houding die het bedrijfsleven hiermee laat zien. We hebben gezamenlijk uitgesproken dat we voordat de infrastructuur in praktijk kan worden vormgegeven en kan starten we op zeer korte termijn een aantal inhoudelijke vragen dienen te beantwoorden¹³, dit zullen we in gezamenlijkheid doen onder de coördinatie van LCT. De LCT bewaakt namens de deelnemende partijen de samenhang met het reguliere testbeleid, en met de andere nationale sneltest programma's. Het kabinet bekostigt de op te zetten infrastructuur en draagt de kosten van bovengenoemde sneltesten.

Met het oog op bovengenoemde ontwikkelingen heb ik besloten om een brede Stuurgroep sneltesten in te stellen, waarin VWS, GGD GHOR, LCDK, EZK, RIVM en een medisch microbioloog zijn vertegenwoordigd. De Stuurgroep valt onder de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT). De ambitie van de Stuurgroep is dat al deze maand op verschillende plaatsen in het land meerdere typen sneltesten worden ingezet. Voor 1 november neem ik een besluit over een meer structurele inzet van innovatieve testmethoden en sneltesten. Ik houd uw Kamer op de hoogte van de voortgang.

Schatting testvraag risicogericht testen van mensen zonder klachten

Naar aanleiding van de ontwikkeling van de testvraag in relatie tot de testcapaciteit heb ik het RIVM gevraagd te reflecteren op de tot nu toe gehanteerde schatting van de testvraag. Er zal met name aandacht worden gegeven aan de impact van het toevoegen van risicogericht testen van mensen zonder klachten. Ik heb de LCT gevraagd om op basis van schattingen van het RIVM en op basis van het actuele inzicht in de

¹³ Vragen als: welke sneltesten voor welke groepen of situaties geschikt zijn, voor wie de sneltesten worden ingezet (prioritering van uitrol incl voorrangsgroepen gelet op de twee doelen), hoe de afname van de test fysiek dient te gebeuren en welke kwaliteitseisen daarbij aan de orde zijn, hoe wordt omgegaan met de testuitslagen (mn positieve uitslagen), informatievoorziening naar burgers en de nazorg en registratie en dataverzameling

oploop van de testcapaciteit, inclusief de sneltesten, mij te adviseren wanneer er ruimte ontstaat om het testbeleid uit te breiden met deze doelgroepen.

Versterken van de regie op de keten van testen en traceren

Ik heb besloten de regie op de testketen te versterken. Daartoe heb ik een aantal stappen ondernomen.

- Ik heb op 5 oktober jongstleden voormalig directeur-generaal van het RIVM André van der Zande gevraagd of hij per direct het voorzitterschap van de Landelijke Coördinatieketen Testcapaciteit (LCK) wil vervullen. Daarbij heb ik hem de opdracht gegeven om 1) stevigere regie op de testketen te realiseren door de rollen van betrokken partijen helder te maken en hen in positie te brengen, 2) partijen actief aan te spreken op hun rol bij de uitvoering van de gemaakte afspraken, 3) te zorgen voor voldoende en stabiele testcapaciteit en informatievoorziening daarover.
- Van het LCDK maak ik een dienstonderdeel van de rijksoverheid zodat er een robuuste en toekomstbestendige organisatie ontstaat.
- Ik maak bestuurlijke afspraken om het LCT mandaat te geven over de sturing op de teststromen.
- Herinrichten van het testlandschap waarin grotere volumes van PCR testen door hoogvolume labs worden uitgevoerd en regionale labs met name worden ingezet op basis van hun expertise en nabijheid bij de teststraten, bijvoorbeeld in uitbraaksituaties.
- Regie op de implementatie van de sneltesten en innovatieve testmethoden in het testlandschap.

Voldoende BCO-capaciteit en effectieve uitvoering van het BCO

Risicogestuurd BCO

Zoals ik heb toegelicht in mijn Kamerbrief van 22 september jongstleden¹⁴, zijn veel GGD'en overgegaan op het risicogestuurd BCO. Op dit moment is de besmettingsdruk dusdanig hoog dat in verschillende regio's het BCO verder wordt beperkt. Met deze vorm van BCO wordt de besmette persoon gebeld en hem of haar worden handelingsopties geboden. Zowel voor het eigen handelen (thuisquarantaine) als voor het waarschuwen van contacten. Met de hoge aantallen besmettingen van de afgelopen dagen heeft de GGD aangegeven dat tijdig contact opnemen met de besmette persoon onder druk staat.

Met de kamerbrief van maandag 12 oktober heb ik uw Kamer het advies naar aanleiding van het 78^e OMT COVID-19, deel 2, – gestuurd¹⁵. Dit advies gaat in op de uitvoering van het risicogestuurd BCO, met name waar de prioriteit moet liggen in de uitvoering ervan. Tevens kondigt het OMT aan dat een werkgroep een verdere uitwerking zal maken van de wijze waarop ook met risicogestuurd BCO een landelijk representatief beeld in de verspreiding van het virus kan worden gegeven. Het OMT geeft aan dat risicogestuurd BCO een tijdelijke situatie moet zijn en dat het BCO weer volledig opgepakt moet gaan worden zodra het aantal meldingen weer enigszins is gedaald. Naarmate er minder regulier BCO wordt uitgevoerd, neemt het zicht op het virus namelijk af. Door te kiezen voor risicogestuurd BCO spelen de GGD'en wel capaciteit vrij om meer BCO op te kunnen starten. In het risicogestuurd BCO wordt er door de GGD-medewerker aan de hand van contactinventarisatie en brononderzoek bepaald of een BCO in één van de risicocategorieën valt. Dit is

¹⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 543

¹⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 624

bijvoorbeeld het geval als de besmette persoon in de zorg of op school werkt, een risico loopt op een ernstig verloop van de infectie, of een taal- of cultuurbarrière heeft. In dergelijke gevallen voert de GGD het BCO op reguliere wijze uit. Bij alle andere BCO voert de GGD-medewerker de contactinventarisatie en het brononderzoek uit en wordt de besmette persoon vervolgens geïnstrueerd hoe zijn of haar contacten geïnformeerd dienen te worden. Hiertoe reikt de GGD de benodigde informatiematerialen aan.

Mede dankzij het uitvoeren van risicogestuurd BCO zijn de GGD'en in staat gebleven om in week 41 ondanks de toenemende besmettingsdruk in ongeveer 73% van de gevallen de contactinventarisatie af te ronden. Omdat de registratie over week 41 nog niet is afgerond zal dit percentage nog verder gaan stijgen. In de weken 40 en 39 lag dit percentage op respectievelijk 82% en 85%.

Op dit moment hebben de GGD'en en GGD GHOR Nederland BCO-capaciteit voor ongeveer 1.500 volledige BCO per dag klaar staan. Dat komt neer op 3.350 fte. Gezien de geringere duur van risicogestuurd BCO kunnen met deze capaciteit op dit moment grotere aantallen BCO per dag uitgevoerd worden. Namelijk ongeveer 3.000 risicogestuurd BCO, en ongeveer 5.000 BCO waarbij alleen de besmette persoon wordt geïnstrueerd. Daarboven belt de GGD de besmette persoon voor de uitslag. Hiermee roeien de GGD'en momenteel met de riemen die ze hebben. Zowel de GGD'en als GGD GHOR blijven voorlopig op maximale snelheid opschalen. Dit betekent dat de BCO-capaciteit wekelijks ongeveer met 340 fte (regionaal en landelijk) wordt uitgebreid en dat de verwachting is dat eind oktober capaciteit klaarstaat voor 1.900 volledige BCO per dag. Hierbij wordt uitgegaan van 8 uur per BCO in de meeste regio's en 12 uur per BCO in de regio's met een hoge bevolkingsdichtheid en met veel verkeer.

Met het hierboven geschetste beeld over testen en traceren én het verloop van de opschaling, heb ik in deze voortgangsbrief invulling gegeven aan de motie van de leden Asscher en Jetten¹⁶ 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.

Opschaling BCO

Op 13 oktober jl. heb ik het opschalingsplan van de GGD GHOR Nederland ontvangen voor de verdere opschaling van de capaciteit voor testen en traceren voor de komende paar maanden. Het opschalingsplan, genaamd roadmap testen en traceren (zie Brief GGD GHOR Nederland en Roadmap Testen en Traceren) bijlage), beschrijft de ambities, de uitvoering, de risico's en de afhankelijkheden voor de hele keten. Met de roadmap heeft GGD GHOR Nederland een solide plan gepresenteerd dat blijkt geeft van geleerde lessen uit de afgelopen paar maanden en dat tegelijkertijd aansluit bij de bredere strategie van het kabinet voor de bestrijding van deze crisis.

Het bron- en contactonderzoek is cruciaal in het doorbreken van de keten van besmettingen, en in het zicht houden op de verspreiding van het virus. De basis in de bestrijding van het virus vormen de (nationale en/of regionale) maatregelen en natuurlijk de mate waarin wij ons allemaal aan deze maatregelen houden. BCO en maatregelen zijn communicerende

¹⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 547

vaten: in de bestrijding van het virus is de balans tussen die twee van groot belang.

In de nieuwe roadmap geven de GGD'en aan een signaalwaarde te hanteren om een compleet zicht op het virus te kunnen behouden. Deze ligt op 1.200 positief geteste personen per dag die allen zullen worden opgevolgd met volledig BCO. GGD'en gaan ervan uit dat bij het bereiken van de signaalwaarde (landelijke en of regionale) maatregelen getroffen worden. Na het treffen van deze maatregelen zullen de besmettingen nog enige tijd oplopen. Om deze toename in besmettingen aan te kunnen, schalen de GGD'en en GGD GHOR Nederland verder op. Waarbij half december met 6.840 FTE, 2.720 regulier BCO per dag kan worden uitgevoerd. Met deze capaciteit zijn GGD'en in staat om indien nodig 5.500 risicogestuurd BCO uit te voeren en 10.000 BCO waarbij alleen de besmette persoon wordt geïnstrueerd. Hiermee zijn GGD'en ook na het overstijgen van de signaalwaarde van 1.200 in staat om regulier BCO uit te voeren. Deze begrenzing van 2.720 BCO per dag is enerzijds gebaseerd op inzichten uit de infectieziektenbestrijding waarbij de remmende werking van BCO in de verdere verspreiding van het virus afneemt, en anderzijds op de beschikbare capaciteit (en opschaling) aan medische supervisie.

In de nieuwe roadmap testen en traceren wordt ook toegelicht dat als de besmettingsdruk opnieuw oploopt, GGD'en tijdelijk kunnen overgaan op risicogestuurd BCO. Bij de regionale afweging voor de overstap van regulier BCO naar risicogestuurd BCO spelen de factoren van toenemende besmettingsdruk en beschikbare capaciteit een belangrijke rol. Regionaal heeft de directeur Publieke Gezondheid van de GGD de professionele ruimte om na overleg met de betrokken IZB-artsen, op risicogestuurd BCO over te gaan. Hierbij wordt wel overlegd met de voorzitter van de veiligheidsregio. Deze overstap kan plaatsvinden in specifieke regionale situaties zoals bijvoorbeeld een brandhaard (denk aan een uitbraak onder medewerkers van slachthuizen, of onder bewoners van asielzoekerscentra). In dergelijke situaties wordt de uitvoering van BCO in de regio tijdelijk risicogestuurd zodat er voldoende capaciteit beschikbaar is om de brandhaard te begrenzen en in te dammen. De voorzitter van de veiligheidsregio kan beslissen of aanvullende maatregelen in de regio nodig zijn.

De gepresenteerde signaalwaarde van 1.200 BCO per dag correspondeert met de waarde van 50 positieve testen per 100.000 per week uit de routekaart bij het landelijke risiconiveau zorgelijk. Het bereiken van deze signaalwaarde vormt daarmee belangrijke input voor de vaststelling van het risiconiveau van veiligheidsregio's en een indicator voor het nemen van (aanvullende) maatregelen op regionaal en/of landelijk niveau. Zoals elders in deze brief toegelicht vindt de vaststelling van het risiconiveau plaats na overleg tussen veiligheidsregio's, GGD GHOR NL en betrokken rijksorganisaties. De basis hiervoor vormt duiding van het RIVM en de GGD'en. GGD'en zijn, zoals in de wet Publieke Gezondheid en de opdracht aan de GGD voorzien, verantwoordelijk voor de advisering van hun voorzitter veiligheidsregio in de signalering van de regionale epidemie inclusief knelpunten in de uitvoering en de timing van aanvullende maatregelen.

Als de signaalwaarde wordt overstegen, komt niveau 2 (zorgelijk) in beeld. Zoals gezegd, kunnen GGD'en tot 2.720 besmettingen per dag het BCO volledig uitvoeren. Daarna stappen de GGD'en over op risicogestuurd BCO om de piek van besmettingen verder op te kunnen vangen. Bij verdere oploop van de besmettingen is in risiconiveau 3 (ernstig), in het uiterste geval, een vorm van BCO mogelijk waarbij alleen de besmette

persoon wordt gebeld en hem of haar uitgebreid de handelingsopties worden toegelicht, zowel voor eigen handelen als voor waarschuwen van contacten. Dit geldt ook voor het niveau 4 (zeer ernstig). Risicogestuurd BCO in de niveaus zorgelijk, ernstig en zeer ernstig betekent tijdelijk minder zicht op het virus. Dit moet dan ook een tijdelijke situatie zijn waarin de effecten van de aanvullende maatregelen moeten resulteren in een daling van het aantal besmettingen. Zo gauw de situatie het toelaat, wordt het BCO weer regulier uitgevoerd. De IZB-arts zal hierover adviseren en de directeur Publieke Gezondheid van de GGD neemt hierover het besluit. De voorzitter van de veiligheidsregio wordt hierover geïnformeerd.

Schematisch ziet deze werkwijze er zo uit:

<i>Risico niveau veiligheidsregio</i>	Waakzaam <50/100.000 per week	Zorgelijk >50/100.000 per week, e/o >5% positieven	Ernstig >150/100.000 per week, e/o >10% positieven	Zeer ernstig >250/100.000 per week én >20 IC/ dag voor 3 dagen én >120 ziekenhuisopnamen
<i>Maatregelen Uitvoering BCO</i>	Basismaatregelen Regulier BCO Uitvoering door regionale BCO capaciteit	Aanvullende maatregelen Bij >2.720 BCO/ dag overstappen op risicogestuurd BCO Met capaciteit voor random selectie voor regulier BCO Landelijke schil BCO springt bij	Aanvullende maatregelen Bij >4.290 BCO/ dag verdere prioritering binnen risicogestuurd BCO (uiterste geval: minimaal besmette persoon bellen) Met capaciteit voor random selectie voor regulier BCO	Aanvullende maatregelen Risicogestuurd BCO met alleen besmette personen bellen Met capaciteit voor random selectie voor regulier BCO

Voor het nemen van maatregelen is zicht op de verspreiding van groot belang. Het OMT heeft in haar advies naar aanleiding van het 78^e OMT COVID-19, deel 2 het belang van registratie óók in periode van risicogestuurd BCO geduid (niveaus 2, 3 en 4). Zij adviseert om altijd bij een random selectie van besmette personen het volledig BCO te blijven uitvoeren ten behoeve van het behouden van een landelijk representatief beeld in de verspreiding van het virus. Ook hier houden GGD'en rekening mee in de inzet van de capaciteit.

Toezeggingen aan uw Kamer, antwoorden op Kamervragen en reactie op onlangs gepubliceerde rapporten inzake testen en traceren

Besmettingen in de horeca

In het debat met uw Kamer op 22 september jongstleden heb ik de heer Wilders toegezegd om in deze voortgangsbrief nader in te gaan op de besmettingen in de horeca. Gezien de alsmaar toenemende besmettingsdruk is het van belang (geweest) om maatregelen te treffen die het virus het hardst raken en de samenleving het minst. Eén van de onderdelen daarvan is om maatregelen te treffen daar waar het virus zich verder kan verspreiden. Op dit moment zien we dat de thuissituatie de meest voorkomende setting van besmetting is, namelijk in meer dan de helft van de gevallen. In het wekelijks rapport van het RIVM met daarin de epidemiologische situatie COVID-19 in Nederland van 13 oktober jl.¹⁷ staat weergegeven dat naast de thuissituatie veelvoorkomende mogelijke settings van besmetting de werksituatie, overige familie, ziekenhuis, verpleeghuis, vrijetijdsbesteding, kennissen en vrienden, school en de horeca zijn. De afgelopen tijd is het percentage besmettingen met de setting horeca afgenomen. Dit heeft te maken met de eerder omschreven

¹⁷ Bron Epidemiologische situatie COVID-19 in Nederland, RIVM, d.d. 13-10-2020

registratieachterstanden bij de GGD'en als gevolg van de beperkingen in het BCO.

Om de verspreiding van het virus tegen te gaan worden gerichte maatregelen getroffen. Zo ook worden er maatregelen getroffen rondom de horeca, met name vanwege de volgende redenen:

- In het RIVM rapport staat dat de meeste besmettingen plaatsvinden in de leeftijdscategorie 20–24. Vandaar dat maatregelen gericht op deze leeftijdsgroep het grootste effect hebben. Uit navraag bij het RIVM blijkt dat in deze leeftijdscategorie vooral de settings horeca en de werksituatie als bron worden geregistreerd. Dat betekent dat in deze groep een infectie het huishouden binnenkomt voornamelijk via horeca of werk.
- Daarnaast staat in dit rapport dat sprake is van een stijging van horecamedewerkers die een positieve testuitslag krijgen. In week 40 (30 september tot 6 oktober) is dit percentage 13,6%. Dit is na de groep mensen die zich laat testen in het kader van BCO, het hoogste percentage van alle geregistreerde groepen (zoals zorgmedewerkers, onderwijzers of mensen in een contactberoep).
- Van de ongeveer 633 actieve clusters op 5 oktober jl. die niet aan de thuissituatie zijn gerelateerd, zijn er 54 gerelateerd aan de horeca. Het aandeel van clusters dat is gerelateerd aan de horeca nam tot eind september toe. De gemiddelde grootte van de clusters in de horeca (14,9 besmettingen per cluster) ligt hoger dan die in andere settings, zoals de thuissituatie (3,6), werksituatie (4,5) of het verpleeghuis (11,7). Van alle clusterbesmettingen is ongeveer 10% gerelateerd aan de horeca.
- Besmettingen in het huishouden vinden hun oorsprong daarbuiten, waarbij de horeca een belangrijke rol speelt.
- In de horeca is er, evenals in de thuissituatie, ook sprake geweest van een afname in het onderling afstand houden ten opzichte van de eerdere meting in april. Die afname gaat samen met het moment waarop het aantal toegestane bezoekers werd verruimd van 30 naar 100 personen. Dit blijkt uit onderzoek van de gedragsunit van het RIVM.

De heer Wilders vroeg eveneens na in welk type horecagelegenheden de besmettingen het meest plaatsvinden. Uit navraag bij het RIVM blijkt dat de meeste horecaclusters gerelateerd zijn aan cafés (49%) en restaurants (27%). In mindere mate zijn deze clusters gerelateerd aan andere horecagelegenheden zoals speelhallen/casino's. In de media zijn excessen gemeld, waarbij enkele dragers van het virus een café bezochten waaruit tientallen nieuwe besmetting zijn voortgekomen.

Van de GGD'en begrijp ik dat, ondanks dat het merendeel van de horeca het goed op orde heeft, er knelpunten zijn bij het BCO. Zo willen enkele horecagelegenheden niet meewerken aan het BCO en worden mensen met klachten niet geweerd op de werkvloer. Daarnaast vindt de registratie van contactgegevens van de bezoekers niet altijd volledig plaats wat het BCO door de GGD bemoeilijkt. Tot slot kan de anderhalve meter niet altijd gegarandeerd worden (bijvoorbeeld in de bediening of in de keuken).

PCR-test

De leden van Gerven¹⁸ (SP) en Van Haga¹⁹ (Groep-Van Haga) hebben schriftelijke vragen gesteld over de PCR test. Gezien de technische aard van deze vragen heb ik het RIVM gevraagd om deze vragen van

¹⁸ 2020Z17703

¹⁹ 2020Z16256, 2020Z15481, 2020Z14800, 2020Z16247

antwoorden te voorzien. U vindt ze in de bijlage²⁰. Hiermee doe ik ook de toezegging gestand die ik in het debat van 22 september heb gedaan dat er een brief komt naar aanleiding van de toezegging van de heer van Dissel aan de heer Van Haga over de PCR-testen. (zie bijlage – Toelichting PCR_RIVM)²¹

Toegankelijkheid van testen voor mensen met beperkte mobiliteit en zelfredzaamheid

Het kabinet hecht veel waarde aan voldoende testafname mogelijkheden voor mensen met beperkte mobiliteit en zelfredzaamheid door middel van het afnemen van testen bij mensen thuis. Op 6 oktober jl. is de motie van het lid Azarkan²² (DENK) aangenomen de motie waarin wordt opgeroepen om testen voor mensen met beperkte mobiliteit en zelfredzaamheid gemakkelijker te maken. Ik hoor uit het land veel signalen en initiatieven van waar dit goed loopt. Een voorbeeld hiervan is de GGD-regio West en Zuid-Oost-Brabant waar de wijkverpleging testen afneemt bij mensen die zelf niet naar de teststraten kunnen komen. Ook de huisartsen hebben hierin een rol, zij nemen testen af bij hun eigen patiënten die te ziek zijn om naar de praktijk te komen. Ik wil iedereen die zich bezighoudt met het testen van mensen die niet naar de GGD kunnen komen, vragen door te gaan met deze manier van het afnemen van testen bij mensen thuis. Daarnaast zijn er meer en ook nog andere partijen, vaak regionaal georganiseerd, die de GGD kunnen ondersteunen in het fijnmaziger maken van het netwerk van afname(punten). Ik heb de GGD'en de afgelopen zomer aangemoedigd om met partijen in de regio hier afspraken over te maken. Om dit mogelijk te maken heb ik duidelijkheid geboden in welke tarieven de GGD'en kunnen vergoeden aan de partijen die zij inschakelen om hen bij deze taak te helpen. De GGD'en zijn hard aan het werk om naast het opschalen van de reguliere testcapaciteit ook werk te maken van het thuis of dichterbij huis testen van mensen.

Belang van serologische testen

Naast de sneltesten zijn er in Nederland ook serologische testen beschikbaar. Het lid Van Haga (Groep-Van Haga)vroeg hier ook al naar.²³ Met deze testen kan aangetoond worden of het bloed antistoffen tegen het virus bevat. Het maken van antistoffen gebeurt relatief laat na een besmetting, waardoor deze testen pas toe te passen zijn vanaf dag 10 tot 14 na start van de klachten. Vanaf zo'n drie weken na de start van de klachten zijn deze testen optimaal gevoelig. Dit maakt serologische testen niet geschikt om actuele besmettingen vast te stellen. Op dit moment worden deze testen daarom alleen toegepast voor patiëntendiagnostiek in bijzondere situaties en voor serosurveillance studies. Dit is lijn met de conclusies van de taskforce serologie²⁴ en de IDSA²⁵. Als vastgesteld is dat iemand besmet is, dan is quarantaine een maatregel die voorkomt dat meer mensen besmet worden. Hierover wordt uitgelegd hoe het quarantainepakket, waarmee iedereen geholpen wordt zich aan de regels te houden, er uit ziet. Ook wordt nader ingegaan op beleid voor reizigers. Als mensen besmet zijn met het coronavirus is het belangrijk dat zij maatregelen nemen om te voorkomen dat andere mensen besmet worden. Dit geldt ook voor de mensen met wie zij in contact zijn geweest

²⁰ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

²¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

²² Kamerstuk 25 295, nr. 608

²³ 2020Z16247

²⁴ Taskforce serologie, 15 juli 2020, status of the validation of ELISA and auto-analyser antibody tests for SARS-CoV-2 diagnostics

²⁵ IDSA, 18 augustus 2020, Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Diagnosis over COVID-19

zoals huisgenoten. Hieronder wordt uitgelegd wat het quarantainepakket inhoudt.

Testen van doelgroepen met prioriteit

Vanwege de lange doorlooptijden heeft uw Kamer mij verzocht verschillende doelgroepen voorrang te verlenen in teststraten. Sinds 21 september jl. kunnen zorgmedewerkers en leraren met prioriteit getest worden. Ik zal hieronder de stand van zaken van deze regeling toelichten. Ik reageer hiermee ook op de vragen van het lid Hijink²⁶ (SP) over dit onderwerp. De regionale GGD'en hebben er, in samenwerking met andere partijen, voor gezorgd dat op zeer korte termijn 43 zogeheten fastlanes zijn ingericht waarin met prioriteit getest wordt. De vraag naar testen met prioriteit is groot. In de prioriteiteststraten duurt zit er gemiddeld 40,8 uur tussen het inplannen van een afspraak en het ontvangen van de uitslag. Dit is een gemiddelde dat per regio kan verschillen. De prioriteitsregeling is in principe een tijdelijke maatregel. Er zijn forse stappen gezet en de testcapaciteit is inmiddels, zoals ik hierboven beschrijf, flink uitgebreid en zal de komende tijd verder groeien. Daarnaast zijn de ontwikkelingen rondom sneltesten verwachtingsvol. De cijfers over de doorlooptijden in de prioriteiteststraten én de snelle ontwikkelingen rondom de algemene testcapaciteit en sneltesten maken dat het nu niet voor de hand ligt om meer groepen met prioriteit te laten testen. Daarom zal ik eind oktober de balans opmaken of testen met prioriteit, en zo ja voor wie, nog aan de orde is.

Er doen zich twee problemen voor met betrekking tot de prioriteitsregeling. Er zijn signalen dat mensen die niet voldoen aan de voorwaarden om voorrang te krijgen een beroep willen doen op de prioriteitsregeling. Tegelijkertijd hoor ik ook dat het mensen die wél in aanmerking komen voor een plek in de prioriteiteststraat niet lukt om een afspraak te maken. In contact met (koepels van) werkgevers uit het zorgveld en in de communicatie op rijksoverheid.nl (www.rijksoverheid.nl/testen-onderwijs-en-zorg) is nogmaals gevraagd prudent met de regeling om te gaan. En alleen gebruik te maken van de regeling als zorgmedewerkers, die klachten ervaren, essentiële zorg leveren en zich niet kunnen laten vervangen. Om het voor zowel de zorgmedewerkers zelf als voor de GGD'en duidelijker te maken wie in aanmerking komt is een lijst opgesteld van beroepen/specialisaties die in ieder geval in aanmerking kunnen komen voor de voorrang voor het testen bij klachten. Uiteraard blijft gelden dat zij aan de overige voorwaarden moeten voldoen. Voor meer informatie verwijs ik naar de communicatie op www.rijksoverheid.nl/testen-onderwijs-en-zorg.

Het Lid Hijink (SP) vroeg mij of het klopt dat een zorgverlener die niet via het prioriteitsnummer terecht kan niet doorverbonden kan worden naar het reguliere nummer en of ik wil voorkomen dat dit gebeurt. Het klopt dat er twee lijnen zijn. Als iemand niet in aanmerking komt voor het testen met prioriteit dan vraagt de GGD inderdaad om contact op te nemen met het reguliere nummer (0800-1202) of om online een afspraak te maken. Het is niet bekend hoe vaak het voorkomt dat iemand doorverwezen wordt naar het reguliere nummer. Dit wordt niet geregistreerd. De GGD geeft aan dat zij niet doorverbinden omdat dit het risico met zich meebrengt dat mensen het prioriteitsnummer bellen om zo een wachttijd bij het reguliere nummer te ontlopen.

²⁶ 2020Z17242

Uit dit onderzoek (zie bijlage Notitie Reizigers)²⁷ naar voren dat van de 19.119 reizigers uit risicogebieden die zich op Schiphol hebben laten testen, 1,7% positief getest is. In dezelfde periode werd in de GGD-teststraten 3% positief getest. Hieruit concludeert het RIVM dat het testen van reizigers, waarvan onbekend was welke mensen wel/geen klachten hadden, minder efficiënt is in het opsporen van positieve mensen dan het testen van mensen met klachten in de GGD teststraten. Vanwege de relatief korte doorlooptijd van het onderzoek en een beperkte dataset met variabelen kunnen er op basis van dit onderzoek geen eenduidige conclusies worden verbonden aan de meerwaarde van het testen van reizigers op Schiphol. Op dit moment kan er ook nog geen dekkend testbeleid gerealiseerd worden op de luchthavens vanwege de druk op de laboratoriumcapaciteit, en het feit dat andere groepen meer prioriteit hebben dan reizigers. Pas wanneer die druk afneemt, en wanneer meer duidelijkheid bestaat over de mogelijkheid om innovatieve testmethoden in te zetten, kan ik een besluit nemen of er weer getest zal worden op luchthavens. Hiermee heb ik de motie van het lid Paternotte²⁸ (SP) om te komen tot een dekkend testbeleid op de luchthavens wanneer dit niet meer ten koste gaat van het testen van groepen die prioriteit hebben, afgedaan. De motie van het lid Lacin²⁹ (SP) dat werknemers van Schiphol met klachten, ook getest zouden moeten worden (na heropening) in de teststraat van Schiphol. Ook hierop kan ik u nog geen antwoord geven vanwege het feit dat de teststraat op Schiphol nog gesloten is, en vanwege het feit dat de laboratoriumcapaciteit nog onder druk staat. Hiermee heb ik de motie van het lid Lacin afgedaan. Daarnaast is er een motie aangenomen van het lid Paternotte³⁰ om een overzicht te geven van best practices en een beoordeling van de mogelijkheid deze in Nederland te benutten. Ik heb dit in gang gezet en zal hier later op terug komen.

Reactie rapport Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd – Toezicht op testen en testbeleid

Op 2 oktober jl. heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) haar rapport rondom het onderzoek³¹ naar het testen en het testbeleid afgerond. Dit onderzoek is een verdieping op het eerdere onderzoek dat de IGJ heeft uitgevoerd en dit onderzoek richtte zich met name op de beschikbaarheid en de kwaliteit van corona testen.

Ook in dit rapport spreekt de IGJ haar waardering uit, dit keer richting alle laboratoria die een indrukwekkende prestatie geleverd hebben en nog steeds doen in het opschalen van de testcapaciteit. De IGJ geeft een viertal aanbevelingen waarmee het testbeleid verbeterd kan worden.

- Het is mogelijk het tekort aan beschikbare testcapaciteit te verminderen. Hiervoor is een strakke regie op de testketen nodig.
- Voorrangsbeleid is onwenselijk maar nodig bij een tekort aan testcapaciteit. Testen die bijdragen aan de publieke gezondheid en gezondheidszorg verdienen voorrang.
- Alternatieve testmethoden dienen zo snel mogelijk ingezet te worden om de testcapaciteit te vergroten, maar zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit.

²⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

²⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 569

²⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 568

³⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 571

³¹ <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2020/10/02/ruimte-voor-vergroting-testcapaciteit-covid-19>

- Het veranderend testbeleid vereist een wendbaar en geïntegreerd toezicht op kwaliteit en veiligheid van SARS-CoV-2 testen³².

Ik kan mij goed vinden in de aanbevelingen van de IGJ. Met de meeste aanbevelingen ben ik, samen met de betrokken partijen, al aan de slag. Het advies van de IGJ over het voorrangbeleid is in lijn met het huidige beleid. Het is tijdelijk en de insteek is primair dat het bijdraagt aan publieke gezondheid en de gezondheidszorg. Zodra de testcapaciteit weer in de pas loopt met de testvraag en de doorlooptijden afgenomen zijn, is met voorrang testen van bepaalde groepen niet meer nodig. Eerder in deze brief heeft u al kunnen lezen wat er momenteel gebeurt op het gebied van alternatieve testmethoden. Uiteraard houd ik daarbij oog voor de kwaliteit. Tenslotte vind ik het goed om te horen dat de IGJ het toezicht op testketen wil intensiveren en beter wil laten aansluiten op de dynamische situatie. De IGJ zoekt hierin nauwe afstemming met de Raad voor Accreditatie en het centrale expertisecentrum.

Reactie rapport Algemene Rekenkamer

De Algemene Rekenkamer heeft een onderzoek ingesteld naar het testbeleid tijdens de coronacrisis tot 1 juni. (Kamerstuk 25 295, nr. 614). Dit is gedaan om bij te dragen aan de lessen die geleerd kunnen worden voor de verspreiding van het virus in het najaar. De Algemene Rekenkamer constateert dat er mogelijk meer getest had kunnen worden in het voorjaar doordat er een aantal laboratoria zijn die claimen ongebruikte capaciteit te hebben gehad in het voorjaar. Dit is naar oordeel van de Algemene Rekenkamer deels een overschatting van capaciteit door optimisme over de levering van testmaterialen. Daarnaast waren er nog operationele verliezen en noodzakelijke kwaliteitscontroles. Ook kende Nederland in het voorjaar een minder ruim testbeleid dan sommige andere landen. Daardoor heeft Nederland een minder groot aandeel van de schaarse middelen toebedeeld gekregen van de wereldwijde leveranciers. Tevens hebben zorgmedewerkers en andere groepen die zich mochten laten testen voor 1 juni minder testen afgenomen dan waar capaciteit voor was. Tenslotte is er laboratoriumcapaciteit vrijgekomen door de terugloop van reguliere zorg. Belangrijk om daarnaast te vermelden is dat er gedurende het onderzoek een aantal zaken aan het licht kwamen die de testcapaciteit in het voorjaar onder druk hebben gezet. Al deze bevindingen heb ik tot mij genomen en ga ik zo mogelijk gebruiken in de vorming van het verdere testbeleid.

4. Quarantainepakket

Quarantaine is een essentieel onderdeel van de huidige aanpak van de bestrijding van COVID-19: het doorbreekt de keten van besmettingen. Uit praktijkonderzoek van bureau Berenschot blijkt dat veel mensen hun verantwoordelijkheid nemen en er zo samen ervoor zorgen dat het virus niet verder wordt verspreid. Naar inschatting lijken 10% van de besmette mensen en 15% van de nauwe contacten van besmette mensen de adviezen niet of niet geheel op te volgen. Dit vormt een groot risico op verdere verspreiding, zeker als nu het aantal besmettingen blijft toenemen. Ik vind het daarom belangrijk om mensen ondersteuning te bieden bij het opvolgen van de GGD-adviezen. In mijn brief van 18 augustus 2020³³, heb ik een uitgewerkt quarantainepakket toegezegd. Hieronder licht ik dit pakket toe langs drie sporen: ondersteuning bij quarantaine, wettelijke mogelijkheden voor verplicht opleggen en de aanpak voor reizigers uit risicogebieden. In de bijlage is een uitgebreide toelichting op deze drie sporen opgenomen.

³² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

³³ Kamerstuk 25 295, nr. 504. Met als bijlage het OMT-advies van 17 augustus

Quarantaineondersteuning

De afgelopen weken heb ik onderzocht hoe we tot een breed beschikbaar en gedegen ondersteuningspakket komen voor quarantaine. Iedereen die geadviseerd wordt om in quarantaine te gaan, krijgt via de GGD, gemeente of bij de informatieverstrekking aan de reizigers (een link naar) de quarantainegids. De quarantainegids is te vinden op www.rijksoverheid.nl/quarantainegids.nl. In deze gids staat waar men tijdens quarantaine terecht kan voor ondersteuning zoals (psycho-)sociale hulp, praktische hulp, zorg en ondersteuning, inkomensondersteuning, verblijf, dag invulling, sport en bewegen en digivaardigheden. De quarantainegids wordt breed verspreid en verwijst mensen naar gemeenten waar men met (praktische) hulpvragen terecht kan. Ook heb ik met de VNG afgesproken dat gemeenten hun vrijwilligersorganisaties en hun toegang/informatiepunten in stelling gaan brengen om de mensen in quarantaine die het niet zelf redden, ondersteuning te bieden. Gemeenten hebben een bedrag van 4 miljoen ontvangen voor eventuele meerkosten door een toename van de vraag en een snellere afhandeling daarvan. Vanuit de VNG wordt een ledenbrief gestuurd met daarbij een handreiking voor gemeenten om dit op te pakken. Tenslotte heb ik met het Rode Kruis afgesproken dat de landelijke hulplijn van het Rode Kruis en de coördinatie van vrijwilligers weer wordt opgeschaald om praktische hulp te kunnen bieden.

Financiële gevolgen quarantaine

Het is niet voor iedereen mogelijk het werk vanuit huis voort te zetten wanneer men niet ziek is, maar op dringend advies van het RIVM thuis moet blijven. In veel van die gevallen biedt het bestaande stelsel van arbeidsrecht en sociale zekerheid uitkomst. Het kabinet is zich ervan bewust dat desondanks niet alle werkenden tijdens quarantaine op een inkomensondersteunende regeling kunnen terugvallen en dat quarantaine voor sommige mensen een verlies van inkomen kan betekenen. Dat geldt bijvoorbeeld voor sommige oproepkrachten en zelfstandigen. Ook voor werkgevers die loon moeten doorbetalen aan werknemers die thuis moeten blijven en niet vanuit huis kunnen werken, brengt quarantaine kosten met zich mee. Met name voor het midden- en kleinbedrijf kunnen deze kosten moeilijk te dragen zijn.

Het kabinet is in gesprek met sociale partners over goede naleving van zowel de regels omtrent quarantaine als de algemene coronamaatregelen. Als onderdeel van deze gesprekken heeft het kabinet de mogelijkheden voor een aanvullende regeling om werkgevers en werkenden te compenseren voor de financiële gevolgen van de quarantaine verkend. Dit is echter geen begaanbare route gebleken, omdat het voor werkgevers en een uitvoerder van de regeling niet mogelijk is te controleren of een werknemer daadwerkelijk in quarantaine gaat en of thuiswerken echt geen optie is.

Daarnaast wordt verkend of een meer generieke compensatie kan worden geboden voor werkgevers die werkenden doorbetalen tijdens quarantaine. Daarbij is het echter niet goed mogelijk om rekening te houden met de specifieke situatie van de werkgever, waardoor relatief te veel of te weinig compensatie kan worden geboden. Daarnaast is er nog geen uitvoerder gevonden die binnen afzienbare tijd een compensatieregeling kan uitvoeren. Dat heeft er onder meer mee te maken dat de uitvoering van de verschillende crisismaatregelen een groot beslag heeft gelegd op de capaciteit van de verschillende uitvoerders.

Het kabinet heeft met sociale partners afgesproken in gesprek te blijven, om te onderzoeken hoe we de lasten van quarantaine zo eerlijk mogelijk delen.

Wettelijke mogelijkheden verplicht opleggen quarantaine

Pas in een uiterste situatie, als mensen willens en wetens quarantaine weigeren, zal ik overgaan tot bijvoorbeeld de mogelijkheid van het verplicht opleggen van quarantaine met als sancties een bestuurlijke boete (deze optie is nog niet mogelijk, maar wordt momenteel onderzocht) of een passende strafmaat op grond van de bestaande mogelijkheden binnen de Wet publieke gezondheid. Het verplicht opleggen van de quarantainemaatregelen is een uiterste stap en fungeert als spreekwoordelijke stok achter de deur. Bij het verplichten tot quarantaine zijn er twee opties die ik verken.

De eerste is een bestuursrechtelijk traject. Het bestuurlijk instrumentarium is belangrijk met het oog op een effectieve handhaving en meer passend op een continuüm van een dringend advies tot aan strafrechtelijke handhaving. Daarom ben ik met de Minister van Justitie en Veiligheid de modaliteiten aan het verkennen voor introductie van bestuursrechtelijke handhaving van de bestaande quarantaine- en isolatieverplichting uit de Wet publieke gezondheid (Wpg). Uit de eerste verkenning blijkt dat met name de praktische invulling nadere uitwerking vergt. Over enkele weken verwacht ik de verkenning gereed te hebben en u te kunnen informeren over de vervolgstappen en de planning.

De tweede optie is de huidige Wpg (art. 35 Wpg). Als blijkt dat iemand niet bereid is om vrijwillig thuis te blijven en een ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat door de verspreiding van de infectieziekte, kan de voorzitter van de veiligheidsregio op advies van de GGD een beschikking tot gedwongen quarantaine uitvaardigen. In een praktische handreiking voor de voorzitters van de veiligheidsregio's is nader uitgewerkt in welke gevallen de quarantainemaatregel toepasbaar is en hoe het proces verloopt. Afhankelijk van het resultaat van deze tweede optie bekijk ik of er een nieuwe aanwijzing – op grond van artikel 7 Wpg – komt aan de voorzitters van de veiligheidsregio's om bij de bestrijding van deze epidemie gebruik te maken van het instrument van quarantaineplicht

Naast het opvolgen van het quarantaineadvies is het eveneens van groot belang dat mensen hun medewerking verlenen aan het bron-en contactonderzoek (BCO). Er zijn geluiden dat er een kleine groep is die niet of niet volledig wil meewerken. Ik ben met de GGD'en in gesprek gegaan over de grootte van deze groep en wat de aard van het probleem is. Op basis van deze gesprekken en verkenning concludeer ik dat het verplicht stellen van deelname aan het BCO op dit moment meer nadelen dan voordelen kent. Ik zie daarom voorlopig af van een verplichting, maar blijf wel alert op de omvang van de groep die helemaal niet mee wil werken en het daarmee gepaard gaande gevaar voor de volksgezondheid.

Aanpak voor reizigers uit risicogebieden

Voor reizigers uit gebieden waarvoor vanwege de verspreiding van het COVID-19 virus een oranje of rood reisadvies geldt, is het dringende advies tot 10-daagse thuisquarantaine een belangrijke maatregel om import van COVID-19 uit het buitenland tegen te gaan. Een goede naleving van de quarantainemaatregel voor reizigers uit deze gebieden is essentieel. Reizigers worden hier op verschillende manieren over geïnformeerd. Zo ontvangen reizigers uit hoogrisicogebieden een brief in het vliegtuig en staan er langs de weg bij de grensovergangen matrixborden. Ook op websites zoals Wijsopreis en het RIVM worden reizigers

op de hoogte gesteld van de thuisquarantaine na terugkomst uit een hoogrisicogebied.

Het is wenselijk dat mensen telefonisch worden geïnformeerd over het belang van de thuisquarantainemaatregel en de bestaande ondersteuning. Het kabinet verkent daarom op dit moment de mogelijkheden voor het opzetten van een integraal digitaal registratiesysteem voor reizigers uit risicogebieden voor alle vervoersmodaliteiten. Uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid van de registratie bij de reiziger zelf komt te liggen. Uw Kamer wordt hierover zo spoedig mogelijk nader geïnformeerd. Uit een verkenning is gebleken dat aan het verplichten van reizigers uit hoog-risicogebieden om in quarantaine te gaan op basis van de Wpg nog juridische haken en ogen zitten.

Steekproefsgewijze toets op de gezondheidsverklaring

Op 24 september heeft mevrouw Van Brenk (50PLUS) tijdens het debat over coronaverspreiding in relatie tot het internationaal personenverkeer om meer informatie gevraagd over de steekproefsgewijze toets (inclusief aantallen) die op luchthavens wordt uitgevoerd naar de gezondheidsverklaringen. Minister van Nieuwenhuizen (Infrastructuur en Waterstaat) heeft toen toegezegd bij mij na te gaan of hier een brief over kon komen. In deze brief geef ik deze informatie.

Sinds 1 juli geldt dat alle passagiers die van of naar Nederland vliegen een gezondheidsverklaring in moeten vullen. Dat is vastgelegd in een aanwijzing aan de Veiligheidsregio's van 30 juni jl. Met het invullen van dit document verklaart de passagier dat hij/zij recent niet in contact is geweest met iemand die (vermoedelijk) besmet is met COVID-19, hij/zij geen klachten ervaart die passen bij COVID-19 en zelf niet positief getest is op het coronavirus. Indien de passagier ergens «ja» invult, of geen verklaring kan overleggen, kan de luchtvaartmaatschappij de passagier weigeren op de vlucht.

In de afgelopen maanden is er door de luchtvaartmaatschappijen gewerkt aan een online variant op de papieren gezondheidsverklaring. Alle vier de Nederlandse luchtvaartmaatschappijen (KLM, Transavia, TUI en Corendon) en EasyJet hebben inmiddels de gezondheidsverklaring verwerkt in hun incheckproces. Dit wil zeggen dat je als passagier pas een boardingcard krijgt wanneer je digitaal antwoord hebt gegeven op de gezondheidsvragen en dus hebt aangegeven gezond te zijn en in de afgelopen twee weken geen contact hebt gehad met iemand met COVID-19.

Sinds 1 juli wordt op de luchthavens steekproefsgewijs gecontroleerd of passagiers de gezondheidsverklaring hebben ingevuld en of zij op de hoogte zijn van de in Nederland geldende maatregelen. In de aanwijzing aan de veiligheidsregio waarin de maatregelen uiteengezet zijn is opgenomen: «U dient ervoor te zorgen dat er bij op de luchthaven arriverende passagiers wordt gecontroleerd of bovengenoemde maatregelen inderdaad zijn toegepast, waarbij ook (steekproefsgewijs) gevraagd wordt de gezondheidsverklaring te tonen. Bij het opvragen hiervan worden reizigers, op basis van uitgereikt handelingsprotocol, geïnformeerd over de geldende maatregelen in Nederland.» Afhankelijk van de luchthaven kan deze steekproefsgewijze controle door de luchthaven worden uitgevoerd of door/ in samenwerking met personeel van de veiligheidsregio. Deze steekproef richt zich met name op reizigers uit hoog-risicogebieden.

Sinds de uitbraak van COVID-19 is er een enorme afname te zien in het aantal vliegbewegingen, dit geldt zowel voor het aantal vluchten dat

wordt uitgevoerd als voor het aantal passagiers dat op deze vluchten zit. De afgelopen maanden is op de luchthavens in Nederland dagelijks een aantal vluchten geselecteerd waarvan passagiers zijn gecontroleerd op het bij zich dragen van de gezondheidsverklaring.

- Voor Eindhoven Airport geldt dat op sommige dagen 28 vluchten gecontroleerd zijn en op andere dagen 3 vluchten. Gemiddeld ligt het aantal boven de 15 gecontroleerde vluchten per dag. Het overgrote deel van de passagiers heeft de gezondheidsverklaringen op deze vluchten ingevuld, er vliegen drie luchtvaartmaatschappijen op Eindhoven Airport. Algemene informatie over de maatregelen in Nederland ligt op verschillende plekken op de luchthaven, ook in de vorm van een informatiefolder. Daarmee worden ook passagiers van niet gecontroleerde vluchten geïnformeerd over de maatregelen in Nederland.
- In de periode van 1 juli t/m 1 oktober zijn er ruim 90.000 passagiers aangekomen op Rotterdam The Hague Airport. Dit gaat om het totaal aantal passagiers, dus niet alleen passagiers uit risicogebieden. Van de 90.000 passagiers is ongeveer 20% gecontroleerd op het tonen van een ingevulde gezondheidsverklaring en het wijzen op de regels in Nederland.
- Voor Maastricht Aachen Airport geldt dat in de periode van juni tot 1 oktober alle vluchten uit risicogebied steekproefsgewijs zijn gecontroleerd. Dit betreft 26 vluchten met in totaal ongeveer 2.500 passagiers. In totaal zijn er in deze periode 191 vliegtuigen op het vliegveld geland.
- Vanaf Groningen Airport Eelde (GAE) is op twee bestemmingen met oranje reisadvies gevlogen, Palma de Mallorca (tot 2 september) en Heraklion (tot 24 september). Dit gaat in totaal om 10 vluchten. Bij al deze vluchten is het team Infectieziektebestrijding van GGD Drenthe aanwezig geweest op de luchthaven en heeft contact gehad met alle inkomende passagiers inzake alle geldende richtlijnen en maatregelen. Op dit moment zijn er geen internationale vluchten meer vanaf Groningen Airport.
- Op Schiphol arriveren en vertrekken uiteraard meer vluchten dan op de andere Nederlandse luchthavens. Hier wordt de dagelijkse screening dan ook uitgebreider aangepakt. Elke dag selecteert een team van de Veiligheidsregio Kennemerland de vluchten waarop screening plaats zal vinden. Dit team controleert steekproefsgewijs op de aanwezigheid van gezondheidsverklaring, voert visuele observatie over fitheid uit en voorziet van actieve informatievoorziening over quarantaineplicht en belang om bij geringste klachten zich te laten testen (bij vluchten uit oranje en rode gebieden). In de maand september zijn er per week gemiddeld 189 vluchten uit risicogebieden gecheckt, dit is variërend tussen de 34 tot 41 procent van de risicovluchten die op Schiphol aankomt. Gemiddeld is per week in september met 9847 passagiers gesproken over de (quarantaine)maatregelen en is gecheckt of de gezondheidsverklaring goed is ingevuld.

Nu passagiers van de vier Nederlandse luchtvaartmaatschappijen en EasyJet de gezondheidsverklaring hebben geïncorporeerd in het incheckproces, hoeven vluchten van deze maatschappijen niet langer getoetst te worden op de aanwezigheid van een gezondheidsverklaring. Omdat deze passagiers een boardingcard hebben, is bekend dat zij de gezondheidsverklaring hebben ingevuld. Het is daarom mogelijk dat de luchthavens ervoor kiezen om vooral steekproefsgewijs te controleren op andere vluchten uit risicogebieden. Wel blijft het van belang dat er goede informatie over de maatregelen bij iedereen bekend is. Daarvoor is, naast informatie online en op de luchthavens zelf, ook een brief die luchtvaartmaatschappijen uitdelen (al dan niet digitaal) aan passagiers op een vlucht uit een land met een oranje of rood reisadvies vanwege corona.

Dus ook bij de vluchten die niet in een steekproef zitten zijn en worden passagiers op de maatregelen in Nederland gewezen. Dat geldt voor alle internationale luchthavens in Nederland.

5. CoronaMelder (app)

Afgelopen zaterdag 10 oktober is CoronaMelder landelijk geïntroduceerd. Dit betekent dat alle Nederlanders nu gebruik kunnen maken van de app en de ondersteuning van de app door de GGD. Het aantal downloads van de app is inmiddels opgelopen naar 2.872.669 op dinsdagochtend 13 oktober. Het aantal mensen dat sinds de start van de praktijktest melding gemaakt heeft van besmetting en daarmee andere mensen heeft gewaarschuwd dat zij mogelijk ook besmet zijn ligt op 1.566. Zoals ik in mijn brief van 8 oktober jl.³⁴ heb toegezegd, zal ik u maandelijks informeren over CoronaMelder en de inzichten uit de doorlopende evaluatie.

Enorm belangrijk voor de aanpak van het virus is weten wanneer we met behulp van vaccin en/of medicijnen een einde kunnen maken aan deze periode. We houden u daarom terugkerend in de stand van zakenbrieven op de hoogte hiervan. De ontwikkelingen gaan snel, en toch moeten we ook nog geduld betrachten. Hieronder volgt de stand van zaken van dit moment.

Met behulp van een vaccin en/of medicijnen willen we een einde kunnen maken aan deze periode. Hieronder wordt de stand van zaken beschreven rond de ontwikkeling van het vaccin tegen COVID-19.

6. Vaccin

Natuurlijk hopen we dat er zo snel mogelijk een veilig en effectief vaccin tegen COVID-19 beschikbaar komt. Een goedwerkend vaccin kan immers een fundamentele rol spelen in het beëindigen van deze pandemie. Op 23 september jl. heb ik u, mede namens de Staatssecretaris van VWS, via een Kamerbrief geïnformeerd over de wijze waarop we ons voorbereiden op de komst van een COVID-19 vaccin³⁵. Vanzelfsprekend houden we hierbij rekening met de snelst mogelijke termijn waarop vaccins beschikbaar kunnen komen. In mijn brief van 8 oktober jl.³⁶ heb ik een indicatieve planning gegeven met daarin de momenten waarop vaccinproducenten verwachten hun aanvraag voor toelating in te dienen bij het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA).

In mijn brief over de vaccinatiestrategie van 23 september jl. ben ik ingegaan op thema's als de opslag, distributie, registratie en uitvoering van de vaccinatie. Waar mogelijk worden voorbereidingen getroffen door het RIVM en andere betrokken partijen, zo voeren we bijvoorbeeld al gesprekken met verschillende uitvoerende partijen. De grote urgentie vraagt om snelle implementatie en daarvoor moeten we zoveel mogelijk gebruik maken van reeds bestaande uitvoeringsroutes. Ik reken op de betrokkenheid en inzet van diverse partijen om de uiteindelijke vaccinatiecampagne in goede banen te leiden. Besluitvorming met betrekking tot de prioritering van de verschillende doelgroepen vindt plaats na advisering van de Gezondheidsraad (beoogd begin november). Zodra hier meer over bekend is zal ik uw Kamer nader informeren.

³⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 620

³⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 565

³⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 621

Bij alle stappen die we zetten speelt goede en duidelijke communicatie een belangrijke rol. De ontwikkelingen volgen elkaar snel op, en ik begrijp goed dat in dit kader vragen en zorgen leven. Informatie over de ontwikkeling, toelating, toepassing en mogelijke bijwerkingen van COVID-19 vaccins moet daarom voor iedereen te begrijpen en goed vindbaar zijn. In mijn brief van 23 september jl. heb ik toegelicht op welke manieren we hierop inzetten.

Van belang is dat niet alleen gefocust wordt op de ontwikkeling van een vaccin maar ook kijken naar welke andere mogelijkheden er zijn om het virus te bedwingen. Hieronder volgt de stand van zaken met betrekking tot innovatieve behandelingen en de beschikbaarheid van de medicatie Remdesivir.

7. Innovatieve behandelingen

Een veilig en werkzaam vaccin tegen het coronavirus kan een belangrijke bijdrage leveren aan het einde van deze pandemie. In mijn brief van 23 september jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 565) heb ik uiteengezet op welke manieren ik samen met het RIVM, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, en andere partijen werk aan de vaccinatiestrategie. Omdat we nog niet zeker weten óf en wanneer een werkzaam en veilig vaccin beschikbaar komt, kijken we ook naar andere opties. Het verbeteren van de behandeling van coronapatiënten is een tweede belangrijk spoor in de bestrijding van COVID-19. Zolang het coronavirus nog onder ons is, zijn er mensen die daar ziek van worden. Als zij ernstig ziek worden, moeten ze worden opgenomen in een ziekenhuis. Het is van groot belang dat zij daar de meest optimale behandeling kunnen krijgen. Waardoor ze sneller herstellen en er minder complicaties optreden.

Remdesivir

Door de toegenomen ziekenhuisopnames van coronapatiënten loopt de vraag naar het medicijn remdesivir in Nederland hard op. Ook in andere Europese landen en wereldwijd is er veel vraag naar het middel. Remdesivir is een antiviraal middel, dat is goedgekeurd door de Europese geneesmiddelenautoriteit (EMA) en tot de markt is toegelaten als behandeling voor in het ziekenhuis opgenomen coronapatiënten.

Remdesivir is nu nog wereldwijd schaars en is door de Europese Commissie (EC) ingekocht en daarna door de EC via een verdeelsleutel toebedeeld aan EU-landen. De verdeelsleutel is gebaseerd op het aantal patiënten in ziekenhuizen in de landen. De gezamenlijke vraag naar remdesivir is hoger dan de bij de EC beschikbare volumes van het medicijn. De voorraad die door de Europese Commissie aan de lidstaten – en daarmee ook aan Nederland – tot vorige week werd toebedeeld, was daarmee beperkt. Juist de afgelopen weken liep de vraag in Nederland sterk op en ontstonden er tijdelijke tekorten. Ook in sommige andere Europese landen was er een nijpende situatie en sprake van tekorten. Daarom is er afgelopen weken (vanuit het Ministerie van VWS en het RIVM) veelvuldig en op hoog niveau intensief contact geweest over de levering van remdesivir aan Nederland, met zowel de Europese Commissie als de fabrikant van het medicijn. Wij hebben in de afgelopen weken aangedrongen op mogelijke herverdeling tussen de EU-landen. Zo heeft Nederland de afgelopen weken – op ons verzoek – enkele malen extra voorraad geleverd gekregen.

De toedeling van remdesivir vanuit de EC zoals hierboven beschreven liep tot afgelopen week via het zgn. Emergency Support Instrument (ESI programma) van de EU. Sinds eind vorige week is er sprake van een

nieuwe situatie die naar verwachting meer perspectief biedt ten aanzien van de leveringszekerheid van remdesivir. De EC heeft eind vorige week via een zogenaamde Joint Procurement procedure een overeenkomst gesloten met de fabrikant Gilead. Waarmee Nederland en de andere EU-lidstaten vanaf deze maand structureel verzekerd zijn van maandelijkse leveringen remdesivir. Nederland heeft in het kader van die procedure vervolgens direct een landspecifiek contract met de fabrikant afgesloten, waardoor we vanaf nu structureel maandelijks een voorraad remdesivir krijgen toebedeeld. Ook in deze opzet is er sprake van een toebedeling via de EC van aantallen remdesivir aan de landen via een verdeelsleutel. Nederland heeft voor de maand oktober ruim 24.000 doses (goed voor ruim 4.000 patiënten) toegewezen gekregen, wat voldoende zou moeten zijn voor het aantal in het ziekenhuis opgenomen coronapatiënten, inclusief een lichte stijging daarvan. De precieze verdeling van de leveringen remdesivir onder de EU-lidstaten is voor de daaropvolgende maanden nog niet bekend. De gezamenlijke overeenkomst van de EC voorziet in ieder geval vanaf januari in de mogelijkheid om meer dan 880.000 doses per maand aan te kopen.

Afgelopen weekend is een eerste vervroegde levering van 2.000 doses remdesivir gearriveerd in Nederland. Wanneer de overige 22.000 doses voor de maand oktober geleverd zullen worden, is nog niet bekend. Volgens de fabrikant zal er de komende weken nog sprake zijn van beperkte toevoer. Daarmee zijn tijdelijke tekorten in deze periode nog niet volledig uitgesloten. Zowel het Ministerie van VWS als het RIVM hebben nauw contact met de fabrikant om eventuele nieuwe tekorten te voorkomen. De fabrikant geeft aan hard te werken aan een verhoging van de productie en verwacht later deze maand voldoende capaciteit te hebben om aan de (oplopende) wereldwijde vraag te kunnen voldoen.

Er zijn meerdere behandelingen mogelijk voor coronapatiënten in het ziekenhuis. In de dagen dat er mogelijk geen remdesivir aan ziekenhuizen geleverd kan worden, blijven de overige behandelopties voor artsen beschikbaar. Voor in het ziekenhuis opgenomen patiënten gebruiken artsen bij groot een deel van de patiënten het medicijn dexamethason. Dit is een bestaande ontstekingsremmer die onlangs ook voor de behandeling van COVID-19 is geregistreerd. Daarvan is er voldoende voorraad. Het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) heeft samen met de commissie SWAB (die behandeladviezen opstelt voor COVID-19 medicatie) behandelaren en ziekenhuizen geïnformeerd hoe om te gaan met eventuele schaarste aan remdesivir. Hiervoor hebben zij een behandeladvies uitgebracht.

Meer kansrijke behandelingen

Om innovatieve behandelingen te stimuleren en sneller naar de patiënt te brengen, heeft het kabinet breed geïnvesteerd in corona-gerelateerd onderzoek voor een bedrag dat inmiddels is opgelopen naar ruim € 83 miljoen. Waaronder het COVID-19 onderzoeksprogramma, dat wordt uitgevoerd door ZonMw. Onderdeel van dit onderzoeksprogramma is het aandachtsgebied «diagnostiek en behandeling» waarbinnen inmiddels tien wetenschappelijke studies naar innovatieve behandelingen van start zijn gegaan. Ook via de topsector LSH financiert het Rijk PPS-onderzoeken naar innovatieve behandelingen voor COVID-19. Tegelijkertijd adviseert het onafhankelijke Adviespanel Innovatieve Behandelingen mij sinds juni over de laatste ontwikkelingen op dit gebied en geeft aan waar ik kan helpen om specifieke kansrijke behandelingen/ontwikkelingen te ondersteunen en/of te versnellen. Zo hebben zij zich gebogen over middelen als dexamethason, remdesivir en bijvoorbeeld het BCG-vaccin. Hiermee laten we geen kans onbenut om nieuwe inzichten in behandelmethodes zo snel mogelijk naar de patiënt te krijgen.

Zijn er (nieuwe) COVID-19 medicijnen, dan zetten we alles op alles om ervoor te zorgen dat er genoeg van beschikbaar is voor Nederland. Denk aan een check op voorraden dexamethason, en bijvoorbeeld het anticiperen op een nieuw plasma-medicijn – door Sanquin de opdracht te geven om plasma in te zamelen. Maar ook extra inzet en acties richting de Europese Commissie en de fabrikant, om de voorraad remdesivir zoveel mogelijk op peil te kunnen houden. Tevens financieren we het onderzoek (via ZonMw) naar bijvoorbeeld de inzet van plasma en het BCG-vaccin. Zijn er potentiële medicijnen die kunnen worden ingezet bij de behandeling van coronapatiënten, en dreigt er een tekort, dan vragen we groothandels en/of apothekers om hierop te acteren. Voorraden worden zo veiliggesteld en indien nodig vragen we het RIVM dit centraal te coördineren, zoals nu bij remdesivir.

Snelle beschikbaarheid voor de patiënt

Het Adviespanel heeft aangegeven dat de focus moet liggen op de meest kansrijke behandelingen op dit moment – waarbij snelle beschikbaarheid voor de patiënt, met oog voor verschillende doelgroepen – van het grootste belang is. Toepassing van bestaande middelen verdient daarbij de meeste aandacht, aangezien deze sneller in de praktijk gebruikt kunnen worden.

Met deze focus volgen we de lopende onderzoeksprojecten nu dan ook nauwlettend, samen met ZonMw en Health Holland. We brengen op dit moment in kaart wat er nodig is om de opgedane kennis te vertalen naar de praktijk van de ziekenhuizen. Zijn er positieve onderzoeksresultaten? Dan willen we snel en zorgvuldig door kunnen pakken waar dat nodig is. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om aanvullend (vervolg)onderzoek of het stimuleren en ondersteunen van nieuwe samenwerkingsverbanden. Of stimuleren dat er ook snel door de juiste instanties nieuwe protocollen worden ontwikkeld, geneesmiddelen worden geproduceerd of geregistreerd. Ik heb hiervoor (onderzoeks-)budget gereserveerd van 25 miljoen euro voor 2021.

COVID-19 clinical trial network

Onze meest actieve ondersteuning gaat op dit moment naar behandelingen die worden ontwikkeld door publieke onderzoekers, of door publiek-private samenwerkingsinitiatieven. Om ook private partijen die innovatieve behandelingen ontwikkelen meer te ondersteunen, verkennen we in samenwerking met de UMC's de mogelijkheid om een *COVID-19 clinical trial network* op te zetten. Het gaat dan om een infrastructuur waarbinnen snel en gecoördineerd klinische testen naar veiligheid en effectiviteit van behandelingen kunnen worden uitgevoerd in Nederland. Behandelingen kunnen zo direct met elkaar worden vergeleken, patiënten kunnen effectiever worden verdeeld tussen de lopende klinische onderzoeken en beschikbaarheid kan worden bevorderd. Ook voor private partijen kan zo'n netwerk van waarde zijn, ook voor geneesmiddelen die niet COVID-gerelateerd zijn. Daarmee versterken we tevens onze infrastructuur voor therapieontwikkeling.

Samenvattend, zet ik mij naast de vaccinatiestrategie ook intensief in voor de uitbreiding en verbetering van de behandelmethoden voor COVID-19. Vanwege de oplopende aantallen coronapatiënten, ligt mijn focus 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.

COVID-19 en de zorg

8. Zorg voor patiënten in de curatieve sector

Na de eerste golf in de COVID-19 pandemie is de inzet van het kabinet erop gericht geweest om – naast de benodigde zorg voor COVID-19 patiënten – de reguliere zorg weer zo snel mogelijk op het normale niveau te brengen en te houden; en tegelijkertijd om extra zorgcapaciteit te organiseren met het oog op een volgende golf in de pandemie. Daarvoor is het Opschalingsplan van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) opgesteld en hebben zorgaanbieders hun eigen plannen geactualiseerd. Aan de uitvoering daarvan is de afgelopen maanden hard gewerkt door alle betrokken partijen in de zorgsector. Zo is de extra buffer aan bedden-capaciteit uit het Opschalingsplan (200 intensive care-bedden en 400 klinische verpleegbedden extra per 1 oktober) gerealiseerd.

Inmiddels is de tweede golf in de COVID-19 pandemie een feit. Met de snelle stijging van het aantal COVID-19 besmettingen neemt ook het aantal COVID-19 patiënten in de ziekenhuizen dagelijks toe en uit de prognoses volgt dat deze toename nog aanzienlijk lang zal doorgaan in de komende weken. De extra buffercapaciteit uit het Opschalingsplan is volgelopen en met de huidige toenemende druk is het niet meer mogelijk om de reguliere zorg op alle vlakken op niveau te houden. De zorgsector moet en gaat zich nu richten op de organisatie van de medische zorg voor COVID- en non-COVID patiënten in de komende fase. Daarin is uitstel van planbare reguliere zorg aan de orde, zullen aanvullende maatregelen in de ziekenhuizen en de zorgketen genomen moeten worden – onder meer om continuïteit in de zorgverlening op de acute as te houden – en worden de acties en maatregelen uit het Opschalingsplan zo goed mogelijk verder uitgevoerd. Ik wil hierbij benadrukken dat de zorg hoe dan ook toegankelijk blijft en roep mensen met klachten dan ook op om contact te (blijven) opnemen met hun zorgverlener.

De ontwikkelingen gaan hard en de huidige omstandigheden zijn soms wel, maar vaak niet vergelijkbaar met die tijdens de eerste golf. Dat vraagt wederom ontzettend veel inzet, creativiteit, samenwerking en doorzettingsvermogen van de zorgsector. De zorgprofessionals, ondersteuners en zorgbestuurders zetten alles op alles om de zorg voor alle patiënten in Nederland zo goed mogelijk te verlenen.

Het is niet reëel om ervan uit te gaan dat er een oneindig beroep kan worden gedaan op deze mensen. De zorg doet wat ze kan en doet wat ze heeft beloofd. Ik wil daarbij benadrukken dat er grenzen zijn aan de inzetbaarheid en maakbaarheid van de zorg. Bij onze kijk op en beleving van het virus moeten we daar ten zeerste rekening mee houden. In plaats van te vragen wat de zorg nu nog meer kan doen, moeten we ons als samenleving allereerst afvragen wat we zelf kunnen doen. Daarom is het zo belangrijk dat iedereen zich aan de maatregelen houdt, om besmettingen van zichzelf en van anderen te voorkomen. Dat is een verantwoordelijkheid van ons allemaal. En het is ook in het belang van ons allemaal. Want als de reguliere zorg te veel onder druk komt, kan dat iedereen raken.

In dit deel van de brief wil ik het actuele beeld uit de curatieve zorg nader toelichten en ingaan op de acties gericht op het behoud van de zorg voor patiënten (COVID- en non-COVID) in deze fase. Hiermee geef ik tevens invulling aan het verzoek van de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 oktober jl. om een reactie op de uitvoering motie Jetten-Heerma over het zo goed mogelijk continueren van reguliere zorg bij een tweede coronagolf. Tevens geef ik hiermee invulling aan het verzoek van het lid Agema (PVV) uit de procedurevergadering van de

vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 september jl. om een stand van zakenbrief over de herstart van de ziekenhuiszorg te ontvangen voor de begrotingsbehandeling.

9. Stand van zaken in de curatieve zorg

Actueel beeld

In de huidige situatie is – net als bij de eerste golf in het voorjaar van 2020 – sprake van een toenemend aantal COVID-patiënten die ziekenhuiszorg nodig hebben. De cijfers rondom de patiëntenaantallen veranderen met de dag. In deze brief baseer ik mij op de informatie die ik op 13 oktober 2020 van het Landelijk Centrum Patiënten Spreiding (LCPS) heb ontvangen:

- Op dit moment zijn er totaal 1.410 patiënten met COVID-19 in de ziekenhuizen opgenomen, dat is een stijging van 112 ten opzichte van de dag ervoor. Hiervan zijn 1.133 patiënten opgenomen in klinische setting. De totale IC-bezetting bedraagt 819 patiënten, waarvan 277 COVID en 542 non-COVID patiënten.
- Het LCPS gaat in haar prognoses uit van een verdere toename van het aantal COVID-19 patiënten in de komende weken. Het beeld is dat er eind oktober naar verwachting circa 2.500 COVID-19 patiënten in het ziekenhuis liggen, waarvan 500 op de IC en 2.000 in de kliniek.
- Het landelijke beeld is gedifferentieerd. In de regio's in West-Nederland is sprake van aanzienlijk grotere aantallen COVID-19 patiënten dan elders in Nederland, maar ook daar neemt het aantal COVID-19 patiënten toe. Er wordt geprobeerd om de COVID-19 patiënten zo goed mogelijk te spreiden over de Nederlandse ziekenhuizen, conform de afspraken uit het LNAZ-opstalingsplan. In de afgelopen 24 uur zijn 19 COVID-19 patiënten supraregionaal overgeplaatst naar een ander ziekenhuis, waarvan 6 patiënten op een IC-afdeling.
- In de meeste regio's raken de ziekenhuizen aan of over de grenzen van capaciteit. Daar is een start gemaakt met afschaling (uitstel) van behandelingen in de planbare klinische zorg. In de ziekenhuizen in West-Nederland vindt afschaling van reguliere zorg plaats om de zorg aan de toenemende groep COVID-patiënten te kunnen blijven verlenen; in de rest van het land vindt afschaling van reguliere zorg plaats om – naast opvang van COVID-19 patiënten uit de eigen regio – ook nog ruimte te maken voor overgeplaatste COVID-patiënten uit West-Nederland.
- In de andere onderdelen van de ziekenhuiszorg (zoals de spoedzorg, IC-zorg, poliklinische behandeling en diagnostiek) alsmede in de huisartsenzorg is op dit moment landelijk (nog) geen sprake van afschaling. Op specifieke afdelingen in individuele ziekenhuizen kan er vanwege lokale bijzondere omstandigheden (bijvoorbeeld vanwege ziekte van personeel) wel al sprake zijn van tijdelijke afschaling, die vanwege COVID-19 vaker voorkomt dan normaliter het geval is.

Omstandigheden anders dan bij eerste golf

Na de eerste golf zijn er samen met partijen in de zorgsector belangrijke lessen getrokken over de wijze waarop de zorgverlening het beste gecontinueerd kan worden in tijden van een nieuwe golf. Deze lessen zijn waar mogelijk opgepakt en in uitvoering gebracht. Inmiddels is het beeld in de curatieve zorg dat de huidige situatie op een aantal vlakken anders is dan tijdens de eerste golf:

- In de eerste golf was er sprake van een uitbraak in Zuid-Nederland, en de patiëntengroep bleef voor een belangrijk deel tot die regio beperkt. Andere regio's konden toen goed bijspringen om patiënten over te nemen, mede door het afschalen van planbare zorg in alle ziekenhui-

zen. In de huidige situatie is de golf weliswaar begonnen in de grote steden in West-Nederland, maar is inmiddels een bredere spreiding van het virus in alle landsdelen aan de orde. Dat is ook bepalend voor de mate waarin ziekenhuizen elkaar kunnen helpen.

- In de eerste golf gaf met name het relatief grote aantal COVID-19 patiënten op de IC, druk op de ziekenhuiszorg. In de huidige situatie zien we dat er vooral druk op de klinische verpleegbedden ontstaat. De gemiddelde opnameduur in de ziekenhuizen is momenteel korter dan tijdens de eerste golf, wat een hogere doorstroom («turn over») geeft en daarmee ook extra druk voor het zorgpersoneel.
- In de eerste golf is men in alle sectoren tot afschaling van reguliere zorg overgegaan. Dat had gevolgen voor grote groepen non-COVID patiënten. De insteek van de zorgprofessionals op de voorbereiding op een mogelijke tweede golf was dan ook om de reguliere zorg zoveel mogelijk op het normale niveau te houden, vanuit het perspectief dat alle patiënten zo passend mogelijke zorg moeten blijven ontvangen. Omdat in de huidige situatie de zorg voor COVID-19 patiënten eerder dan verwacht en zo fors toeneemt, geeft dat capacitaire, organisatorische en logistieke knelpunten in de ziekenhuizen. Maar ook bijvoorbeeld in het verplaatsen van patiënten tussen ziekenhuizen, waar ambulances ook hun reguliere ritten hebben.
- In de eerste golf had de medische wereld te maken met een voor hen nog onbekend virus. De beperkte kennis over de gevolgen voor de gezondheid en het menselijk lichaam maakte dat de behandelmogelijkheden toen nog gering waren. Inmiddels is deze kennis, de mogelijkheden en daarmee het behandelperspectief behoorlijk toegenomen. Dat is positief voor de patiënt: er zijn effectievere behandelingen gekomen, ook voor patiëntengroepen waar tijdens de eerste golf nog geen goede mogelijkheden waren, en de kansen op goed herstel zijn toegenomen.
- Vanwege de afschaling van de reguliere zorg kwam er in de eerste golf veel extra personeel beschikbaar voor COVID-zorg. In de huidige situatie loopt de reguliere zorg zoveel mogelijk door, waardoor geen beroep op deze extra personeelscapaciteit kan worden gedaan. Daarbij zijn nog niet alle zorgmedewerkers hersteld van hun inspanningen tijdens de eerste golf. En ook hebben de ziekenhuizen nu – veel meer dan tijdens de eerste golf – te maken met personeel dat zelf besmet raakt met COVID-19 of vanwege verdenking daarvan in quarantaine is. Dit gaat ten koste van de totale beschikbare personeelscapaciteit.
- Een bijkomend gevolg van de lock down-maatregelen, die tijdens de eerste golf van kracht waren, was dat er minder ongelukken en incidenten (waaronder verkeers- en arbeidsongevallen, sportblessures) waren waardoor er minder (reguliere) acute zorg-patiënten hoefden te worden opgenomen. In de huidige situatie is speelt dit gevolg niet, waardoor het totale aantal acute zorg-patiënten nu hoger is dan toen.

Al deze nieuwe inzichten maken dat een voortdurende actualisering van plannen, draaiboeken en afspraken nodig is om de kwaliteit en de continuïteit van zorg voor alle patiëntgroepen zo goed mogelijk te borgen. Dit vraagt – bovenop alle inzet in de zorgverlening – om een extra inspanning van de zorgprofessionals, bestuurders en alle andere mensen die in de zorg werken.

Samen met hen bezie ik momenteel welke aanvullende acties nodig zijn om de zorgverlening in de komende maanden zo goed mogelijk overeind te houden. Ik zal u hierover op korte termijn nader informeren.

Acties instandhouding curatieve zorg

Ook nu we het aantal besmettingen zien oplopen is en blijft het uitgangspunt dat de totale zorgverlening – zowel COVID-zorg als alle andere, reguliere zorg – zo goed mogelijk en op een acceptabel kwaliteits-

niveau in stand gehouden wordt. De maatregelen die we nu nemen zijn bedoeld om afschaling van de reguliere zorg op korte termijn te voorkomen. Dit vraagt van alle betrokken partijen dat ze maximaal samenwerken, binnen hun verantwoordelijkheden al het mogelijke doen om de zorg overeind te houden en daarbuiten ook tot aanvullende creatieve oplossingen komen in deze extreme situatie voor patiënt en zorgprofessional.

Samenwerken aan kwaliteit en continuïteit voor de patiënt

In deze tijd is goede samenwerking tussen alle partijen cruciaal. Naast de reguliere samenwerking vraagt een crisis van alle betrokkenen dat we soms – aanvullend op de bestaande rollen, taken en verplichtingen – extra verantwoordelijkheid nemen. Samen geven tal van betrokken partijen daar invulling aan, waaronder:

- Ziekenhuizen en andere zorgaanbieders in de keten (zoals huisartsen, wijkverpleging en de ouderenzorg): de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders voor het organiseren van goede zorg zijn vastgelegd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). In artikelen 2 en 3 van de Wkkgz is opgenomen dat zorgaanbieders goede zorg moeten aanbieden, die van goede kwaliteit en van goed niveau is dusdanig dat zij in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, en dat de zorg zodanig is georganiseerd dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg. Op basis van deze bepaling zijn zorgaanbieders ook verplicht zich voor te bereiden op incidenten en crises die de zorgaanbieder kunnen treffen. En dat doen ze nu ook, binnen hun mogelijkheden bij zo'n grote crisis als de COVID-pandemie.
- ROAZ en LCPS: Van aanbieders van acute zorg wordt verwacht dat een vertegenwoordiger deelneemt aan een van de regionale overleggen acute zorg (ROAZ). In deze overleggen wordt het aanbod van acute zorg in de regio afgestemd op de vraag naar acute zorg in de regio. De instelling van het ROAZ is geregeld in de Beleidsregels Wet toelating zorginstellingen 2017. Voor de praktische invulling van het ROAZ wordt inmiddels ook gebruik gemaakt van de concept algemene maatregel van bestuur acute zorg (amvb acute zorg), waarvan de Tweede Kamer in oktober 2019 de laatste actualisatie heeft ontvangen. In de concept amvb is opgenomen dat deelnemers een verplichting hebben om de gezamenlijke afspraken in het ROAZ na te komen. Het is ook belangrijk dat de instellingen voor langdurige zorg goed vertegenwoordigd zijn in de ROAZ. Het LCPS is op verzoek van het Ministerie van VWS en in opdracht van het LNAZ in de eerste golf opgericht. Het LCPS heeft als doel om de werklast van de COVID-zorg in de Nederlandse ziekenhuizen tijdens de crisis te spreiden, zodat landelijk de totale patiëntenzorg zo effectief mogelijk kan doorgaan.
- Veiligheidsregio's (GGD-en): In geval van een ziekte die is ingedeeld in groep A, waaronder COVID-19, zijn veel bevoegdheden voor de aanpak van deze ziekte belegd bij de voorzitter van de veiligheidsregio. In art. 33 en 34 van de Wet Veiligheidsregio's (Wvvr) is opgenomen dat het bestuur van de veiligheidsregio afspraken maakt met geneeskundige hulpverleners over de inzet bij rampen en crises en de voorbereiding daarop. Het is daarbij van belang dat zorgaanbieders moeten kunnen instaan voor de goede zorg aan alle patiënten die aan hen zijn toevertrouwd, conform de Wkkgz. De taak van de directeur publieke gezondheid is om er tijdens een crisis samen met de zorgaanbieders voor te zorgen dat de beschikbare geneeskundige hulpverlening optimaal wordt ingezet.
- Koepelorganisaties: vertegenwoordigen de belangen van hun leden. Zij zijn een essentiële gesprekspartner voor het Ministerie van VWS doordat zij de zienswijzen vanuit hun specifieke context kunnen

inbrengen in de beleidsontwikkeling. Vanaf de eerste golf tot op heden is er wekelijks overleg met de koepelorganisaties om de signalen uit hun achterban te horen; om hen mee te nemen in de maatregelen en beslissingen die in het kader van de crisisaanpak genomen worden zodat zij hun leden daarover weer goed kunnen informeren; en om samen te werken aan gedragen oplossingen voor de crisisgerelateerde vraagstukken in de sector.

- Zorgverzekeraars: zijn in het kader van hun zorgplicht verantwoordelijk voor het toegankelijk en tijdig beschikbaar zijn van zorg, zodat verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang hebben tot alle zorg uit het basispakket. In de afgelopen periode hebben zij met verschillende regelingen bijgedragen aan de financiële continuïteit van de zorgaanbieders tijdens deze crisis. Zo zijn afspraken gemaakt over hulp aan ziekenhuizen die mogelijk door COVID-19 in de financiële problemen komen. Deze afspraken zijn een aanvulling op het gebruikelijke proces van het inkopen van zorg door zorgverzekeraars voor hun verzekerden.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa): is de toezichthouder die vooral kijkt naar de beschikbaarheid en continuïteit van zorg. Vanuit die rol heeft de NZa op verzoek van de toenmalige Minister voor MZS in april de opstart van de reguliere zorg gemonitord. Vanuit die rol neemt de NZa op dit moment de coördinatie en monitoring op zich van de ontwikkeling van de COVID-zorg en (uitstel van) reguliere zorg. Dat doet de NZa samen met ziekenhuizen, zorgverzekeraars en het LCPS. Ook monitort de NZa de toegang voor patiënten tot de reguliere zorg.
- Inspectie Gezondheidszorg en jeugd (IGJ): is de toezichthouder die de veiligheid en kwaliteit van de zorg bewaakt en bevordert. De IGJ heeft vanaf de eerste golf veelvuldig met de zorgaanbieders contact gehad om met hen te spreken over de specifieke risico's die men zag en over hoe die te beheersen in de praktijk. En ook is de IGJ met hen in gesprek over hoe je onder deze moeilijke omstandigheden nog menslievende zorg kan geven aan de patiënt. De IGJ heeft ook doorlopend aandacht voor het welzijn van de zorgverleners en de mate waarin zij zich nog toegerust voelen om goede en veilige zorg te geven. Daarnaast kijkt de IGJ ook naar hoe zorgaanbieders in ketens en netwerken met elkaar samenwerken en heeft ze contact met patiënten en patiëntenorganisaties.
- Minister van VWS: de Wet publieke gezondheid (Wpg) regelt dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) leiding geeft aan de bestrijding van een uitbraak van een infectieziekte uit groep A, waaronder COVID-19. In de Wpg zijn geen bepalingen opgenomen over de organisatie van de zorg.
- Minister voor MZS: De stelselverantwoordelijkheid van de Minister voor MZS blijft ook tijdens deze coronacrisis gelden. Zij zorgt er samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties voor dat er genoeg voorzieningen zijn en dat mensen voldoende keuzemogelijkheid hebben. Hierbij hoort dat zij er zorg voor draagt dat zorgaanbieders en zorgverleners maximaal comfort hebben over de financiële gevolgen van de pandemie. De toezichthouders rapporteren aan de Minister over hun bevindingen.

Wat betreft de toelichting op de verantwoordelijkheidsverdeling en beslissingsbevoegdheid bij een grote uitbraak van een infectieziekte verwijs ik u graag naar de brief³⁷ van 24 maart 2020.

³⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 199

10. Reguliere zorg

Spreading van patiënten om reguliere zorg te continueren

Om in de regio's in het westen ruimte voor de reguliere zorg te blijven houden is het belangrijk dat mensen met COVID-19 verspreid worden over het land. Het LCPS inmiddels overgegaan tot het landelijk spreiden van COVID-19 patiënten, met name door verplaatsingen vanuit de grote steden in West-Nederland naar elders in het land. De ROAZ-regio's hebben afspraken gemaakt over de verdeling van COVID-19 patiënten. Een evenwichtige verdeling van COVID-19 patiënten is een randvoorwaarde om te borgen dat de reguliere zorg in regio's die zwaar door COVID-19 worden getroffen in deze tweede golf toegankelijk blijft. De NZa monitort samen met LCPS de spreading en is continu in gesprek met partijen uit de ROAZ'en om dit proces zo goed mogelijk te laten verlopen. Ze zijn hierbij alert op signalen en meldingen van knelpunten.

Contractering en financiële zekerheid

Om de uitvoering van de reguliere zorg verder te ondersteunen en toekomstbestendig te maken is het belangrijk dat de contractering tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen voor 2021 zo voorspoedig mogelijk verloopt. Verzekeraars en aanbieders zijn in gesprek om te waarborgen dat de reguliere zorg zoveel als mogelijk doorgang vindt naast de zorg voor COVID-19-patiënten, en om de reguliere inkoopafspraken te complementeren met een set van maatregelen om bedoeld comfort te verschaffen. Dit gaat om afspraken die ook over 2021 een vangnet bieden voor zorgaanbieders die als gevolg van COVID-19 door onverhoopte vraaguitval in financiële problemen komen en om afspraken over de meerkosten die de COVID-19-pandemie in 2021 met zich mee kan brengen. Verzekeraars wijzen hierbij overigens ook op de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders zelf, banken en de overheid bij het opvangen van extra kosten door COVID-19. Voor 2020 lopen er reeds regelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders betreffende continuïteitsbijdrages en meerkosten door COVID-19. De Minister van Medische Zorg en Sport staat hierover in contact met de partijen waaronder ZN.

Toegankelijkheid van reguliere zorg

De NZa heeft sinds de oplopende besmettingen de coördinatie op de toegankelijkheid van reguliere zorg geïntensiveerd. Zij trekt nauw op met de IGJ om zowel de ontwikkelingen in de toegankelijkheid als de kwaliteit van zorg te kunnen volgen. Daarnaast werkt de NZa aan gezamenlijke afspraken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars om proactief naar zorgbemiddeling te kijken om de reguliere zorg elders door te laten gaan wanneer dat niet bij de eigen zorgaanbieder kan. Mocht hiervan sprake zijn, dan is het belangrijk dat mensen weten wat de mogelijkheden zijn. Daarom start ik met de NZa, de Patiëntenfederatie en het RIVM een gezamenlijke communicatieaanpak waarin zorgprofessionals en het algemeen publiek geïnformeerd en gewezen worden op de mogelijkheid van zorgbemiddeling.

Daarnaast wordt de eerder ontwikkelde informatiekaart aangepast naar de huidige situatie. Deze informatiekaart «Toegang tot zorg tijdens corona: hoe informeer ik mijn patiënten?» is bedoeld voor zorgprofessionals en zal verspreid worden onder beroeps- en brancheorganisaties. Doel van de informatiekaart is om zorgprofessionals te helpen bij communicatie naar hun patiënten en de mogelijkheden van zorgbemiddeling onder de aandacht brengen. Ook blijf ik samen met deze partijen mensen oproepen om bij klachten contact op te nemen met de eigen zorgverlener. Samen

met de zorgverlener kan worden gekeken naar passende zorg. Dit kan mogelijk ook in een andere vorm zijn, bijvoorbeeld door middel van zorg op afstand.

Handreiking afschalen van de reguliere zorg

Op 3 juni jl. heb ik aan uw Kamer gemeld dat branche- en beroepsverenigingen zelf ook het nodige in gang zetten wat betreft het veilig kunnen open afschalen van reguliere zorg. Zo heeft de Federatie Medisch Specialisten (FMS) samen met de NHG, LHV en de Patiëntenfederatie eerder al een handreiking gemaakt voor het opstarten van poliklinische non-COVID zorg. De FMS is samen met partijen nu bezig om deze handreiking te herschrijven naar het verantwoord afschalen van zorg. De handreiking biedt handvatten aan ziekenhuizen om ten tijde van schaarste reguliere poliklinische zorg zoveel mogelijk te behouden en/of af te schalen. Maatwerk en flexibiliteit zijn de belangrijkste uitgangspunten voor zorgvuldige besluitvorming over het afschalen van bestaande zorg. De besluiten om al dan niet zorg uit te stellen worden uiteindelijk in de ziekenhuizen en instellingen zelf genomen. Medisch specialisten en ziekenhuizen/instellingen stemmen in gezamenlijkheid af welke zorg wel of niet verantwoord uitgesteld kan worden en hoe dat vorm te geven. De handreiking kan hen hierin ondersteunen.

Opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis

Ik heb aan de directeuren Publieke Gezondheid (DPG-en) van de Veiligheidsregio's gevraagd te borgen dat er voldoende tijdelijke zorgcapaciteit gerealiseerd wordt voor COVID-patiënten voor wie opname in het ziekenhuis niet (langer) gewenst, mogelijk of medisch zinvol is; of voor wie zorg in de thuissituatie niet veilig of efficiënt is. Deze plekken worden overwegend door instellingen in langdurige zorg gerealiseerd.

Ter voorbereiding op een tweede golf hebben de DPG-en op mijn verzoek een ramingsmodel ontwikkeld. Het gaat landelijk om minimaal 300 plekken die direct beschikbaar moeten zijn, 550 extra plekken die binnen 72 uur in gebruik genomen moeten kunnen worden en 1.150 plekken die binnen 2 weken kunnen worden gerealiseerd. Momenteel zijn er circa 250 van deze bedden in gebruik. De financieringsafspraken zoals gemaakt met betrokken partijen op 10 april jl. gelden onverkort. ZN en ActiZ hebben besloten tot eind 2020 het tarief voor de feitelijk bezetting van de cohortverpleging naar € 507 per dag te verhogen. Kosten voor beschikbaarheid en eventuele andere meerkosten blijven ex-post verrekend worden via de NZa-prestatie continuïteitsbijdrage en meerkosten.

Uitvoering van het Opschalingsplan COVID-19

Op verzoek van de toenmalige Minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) het «Opschalingsplan COVID-19» opgesteld voor de opschaling van IC- en klinische capaciteit. Het plan is op 30 juni 2020 aan de Tweede Kamer verzonden en is nu volop in uitvoering.

Uitbreiding IC- en klinische bedden capaciteit

Het opschalingsplan is momenteel in uitvoering en een deel is al gerealiseerd. Op basis van het «Opschalingsplan COVID-19» is er per 1 oktober 2020 een uitbreiding van 1.150 naar 1.350 IC-bedden en aanvullend ook 400 extra klinische COVID-bedden gerealiseerd. Het plan is verder dat per 1 januari 2021 nog een aanvullende opschaling zal

plaatsvinden met 350 flexibele IC-bedden (tot een totaal van 1.700 IC-bedden) en 700 extra flexibele klinische bedden.

We zijn ver gevorderd met een subsidieregeling waarmee de bekostiging van de opschaling van de IC-bedden en bijbehorende klinische bedden zal plaatsvinden. De subsidieregeling zal meerdere aspecten van de opschaling dekken: het feitelijke opschalen door aanschaf van medische inventaris en aanpassingen in de huisvesting, het beschikbaar houden van bedden en personeel, het opleiden van huidige en nieuwe medewerkers en het aanleggen van een crisisvoorraad geneesmiddelen. De uitgangspunten van deze subsidieregeling worden momenteel afgestemd met de ziekenhuizen en de ROAZ-voorzitters. Zo is er op 9 oktober 2020 een webinar geweest om de subsidieregeling toe te lichten aan de ziekenhuizen. Via deze subsidieregeling wordt geld beschikbaar gesteld tot en met 2022. De subsidieregeling is tijdelijk van aard, en wordt afgebouwd wanneer er een werkend vaccin of geneesmiddel is, of wanneer COVID nagenoeg niet meer van invloed is op de ziekenhuiszorg. Om de duur van de subsidieregeling voor de periode t/m 2022 mogelijk te maken, is een nota van wijziging in voorbereiding, die we nog voor de behandeling van de VWS-begroting willen indienen.

Vervoer en coördinatie

Naar aanleiding van het plan zijn in alle regio's voorbereidingen getroffen voor flexibele opschaling van het patiëntenvervoer zoals Mobiele Intensive Care Units (MICU's), begeleid IC-transport en de inzet van een helikopter voor IC-vervoer. Wat betreft de coördinatie is het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) sinds 23 september weer gestart met het bovenregionaal spreiden van patiënten. Dit doen zij vanuit de locatie van de Landelijke Meldkamer Samenwerking in Zeist. Ten behoeve van de monitoring van de actuele bedbezetting in de ziekenhuizen en het in kaart brengen van de mogelijkheden voor spreiding werkt het LNAZ aan een voorstel voor actueel en betrouwbaar inzicht in bezette en beschikbare acute bedden, op de IC en in de kliniek.

Duitsland en België

Met de Duitse deelstaat Noordrijn-Westfalen is afgesproken dat het, op basis van wederkerigheid, in geval van nood bereid blijft om Nederland bij te staan. Op basis van deze afspraken met Noordrijn-Westfalen mag Nederland wederom een beroep doen op IC-bedden in Noordrijn-Westfalen. Gezien de ontwikkelingen van ook stijgende besmettingen in Duitsland zijn de afspraken van toepassing op voorwaarde dat de Duitse capaciteit dit toelaat. Onderkend is dat overbrenging van patiënten naar Duitse ziekenhuizen tijdig moet gebeuren. De logistieke mogelijkheden zijn immers begrensd vanwege de vaak lange reisafstand.

Met België wordt momenteel verkend of een soortgelijke afspraak mogelijk is. De afspraak zal dan zijn op basis van de beide patiënt spreidingssystemen, wederkerigheid en mits de Belgische en Nederlandse capaciteit het toelaat om patiënten over te nemen.

Stand van zaken omtrent code zwart

Onverhoopt en onverwacht zou een situatie kunnen ontstaan dat de intensive care capaciteit tekortschiet ten opzichte van het aantal patiënten. Het kabinet en alle betrokken partijen in de zorg doen er alles aan om dit te voorkomen, maar het is goed om voorbereid te zijn op het onverwachte. Om in zo'n situatie de druk van een keuze niet bij de individuele zorgverlener te leggen, is een Draaiboek Triage ontwikkeld door de

artsenfederatie KNMG en de FMS. Hierover heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport op 2 oktober jl. een brief gestuurd³⁸. De IGJ heeft contact met de FMS en de KNMG over de voltooiing van het Draaiboek en zal deze partijen desnoods vragen hier versnelling in aan te brengen.

11. Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)

«Gisteren heb ik uw Kamer via een brief³⁹ geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek naar de voorraden persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en de acties die ik hiervoor onderneem. Uit het onderzoek is gebleken dat er voldoende PBM zijn in geval van een tweede COVID-19 golf inclusief regulier en preventief verbruik. Ook tijdens een onverhoopte derde COVID-19 golf zijn er voor de meeste PBM voldoende voorraden beschikbaar.

Internationaal PBM

Op 19 maart jl. heeft de Europese Commissie (EC) besloten om een Europese medische voorraad, zogeheten rescEU medical stockpile, aan te gaan leggen in de context van COVID-19 en Ebola (en toekomstige grensoverschrijdende gezondheidsrisico's). Lidstaten kunnen zich bij de EC aanmelden om voorraden van – bijvoorbeeld – beschermend materiaal en apparatuur te (laten) ontwikkelen en deze te beheren voor de EC. In de Kamerbrief van 4 juni jl.⁴⁰ heeft mijn ambtsvoorganger al eerder aangegeven dat Nederland voornemens was om zich als gastland aan te melden voor een RescEU voorraad. In formele terminologie betekent dit dat Nederland de rol van beheerder van een RescEU medische capaciteit op zich zou nemen. Als beheerder ben je verantwoordelijk voor de inkoop, opslag, het beheer en de distributie van de voorraad. De kosten daarvan zijn voor de EC. Het is ook de EC die uiteindelijk – in tijden van crisis – bepaalt welke producten naar welke lidstaat worden gedistribueerd.

Nederland heeft eind september een voorstel bij de EC ingediend. De EC beoordeelt op dit moment alle ingezonden voorstellen. De aanmelding van Nederland laat de solidariteit van Nederland zien om de coronacrisis (en toekomstige crisissen) gezamenlijk aan te pakken. Het is tegelijkertijd ook een bijdrage om onze (Europese) afhankelijkheid van productie ver van huis te verminderen. Duitsland, Roemenië, Denemarken, Griekenland, Hongarije en Zweden zijn – naar aanleiding van eerdere aanmeldrondes – al geselecteerd als gastland voor de RescEU voorraden.

Naast het aanleggen van een RescEU voorraad, is het ook van belang dat we op Europees en nationaal niveau de samenwerking op andere gebieden blijven zoeken. Bijvoorbeeld om onze eigen Europese sectoren structureel weerbaarder te houden en de leveringszekerheid van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen te borgen. In mijn reactie op de Initiatiefnota van Veldman⁴¹, ga ik verder op dit onderwerp in. Leveringszekerheid van medische producten, zoals medische hulpmiddelen (waaronder persoonlijke beschermingsmiddelen) en geneesmiddelen, is van groot belang. In Europees verband wordt in dit kader ingezet op verdere versterking van de strategische autonomie en weerbaarheid en versterking van de EU positie in internationale waardeketens. Voor geneesmiddelen wordt ook ingezet op een stevige en concrete geneesmiddelenstrategie.

³⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 617

³⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 624

⁴⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 386

⁴¹ Kamerstuk 35 537, nr. 2

De Europese Raad van 2 oktober jl. heeft de Europese Commissie gevraagd strategische afhankelijkheden in kaart te brengen, met name in de meest gevoelige industriële ecosystemen zoals gezondheidszorg, en maatregelen voor te stellen om deze afhankelijkheden te verminderen, onder meer door de productie- en toeleveringsketens te diversifiëren, voor strategische voorraden te zorgen en productie en investeringen in Europa te bevorderen. Het is van belang om te blijven inzetten op het functioneren van de Interne Markt en het tegengaan van (disproportionele) handelsbeperkingen, ook ten tijde van een volgende (gezondheids-)crisis. Een deel van de tekorten tijdens de eerste golf van de COVID-pandemie werd immers veroorzaakt doordat lidstaten hun grenzen sloten of producten op eigen grondgebied vorderden. De Europese Commissie heeft ten aanzien van de handel met derde landen ook enkele voorstellen gedaan die momenteel verder worden uitgewerkt.

Tot slot heeft Nederland – in het kader van de Europese samenwerking – ook ambtelijk en/of ministerieel contact gehad met een aantal lidstaten. Het doel van deze gesprekken was o.a. om lessons learned en ervaringen gedurende de coronacrisis uit te wisselen. Nederland blijft zich inzetten op actieve samenwerking en het uitwisselen van good practices en ervaringen.

Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid

Met het sterk oplopend aantal besmettingen is de kans groter om zelf ook ziek te worden. Die kans lopen we allemaal, maar bij de één zijn de gevolgen groter dan voor de ander. Het is niet een kwestie van «als de ene groep zich even terugtrekt, kan de andere groep zijn gang gaan». We kunnen allemaal ziek worden, we willen allemaal meedoen en van betekenis zijn voor elkaar. Kwetsbare ouderen, mensen met een handicap, mensen met een longziekte, mensen met een psychische aandoening, en andere mensen met een kwetsbare gezondheid.

12. Kwetsbare ouderen in verpleeghuizen

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

- Het RIVM (peildatum 12 oktober 2020) schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij bijna 10.600 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ruim 3.140 mensen als overleden zijn gemeld.⁴² ⁴³ Een groot deel van de mensen herstelt gelukkig, mede door de goede verzorging die zij ontvangen.
- Ook de cijfers van Verenso laten een toename zien van het aantal besmettingen in verpleeghuizen. Verenso meldt dat cumulatief 13.877 bewoners zijn geregistreerd met (mogelijk) COVID-19 in verpleeghuizen (peildatum 13 oktober).⁴⁴ Dit is een toename van 723 patiënten in vergelijking tot de week ervoor. Dit zijn 427 patiënten met een verdenking op COVID-19 en 296 patiënten waarbij COVID-19 middels een test is vastgesteld.

⁴² 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.

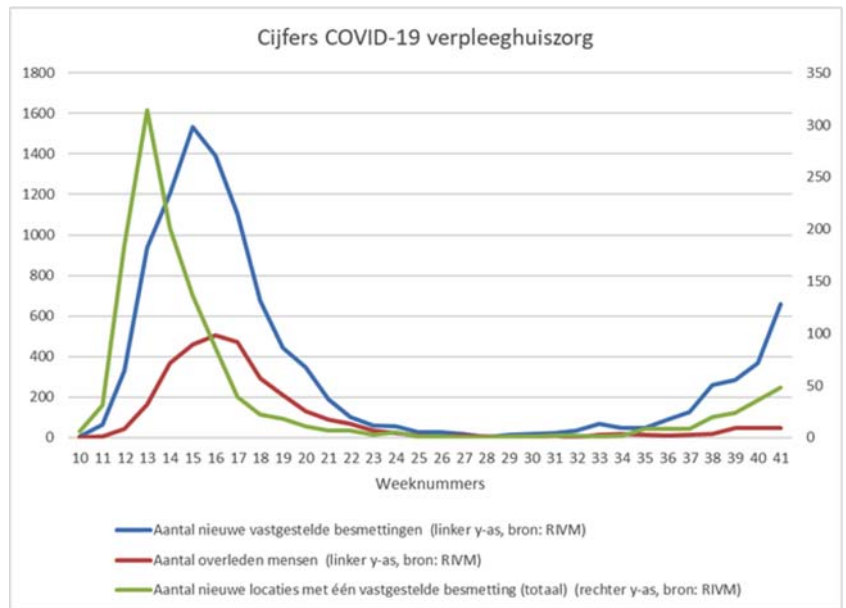
⁴³ Alle bevestigde COVID-19 besmettingen worden geregistreerd. Voor de verpleeghuizen gebeurt dit door de specialisten ouderengeneeskunde, die het melden bij de GGD. De GGD geeft de cijfers door aan het RIVM. Het RIVM beschikt niet over het aantal verdenkingen van een COVID-19 besmetting.

⁴⁴ 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.

- Op 1 januari 2020 woonden circa 120.000 zeer kwetsbare mensen in een verpleeghuis. Dit betekent dat bij bijna 9% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en ruim 2,5% van de bewoners is overleden.
- Het aantal locaties waar over de gehele periode sprake is (geweest) van een bevestigde besmetting van 1 of meer personen is 1.243.⁴⁵ Dit is ongeveer 50% van het totaal aantal verpleeghuislocaties in Nederland.
- Het RIVM schat dat op dit moment bij ongeveer 308 verpleeghuislocaties sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Dit getal is een schatting op basis van het aantal verpleeghuislocaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is van tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test. Dit aantal is vergelijkbaar met aantal locaties aan het begin van de eerste golf medio maart jl.
- Op dit moment (peildatum 12 oktober 2020) staan er 131 clusters (in verpleeghuizen geregistreerd in Osiris. De gemiddelde clustergrootte is 11,6, maar deze verschilt van 3 tot 131. In de GGD-regio's Rotterdam-Rijnmond (21), Haaglanden (16), Amsterdam (14), Hart voor Brabant (11) en West-Brabant (11) komen de meeste clusters voor. De cijfers van het RIVM en Verenso laten zien dat ook in de verpleeghuizen het aantal bewoners met een vastgestelde COVID-19 besmetting snel toeneemt.
- Deze sterke toename is ook te zien in aantal verpleeghuislocaties waar de afgelopen 28 dagen minimaal één COVID-19 besmetting is bevestigd: in de afgelopen maand is het aantal locaties met besmettingen met meer dan 40 procent per week gestegen en ligt nu op een niveau dat vier keer zo hoog is als een maand geleden. Het aantal bewoners waarbij COVID-19 is vastgesteld en is overleden stijgt licht; een groot deel van de mensen herstelt zich. In de vergelijking met de cijfers voor het voorjaar is relevant dat er nu veel meer getest wordt.

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

⁴⁵ Vanaf 1 juli wordt bij een bij de GGD gevraagd of de patiënt in een instelling woont. Dit geeft een meer betrouwbare schatting van het aantal gevallen besmettingen in verpleeghuizen. Om na te gaan welke locaties een besmetting hebben, wordt de postcode van de melding gekoppeld aan de lijst van instellingen.



Ontwikkelingen m.b.t. besmettingen

Als de besmettingsgraad in een regio oploopt, is de kans steeds groter dat het virus via personeel en bezoek ook vat krijgt op bewoners van verpleeghuizen. Dat zien we helaas ook in toenemende mate gebeuren. Verpleeghuizen nemen, wanneer zij te maken hebben met besmettingen, maatregelen die passen bij hun specifieke situatie. Alle verpleeghuizen hebben met behulp van de door de sector opgestelde handreiking voor bezoek en sociaal contact een plan opgesteld. In dat plan is aandacht voor bezoek en sociaal contact tijdens een uitbraak op een locatie: voor ieder inschalingsniveau (waakzaam-zorgelijk-ernstig) is opgenomen wat dat betekent voor bezoek en sociaal contact. Voor iedereen, maar zeker voor bewoners van verpleeghuizen, geldt dat menselijk contact essentieel is voor het welbevinden. Gelukkig is dit in veruit de meeste verpleeghuizen weer mogelijk. Als in een verpleeghuis sprake is van één of meer besmettingen, zal de bestuurder maatregelen treffen om verspreiding van het virus tegen te gaan. Dit kan betekenen dat bezoek tijdelijk wordt beperkt. Zodra de situatie het toelaat, zal bezoek weer mogelijk zijn.

Als de besmettingsgraad in de omgeving oploopt, worden verpleeghuizen hierover geïnformeerd door de directeur Publieke Gezondheid (PG) van de betreffende regio. Tevens bespreekt de PG welke maatregelen de verpleeghuizen kunnen treffen die passen bij de lokale situatie. Deze maatregelen, die ook zijn opgenomen in de routekaart, hebben betrekking op:

- het (strikter) uitvoeren van een gezondheidscheck en de registratie bij bezoek;
- het frequenter testen van bewoners en zorgmedewerkers, in geval er sprake is van een uitbraak op de locatie;
- het preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen door personeel en door bezoekers;
- het gericht beperken van sociaal contact en bezoek met oog voor het belang voor mensen om hun naasten te kunnen blijven ontmoeten;
- het verkleinen van dagbestedingsgroepen of het scheiden van groepen van bewoners en groepen van mensen die thuis wonen.

In mijn brief van 16 juli jl. over «Lessen verpleeghuizen met het oog op een eventuele tweede golf»⁴⁶ ben ik ingegaan op hoe we ons voorbereiden op de tweede golf. Belangrijk daarbij is dat de verpleeghuizen ervoor zorgen dat zij zijn voorbereid (bijvoorbeeld crisisdraaiboeken en (hygiëne)protocollen op orde, bezoekbeleid uitgewerkt), dat er voldoende testcapaciteit is en er voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar zijn.

De Academische Werkplaatsen doen op mijn verzoek sinds eind maart onderzoek naar deze voorbereiding (inhoud en proces) en gebruiken hierbij de crisisdagboeken die verpleeghuizen bijhouden. Uit dit onderzoek blijkt dat de deelnemende verpleeghuizen zich – zonder uitzondering – hebben voorbereid op een tweede golf. Daarnaast evalueren de Academische Werkplaatsen de ervaringen met de versoepelingen van de eerdere bezoekregeling. De planning is dat het evaluatierapport half oktober verschijnt en dan aan Uw Kamer wordt gezonden.

Voorts neemt VWS zelf contact op met verpleeghuizen waarvan wij vernemen dat sprake is van een behoorlijke uitbraak. In deze gesprekken vragen wij naar de voorbereidingen die zij al getroffen hebben. Tot nu toe blijkt dat zij een plan hebben en deze gebruiken bij een uitbraak, bijvoorbeeld om besmette cliënten te cohorteren en met vaste teams van medewerkers op deze groep te werken.

Hoe goed de verpleeghuizen zich ook hebben voorbereid, de situatie baart zorgen (zie cijfers hierboven). Tegelijkertijd geven de zorgaanbieders aan dat de situatie belangrijk anders is dan tijdens de eerste golf:

- Er is meer bekend over het virus waardoor mogelijk besmette bewoners eerder worden herkend;
- Er wordt snel en veelvuldig getest, waardoor uitbraken sneller in beeld zijn en kunnen worden beheerst o.a. door middel van cohorten;
- Zorgaanbieders zetten preventief PBM in, zowel voor zorgverleners als voor bezoekers, zodat de kans op besmetting kleiner wordt.
- In geval van een uitbraak wordt de mogelijkheden voor bezoek beperkt voor het deel van de locatie waar de uitbraak zich voordoet. Bovendien worden dan, in lijn met het OMT-advies worden bewoners en zorgverleners veelvuldig getest om zo goed zicht te hebben op de uitbraak en de uitbraak te kunnen indammen.
- Ook noemen zorgaanbieders de betere samenwerking in ROAZ verband en met de GGD'en als steun in de rug.

Hierdoor hebben de zorgaanbieders meer grip op het voorkomen van uitbraken en het beheersen ervan. De voornaamste zorg is het beschikbaar hebben van voldoende zorgverleners. Tijdens de eerste golf waren meer zorgverleners beschikbaar, bijvoorbeeld omdat de dagbesteding en andere activiteiten waren afgeschaald, terwijl nu juist enorm wordt ingezet om deze door te laten gaan. Ook vragen de «overloop» bedden (tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis) om extra bemensing. Daarnaast speelt dat veel van de zorgverleners, die zich hebben ingespannen tijdens de eerste golf, daarvan nog niet geheel zijn hersteld. Ook verlangen vele zorgverleners terug naar de periode dat zij zonder COVID-19 persoonsgerichte zorg konden bieden.

Het is belangrijk dat de zorgaanbieders aandacht geven aan het vitaal en gemotiveerd houden van medewerkers en er zijn inmiddels vele mooie voorbeelden van hoe zorgaanbieders dat doen, zoals het organiseren van

⁴⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 461

goede teamreflecties.⁴⁷ Ook zien we dat zorgaanbieders samenwerken om over voldoende zorgverleners te beschikken, bijvoorbeeld door zorgverleners uit te wisselen.

Hoewel de verpleeghuizen meer grip hebben dan tijdens de eerste golf, vind ik het – met de partijen in de sector – van groot belang om de ontwikkeling nauwgezet te volgen en ondersteuning te organiseren daar waar dat nodig is.

Daarnaast houdt de IGJ richtinggevend, stimulerend toezicht op zorgaanbieders. Zij is aanhoudend in contact met de verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties bijvoorbeeld door middel van belrondes op specifieke thema's. De inspectie verwacht van zorgaanbieders dat zij zicht hebben op de geleerde lessen uit de eerste golf en deze toepassen in hun organisatie. En bij een eventuele tweede golf van besmettingen met het COVID-19 in de instelling de kwaliteit en veiligheid van de zorg voldoende kunnen garanderen.

De inspectie verwacht dat de zorgaanbieders de inspectie actief informeren bij besmetting(en) van cliënt(en) met het COVID-19 in verpleeghuizen die leiden tot risico voor de kwaliteit, veiligheid of continuïteit van de zorg voor cliënten. Daar waar signalen zijn van grote risico's op zorgtekorten voor cliënten, gaat zij op bezoek. Dit geldt niet alleen voor situaties waar risico's zijn als gevolg van een grote virusuitbraak. Maar voor alle situaties waar veilige zorg onder druk staat. De inspectie grijpt in als er sprake is van een situatie waarbij de kwaliteit en continuïteit van de zorg of veiligheid van cliënten onder de maat is.

Preventief testen in verpleeghuizen

Uit het onderzoek van Buurman en Hertogh van 29 augustus jl.⁴⁸ volgt het advies om pre-emptive testing te introduceren voor bewoners en medewerkers als de omgevingsprevalentie stijgt, maar er nog geen uitbraak in het verpleeghuis is. Er wordt wekelijks een steekproef getest. Het OMT heeft op 27 augustus jl. in zijn advies aangeven dat het advies over de inzet pre-emptive testing nog verder wordt uitgewerkt. Op 1 oktober is het OMT weer bij elkaar gekomen en heeft het onderstaande advies gegeven:

Bij oplopende incidentie van COVID-19 in de omgeving van het verpleeghuis, wordt geadviseerd aanvullende maatregelen te nemen, zoals het preventief gebruik van mondneusmaskers door bezoekers en medewerkers om de introductie in het verpleeghuis te voorkomen. In aanvulling op deze maatregelen, heeft het OMT zich gebogen over de optie van preventief periodiek testen van personeel en/of bewoners in een situatie met toenemende omgevingsincidentie, maar zonder vastgestelde COVID-19 in het verpleeghuis. Volgens het OMT is er op dit moment onvoldoende onderbouwing om preventief periodiek testen van medewerkers en/of bewoners van verpleeghuizen te adviseren. Het is niet duidelijk wat de toegevoegde waarde hiervan is bovenop de reeds ingestelde maatregelen om introductie te voorkomen en transmissie tegen te gaan.

Het OMT adviseert daarom om een pilotonderzoek uit te voeren naar de effectiviteit van preventief periodiek testen en daarbij verschillende scenario's te vergelijken:

- 1) het periodiek testen van bewoners;

⁴⁷ <https://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/teamreflectie-na-corona/>

⁴⁸ <https://unovumc.nl/covid-19/conclusie-en-aanbevelingen-covid-19-verpleeghuisstudie/>

- 2) het periodiek testen van medewerkers;
- 3) het periodiek testen van zowel bewoners als medewerkers.

Het pilotonderzoek zou plaats moeten vinden in een situatie waar nog geen introductie van COVID-19 is vastgesteld en preventief gebruik van mondneusmaskers wordt toegepast. Een werkgroep onder leiding van een van de OMT-leden werkt dit verder uit.

Naast het testen van personen zouden besmettingen in het verpleeghuis ook in het rioolwater kunnen worden aangetoond. Er is door het RIVM een pilotstudie in gang gezet om uit te wijzen of rioolmetingen bij verpleeghuizen doelmatig zijn en op welke schaal deze zouden kunnen worden ingezet. Grootschalige toepassing is echter voorlopig niet haalbaar. Het BAO onderschrijft het OMT-advies op beide onderwerpen en heeft geen verdere aandachtspunten.

Steekproefsgewijs testen bij verhoogde omgevingsprevalentie (irt motie Jetten)

Naast het preventief gebruik van medische mondneusmaskers, gaan de maatregelen waar de motie Jetten aandacht voor vraagt ook in op steekproefsgewijs testen bij een verhoogde omgevingsprevalentie.

Nu het OMT heeft geadviseerd eerst een pilotonderzoek uit te voeren naar de effectiviteit van preventief periodiek testen in een situatie waar nog geen introductie van COVID-19 is vastgesteld (zie hierboven) en preventief gebruik van mondneusmaskers wordt toegepast, wacht ik de uitkomsten van deze pilot af voordat ik deze maatregel ook invoer in andere sectoren.

Tot slot hebben de maatregelen voor verpleeghuizen betrekking op het hoogfrequent testen van bewoners en medewerkers in geval van een uitbraak. Omdat het OMT voor een aantal specifieke groepen, namelijk de verblijfsafdelingen voor ouderenpsychiatrie en geriatrische afdelingen binnen instellingen voor verstandelijk gehandicapten, heeft geconcludeerd dat het risico waarschijnlijk meestal vergelijkbaar is met verpleeghuizen, zal ook het beleid ten aanzien van hoogfrequent testen voor die groepen gelijkgeschakeld moeten worden met het beleid in verpleeghuizen. Uiteraard zal dit per locatie worden afgewogen en in nauw overleg met de GGD plaatsvinden.

Preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in verpleeghuizen

- In verpleeghuizen wonen mensen bij wie sprake is van een opeenstapeling van risicofactoren voor ernstig beloop en/of snelle verspreiding van COVID-19.
- Daarom is door het OMT naar aanleiding van het advies van Buurman en Hertogh op 27 augustus geadviseerd om bij een verhoogde COVID-19-prevalentie preventief mondneusmaskers te gebruiken door zorgmedewerkers en bezoekers om introductie van het virus te voorkomen. Dit is bevestigd in het OMT-advies van 28 september.
- Dit advies is door Venro en de NVAAG vertaald in hun behandeladvies (laatste versie van 6 oktober) om in ieder geval in regio's waar de situatie als zorgelijk wordt beoordeeld over te gaan tot preventief gebruik van chirurgische neusmondmaskers door medewerkers en bezoekers. Dit betreft een professionele afweging, waarbij ook de kwaliteit van de zorgverlening een rol kan spelen. Dat is ook de kern van het statement dat de bonden met V&VN op 12 oktober naar buiten hebben gebracht. In mijn brief van 12 oktober heb ik u reeds geïnformeerd over het meest recente OMT-advies over het gebruik van PBM

in andere delen van de (langdurige) zorg en de toereikendheid van de voorraden PBM in de komende periode.

- De directeur Publieke Gezondheid neemt vanaf niveau «zorgelijk» contact op met de instelling voor verpleeghuiszorg over het nemen van extra maatregelen zoals het preventief gebruik van PBM. De doorrekening van de verschillende scenario's in het onderzoek van Accenture waarover ik u op 12 oktober informeerde, laat zien dat ook wanneer PBM preventief worden ingezet in de zorg de benodigde pbm hiervoor de komende periode naar verwachting voldoende beschikbaar zijn.

Tijdens het debat over de ontwikkelingen rondom het Coronavirus van 22 september is toegezegd om het RIVM te vragen in de volgende stand van zakenbrief in te gaan op welke wijze de wijziging in WHO-richtlijnen is betrokken bij de LCI-richtlijn van het RIVM. Bijgevoegd vindt u de reactie van het RIVM (bijlage RIVM WHO bij kamerbrief over PBM).

Op 7 oktober heeft de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzocht om een kabinetsreactie op het nieuwsbericht «Mondkapjesbeleid verpleeghuizen was vooral ingegeven door schaarste». Ik verwijs voor mijn reactie naar mijn brief van 22 september⁴⁹ waarin ik reageer op het verzoek van de vaste commissie voor VWS op het nieuwsbericht «Mondkapjesrichtlijn RIVM voor ouderenzorg tóch gebaseerd op schaarste». Het beeld in de media is ontstaan is onjuist.

Kwetsbare ouderen thuis

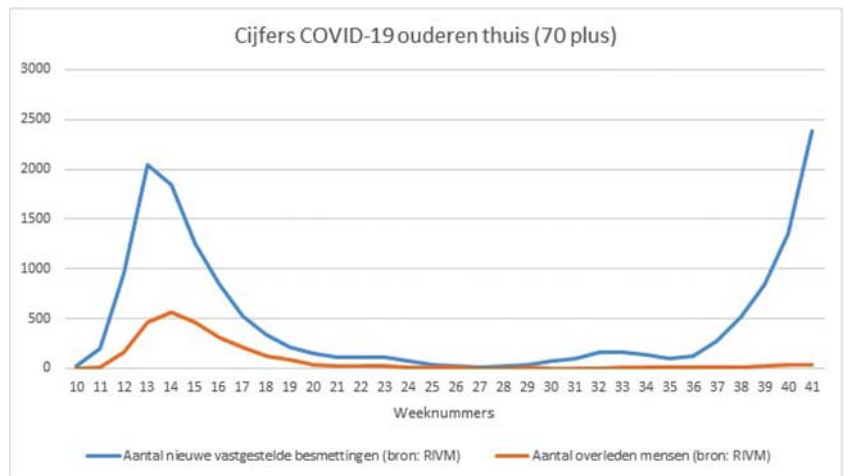
De stand van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 overlijden van ouderen thuis boven de 70 jaar is op dit moment als volgt: Het RIVM (peildatum 12 oktober) schat dat tot nu toe bij bijna 15.400 ouderen van boven de 70 jaar en die thuis wonen⁵⁰ een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ongeveer 2.680 mensen als overleden zijn gemeld.⁵¹ Hoeveel van deze ouderen in een kwetsbare gezondheid verkeerden of een vorm van zorg of ondersteuning thuis ontvingen, is niet bekend.

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. Vanaf week 37 neemt het aantal besmettingen steeds met meer dan de helft toe ten opzichte van de week ervoor. Het aantal sterfgevallen blijft op dit moment gelukkig nog achter op deze toename van het aantal besmettingen. In onderstaand figuur is deze ontwikkeling weergegeven vanaf 1 maart 2020. In de vergelijking met de cijfers voor het voorjaar is relevant dat er nu veel meer getest wordt.

⁴⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 564

⁵⁰ Thuis wonen betekent dat mensen niet in een verpleeghuis of een gehandicaptenzorginstelling wonen.

⁵¹ 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.



Ontwikkelingen m.b.t COVID-19 strategie voor ouderen

De uitbraak van COVID-19 en de maatregelen die naar aanleiding daarvan worden genomen, zijn ingrijpend voor ouderen thuis, hun mantelzorgers en naasten. Het leven in de periode waarin wij ons bevinden, moet werkbaar zijn voor iedereen en dus ook voor thuiswonende ouderen. Om hierover structureel het goede gesprek te kunnen voeren met elkaar, is een COVID-19-strategie nodig, voor zowel de kortere als langere termijn. Zoals aangekondigd in de vorige stand van zaken brief⁵² stuur ik u bijgevoegd de uitgangspunten voor deze strategie (bijlage Strategie ouderen thuis)⁵³.

Deze uitgangspunten zullen tot medio 2021 door het RIVM ieder kwartaal worden gemonitord. De uitkomsten worden gebruikt in de gesprekken met de landelijke vertegenwoordiging van gemeenten, verzekeraars, mantelzorgers, professionals, aanbieders, cliënten en seniorenorganisaties om te kijken of en waar bijsturing wenselijk is. Dit is tevens één van de belangrijke lessen uit de eerste golf.

Rekening houden met verscheidenheid

Tijdens de eerste corona golf zijn ingrijpende maatregelen genomen voor mensen in de risicogroepen. Dit gold daarmee ook voor de groep ouderen boven de 70 jaar. Vanuit seniorenorganisaties kwam kritiek dat de maatregelen en adviezen voorbij gaan aan de diversiteit van de groep ouderen. Een groot deel van hen is vitaal en zou, gegeven algemene maatregelen en met inachtneming van hun eigen gezondheid en dat van bezoekers, meer kunnen blijven participeren in het nieuwe normaal. Bovendien is sociaal contact heel belangrijk en helpt het als de mogelijkheden hiertoe zoveel als mogelijk in stand kunnen worden gehouden. Overigens is door het OMT op het eerdere advies over bezoekregeling voor ouderen een uitzondering gemaakt voor ouderen die in een sociaal isolement dreigden te raken. Voor hen werd geadviseerd 1 tot 2 mensen te zoeken die contact met hen kan onderhouden, waarvan ook bezoek aan huis onderdeel was om een goed beeld te krijgen hoe het met de oudere gaat.

⁵² Kamerstuk 25 295, nr. 543

⁵³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Leden Laan-Geselschap en Bergkamp hebben in een motie⁵⁴ gevraagd of, richting een tweede golf, in de adviezen rekening kan worden gehouden met de verschillen binnen de grote groep ouderen. Ik heb prof. Hertogh gevraagd hier een advies over te geven, in samenwerking met andere leden van het OMT. Dit advies heeft VWS onlangs ontvangen. In het advies wordt onderscheid gemaakt tussen ouderen die vitaal zijn of – om meerdere redenen – kwetsbaar. Uw Kamer ontvangt met deze brief een vertaling van het advies. Voor het brede publiek zal deze vertaling (opgemaakt naar voorbeeld van de routekaart) op korte termijn als afzonderlijke publicatie beschikbaar zijn. 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»)⁵⁵. Ik heb hiermee invulling gegeven aan de motie.

Catshuissessie ouderen

Kort voor het vorige debat heeft de Minister-President gesproken met een delegatie van ouderen. Uw Kamer had hier ook om gevraagd. De ouderen waren uitgenodigd vanwege hun persoonlijke ervaringen tijdens de eerste corona golf. Het waren ouderen met een diverse achtergrond die zelfstandig thuis wonen en allemaal hun eigen schrijvende ervaringen met de MP hebben gedeeld. Het waren indrukwekkende verhalen waarin de grote gevolgen van de coronacrisis duidelijk werden. Zij waren vaak verstoken van veel persoonlijk contact, bezigheden waren weggevallen – veel van deze ouderen waren voor corona nog bijzonder actief – en bezoek in het verpleeghuis was geruime tijd niet mogelijk. Eén van de deelneemsters stond nog vol in het werkzame leven. Ze had andere manieren gevonden haar werk uit te oefenen, maar voelde zich meer afhankelijk dan voorheen. Opvallend was dat ondanks alle heftige ervaringen en beperkingen waar men mee te maken had gekregen, iedereen over het algemeen positief was ingesteld: er werd gezocht naar nieuwe mogelijkheden het leven vorm te geven en gebruik te maken van digitale mogelijkheden. De hoop was er uiteraard wel dat de ernstige beperkingen die noodzakelijk waren in de eerste golf zich niet zouden herhalen. De MP vroeg ook naar de lessen die uit de eerste golf konden worden getrokken en welk advies aan het kabinet kon worden meegegeven. De volgende adviezen zijn gedeeld:

- meer maatwerk in verpleeghuizen zodat bezoek in een passende vorm altijd mogelijk blijft waarbij bezoekers en zorgverleners goed beschermd zijn;
- aandacht voor migranten ouderen zodat ook zij boodschappen en maatregelen goed begrijpen en cultuurspecifieke zorg;
- aandacht voor voldoende activiteiten en goede begeleiding;
- het goede gesprek moet met ouderen gevoerd worden over zinnige zorg, waarbij de kwaliteit van leven centraal zou moeten staan.

Eenzaamheid

Zoals ik in mijn vorige stand van zakenbrief heb aangegeven is de groep die zich emotioneel eenzaam voelt toegenomen tijdens deze corona periode. Van 1-8 oktober vond de 11^e Week tegen eenzaamheid plaats – dit keer met name digitaal. Ondanks dat veel geplande activiteiten voor

⁵⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 287

⁵⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

ontmoeting afgelast moesten worden, was de aandacht voor het thema enorm groot. Tal van voorbeelden van gemeenten, bedrijven, lokale ondernemers, wetenschappers, radio- en tv-omroepen, musea, sportbonden, vrijwilligers, bureaus, vrienden en familieleden hebben laten zien hoe zij verschil willen en kunnen maken in het doorbreken van de eenzaamheid. Vanuit het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid is de afgelopen twee jaar gebouwd aan een stevige infrastructuur met een Nationale Coalitie tegen eenzaamheid en in zo'n 200 gemeenten een lokale evenknie daarvan. De samenwerking daarbinnen en tussen heeft nu een essentiële rol in het opvangen en verzachten van de negatieve sociale gevolgen van deze crisis. Deze infrastructuur zal ik blijven ondersteunen. Met de huidige publiekscampagne op radio en televisie wordt iedereen ook opgeroepen tot het maken van een klein gebaar dat het verschil kan maken. We hopen dat hier groot gevolg aan wordt gegeven.

Mensen met een beperking in gehandicaptenzorginstelling of thuis

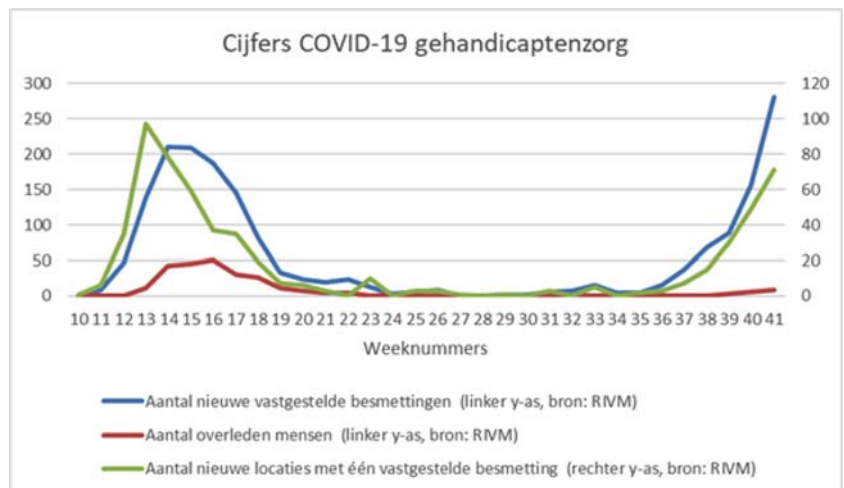
De situatie ten aanzien van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in instellingen voor gehandicaptenzorg is op dit moment als volgt:

- Het RIVM (peildatum 12 oktober) schat in dat tot nu toe bij 1.877 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, waarvan 256 mensen zijn overleden.⁵⁶ Dit betekent dat bij 2,5% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en ongeveer 0,3% van de bewoners is overleden.
- Het aantal gehandicaptenzorglocaties waar sinds de start van crisis sprake is (geweest) van ten minste één bevestigde COVID-19 besmetting bedraagt cumulatief 600.⁵⁷ Dit is ongeveer 24% van het totaal aantal locaties.
- Het RIVM schat dat momenteel bij 249 instellingen, dat is ongeveer 10%, voor gehandicaptenzorg 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 en het aantal meldingen van «nieuwe locaties» met minimaal één vastgestelde COVID-19 besmetting stijgt. Dit geldt gelukkig niet voor het aantal mensen dat is overleden, dat laag is en zeer beperkt is gestegen. In onderstaand figuur is deze ontwikkeling vanaf 1 maart 2020 weergegeven. Ook hier is relevant dat nu meer getest wordt.

⁵⁶ 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.

⁵⁷ Vanaf 1 juli wordt bij een bij de GGD gevraagd of de patiënt in een instelling woont. Dit geeft een meer betrouwbare schatting van het aantal gevallen besmettingen in gehandicaptenzorginstellingen. Om na te gaan welke locaties een besmetting hebben, wordt de postcode van de melding gekoppeld aan de lijst van instellingen.



Catshuissessie mensen met een beperking

Op 12 oktober heeft een digitale Catshuissessie plaatsgevonden met mensen met een beperking of chronische ziekte. In overleg met cliëntenorganisaties zijn acht mensen uitgenodigd om hun persoonlijke ervaringen rondom corona te bespreken met de Minister-President en de Minister voor Medische Zorg en Sport. Er is gesproken over mensen die vanwege een verhoogd risico op een ernstig beloop, als zij besmet raken, sinds de start van de coronacrisis niet of nauwelijks buiten de deur komen, over het belang van contact met naasten en behoud van structuur en over het belang van solidariteit tussen groepen met en zonder verhoogd gezondheidsrisico. De gedeelde ervaringen worden meegenomen in de uitwerking van de acties en maatregelen die al lopen of die op basis van de ontwikkelingen moeten worden ingezet.

Preventief gebruik (medische) mondneusmaskers door kwetsbare groepen

Zoals in de brief van 21 september jl. aangegeven⁵⁸ wordt nadere uitwerking gegeven aan het OMT advies over preventief gebruik van medische mondmaskers door kwetsbare groepen zelf. Op dit moment wordt overlegd met de Landelijke Huisartsenvereniging, de Federatie van Medisch Specialisten en het Nederlands Huisartsengenootschap over de rol die artsen kunnen en willen spelen bij het afgeven van een indicatie. Het gaat dan om het in overleg tussen arts en patiënt in individuele gevallen, op basis van een professionele afweging, bezien of het gebruik van medische mondneusmaskers geadviseerd moet worden. Ik verwacht u bij de volgende stand-van-zaken-brief nader te kunnen informeren over de uitkomsten van dit overleg.

Ontwikkelingen m.b.t vindbare en gevalideerde informatie voor mensen met een verhoogd risico

Uit diverse overleggen met vertegenwoordigers van cliënten- en ouderenorganisaties is naar voren gekomen dat ouderen en mensen met een beperking of chronische ziekte en hun naasten behoefte hebben aan begrijpelijke en toegankelijke informatie over de gevolgen van COVID-19 voor hun persoonlijke leven. Er is al veel informatie beschikbaar, maar deze informatie is veelal versnipperd, moeilijk vindbaar of lastig te

⁵⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 543

begrijpen. Zodoende is er vraag naar het verzamelen, valideren en toegankelijk maken van deze informatie op één website, zodat ouderen, mensen met een beperking of chronische ziekte en hun naasten goede afwegingen kunnen maken en handelingsperspectief hebben om weer deel te nemen aan de samenleving. Daarnaast is het doel van de website om professionals te voorzien van informatie die zij kunnen gebruiken om vragen van cliënten te beantwoorden en hen handelingsperspectief te bieden.

VWS heeft Vilans gevraagd om een op de doelgroep toegespitste vertaalslag te maken van de generieke adviezen die worden gegeven door o.a. Rijksoverheid, het RIVM en de koepelorganisaties. Inmiddels is Vilans aan de slag met het beantwoorden en valideren van de eerste vijf, door cliëntenorganisaties als prioritair aangemerkte thema's. Ouderen- en cliëntenorganisaties nemen deel aan de werkorganisatie. Het streven is dat de website half oktober in functie is.

Dak- en thuisloze mensen

Het Ministerie van VWS heeft de Nederlandse Straatdokers Groep (NSG) en het Radboud UMC opdracht gegeven het aantal besmettingen onder daklozen te monitoren. In de 8 aan het onderzoek deelnemende steden zijn 441 dakloze mensen met klachten gezien door straatdokers in de periode maart tot september 2020. Van deze groep zijn er 35 mensen positief getest op COVID-19. Gezien de kwetsbaarheid van deze doelgroep was de verwachting dat dit percentage hoger zou liggen dan nu het geval blijkt. De onderzoekers geven aan dat dit waarschijnlijk te danken is aan het snelle handelen door gemeenten en opvanginstellingen in de eerste periode van de crisis. De NSG en Radboud UMC zullen de ontwikkelingen de komende maanden blijven monitoren.

Op vrijdag 9 oktober is een nieuwe richtlijn voor de opvang van dak- en thuisloze mensen gepubliceerd. Met deze richtlijn worden gemeenten gevraagd om dit jaar een coronabestendig winterkouderegeling te organiseren, zodat ook dit jaar mensen veilig binnen kunnen slapen als de temperaturen op of onder het vriespunt liggen. Daarnaast staat in de richtlijn een aantal zaken die gemeenten en opvanginstellingen moeten organiseren nu het aantal besmettingen weer toeneemt, zoals het inrichten van voldoende quarantaine plekken voor zieke dak- en thuisloze mensen.

Cliënten in de ggz

Zoals eerder aan Uw Kamer gemeld werken partijen in de ggz samen om de continuïteit van zorg te borgen, ook nu de coronamaatregelen zijn aangescherpt. In dit kader hebben betrokken partijen – cliënt-/naastenperspectief, professionals, zorginstellingen – gezamenlijk de richtlijn «GGZ en corona» herzien, onder regie van kwaliteitsorganisatie Akwa ggz. De zevende versie van de richtlijn is op 2 oktober jl. gepubliceerd.⁵⁹ Deze versie gaat onder meer in op de inzet op mondneusmaskers en test- en quarantainebeleid voor (zorg)professionals.

Het Trimbos-instituut bracht op 9 oktober zijn tweede rapport uit over de impact van de coronacrisis op mensen met ernstige psychische aandoeningen. Hieruit komt naar voren dat de ervaren kwaliteit van leven voor deze groep na een daling weer bijna op het niveau van vóór corona zit. Met het toenemen van face-to-face contact met hulpverlening, nam ook de tevredenheid over de zorg toe ten opzichte van april. Het borgen van

⁵⁹ <https://akwaggz.nl/richtlijn-ggz-en-corona-versie-7/>

dagstructuur en de wijze van contact tussen hulpverleners en cliënten blijven aandachtspunten. De observaties van het Trimbos-instituut leveren een bijdrage aan het kunnen nemen van de juiste maatregelen door de Staatssecretaris en mij, in samenwerking met de partijen in de ggz.

Periodiek vindt op initiatief van VWS breed overleg plaats tussen ggz-partijen, waarin signalen en ontwikkelingen worden gedeeld met betrekking tot actualiteit op het vlak van COVID-19 en de ggz. Het beeld van de Staatssecretaris van VWS is dat de sector op basis van de eerder opgedane ervaringen en inzichten, adequaat omgaat met de huidige aanscherping van maatregelen en de risico's die samenhangen met het coronavirus. Hierbij gaat het zowel de inzet op de continuïteit van zorg voor cliënten en het welzijn van medewerkers. Uiteraard blijven we met de veldpartijen een vinger aan de pols houden.

Ventilatiesystemen langdurige zorg

Het Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap heeft een onderzoek uitgevoerd naar de ventilatiesystemen binnen scholen. Naar aanleiding hiervan is er in de langdurige zorg nogmaals navraag gedaan naar de vraag in hoeverre ventilatiesystemen in zorginstellingen voldoen aan de daaraan te stellen eisen van het bouwbesluit. In augustus jl. speelde deze vraag ook binnen de zorginstellingen, naar aanleiding van een onderzoek naar het ventilatiesysteem in een verpleeghuis in Maassluis. Uit dit onderzoek blijkt niet dat het ventilatiesysteem een rol van betekenis heeft gespeeld in de verspreiding van het virus. Wel heeft het veldpartijen alert gemaakt en heeft ActiZ medio augustus een uitvraag gedaan onder haar leden. In diezelfde tijd heeft het RIVM een advies geschreven hoe ventilatie goed moet worden toegepast, o.a. in verpleeghuizen. ActiZ heeft bij haar leden gevraagd of er naar aanleiding van de adviezen van het RIVM onduidelijkheden zijn rondom ventilatie. Tevens heeft zij de leden gevraagd een risico inschatting te maken van de zorglocaties en het ventilatiesysteem, met name daar waar gebruik wordt gemaakt van recirculatie. Er is een diepere uitvraag gedaan bij de vastgoedmanagers, o.a. welke aanpassingen er zijn gedaan en welke experts zijn geraadpleegd. Op basis hiervan heeft ActiZ een checklist gemaakt met aanvullende informatie. ActiZ geeft aan dat haar leden de ventilatiesystemen hebben gecheckt en dat waar nodig aanpassingen zijn verricht. Voor de gehandicaptenzorg bestaat dezelfde vraag. Recent heeft de VGN in de eigen coronawerkgroep extra aandacht gevraagd voor het ventilatievraagstuk. Vooralsnog heeft zij geen melding van problemen en/of knelpunten gekregen. Ook heeft zij geen signalen ontvangen dat de adviezen van het RIVM onduidelijkheden opleveren.

13. Arbeidsmarktbeleid

Met het opkomen van de tweede golf zien we dat de druk op het personeel weer toeneemt. Het ziekteverzuim – hoewel de afgelopen maanden gedaald – is nog altijd hoger dan regulier rond deze tijd. Ten opzichte van 2018 en 2019 is het ziekteverzuim in augustus voor de branches ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg gemiddeld ruim 0,4%-punt hoger (5,7%). Er zijn verschillen tussen branches. In de ziekenhuizen is het verzuim in augustus ongeveer 0,25%-punt hoger dan in 2019 met 4,7%, in de VVT is het 0,75%-punt hoger met 6,8%.⁶⁰ Dit is deels verklaarbaar door het feit dat personeel, in geval van besmetting of als het getest wordt; soms voor langere periode logischerwijs niet aan de slag kan.

⁶⁰ Bron: Vernet

Het tekort aan verpleegkundigen is de grootste uitdaging. Zeker gezien de korte termijn waarop de inzet van meer verpleegkundigen gewenst is en het feit dat de bijvoorbeeld de opleiding tot IC-verpleegkundige 18 maanden duurt. Het LNAZ schreef in hun Opschalingsplan COVID-19 dat wanneer op korte termijn (1 januari 2021) opschaling naar 1.700 bedden noodzakelijk is met behoud van de reguliere zorg, dat alleen (voor een beperkte periode) met de inzet van ongeveer 5.200 fte aan ondersteunende verpleegkundigen mogelijk is. In het plan zijn daarom ook diverse andere oplossingsrichtingen genoemd waaronder het maximaal inzetten op het aantrekken en behoud van IC-verpleegkundigen, het organiseren van de tijdelijke inzet van voormalig (IC)-verpleegkundigen, de uitbreiding van contracturen, het (roulerend) inzetten van verpleegkundigen van andere afdelingen, het inzetten van ondersteunend personeel en het verminderen van de administratieve lasten. Op mijn verzoek hebben de ziekenhuizen die deelnemen aan de opschaling van de IC- en klinische capaciteit in het kader van COVID-19 hun opleidingsplannen toegestuurd en zijn zij gestart met de uitvoering van deze plannen. Op dit moment hebben wij geen landelijke overzicht omtrent het aantal reeds (extra) opgeleide zorgverleners voor de IC-opschaling. Dit is aan organisaties zelf om te monitoren. In de wekelijkse overleggen met de ROAZ voorzitters zullen wij vinger aan de pols houden.

Als gevolg van de personeelstekorten zien we het aantal organisaties dat een aanvraag indient voor hulp bij personeelstekorten als gevolg van COVID-19 bij het platform www.extrahandenvoordezorg.nl toeneemt. Intussen zijn er ruim 100 organisaties die een aanvraag hebben gedaan. Het netwerk Extra Handen voor de Zorg koppelt mensen die bereid zijn om – naast of vanuit hun reguliere baan – bij te springen aan organisaties waar de nood als gevolg van de covid-19 crisis hoog is. Extra Handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas zijn niet bedoeld als dé oplossing voor het personeelstekort. Het doel is echt het verlichten van de grootste knelpunten als gevolg van covid-19. Er was immers al een tekort aan verzorgenden en verpleegkundigen voor de crisis en dat is tijdens de crisis nog pregnanter naar voren gekomen. Over de acties die in gang gezet worden om de tekorten op middellange termijn aan te pakken, heb ik u recent een brief gestuurd getiteld *Breed pakket voor werken in de zorg* d.d. 15 september jl. (Kamerstuk 29 282, nr. 411) en maken we ook voor na deze kabinetsperiode vast middelen vrij.

Om op korte termijn de organisaties, die als gevolg van COVID-19 met acute knelpunten zitten te ondersteunen, kijken we nog creatiever naar hoe we deze organisaties in deze moeilijke tijden kunnen helpen. Dat doen we door – naast de individuele inzet zoals we die in de eerste golf hadden – in Extra Handen voor de Zorg nu ook teams te formeren van mensen zonder zorgachtergrond. Voorafgaand aan de inzet bij een zorgorganisatie, doorlopen deze mensen gezamenlijk een opleidingstraject tot crisis hulp in de Nationale Zorgklas. Deze teams willen we laten begeleiden door meer ervaren krachten (bij voorkeur verpleegkundigen of verzorgenden), zodat we deze mensen zelf de benodigde begeleiding kunnen bieden en organisaties op die manier kunnen ontzien. Om snel op te kunnen schalen hebben we eerder al afspraken gemaakt met de KLM en het Rode Kruis. Momenteel zijn we in gesprek met Vebego als ondersteunend, faciliterende organisatie, ook in de zorg actief. De ambitie is om op korte termijn binnen de Nationale Zorgklas 50–100 teams te kunnen formeren, op te leiden en waar nodig snel in te kunnen zetten bij organisaties waar de nood als gevolg van COVID-19 hoog is.

Naast deze inzet gericht op de korte termijn en de bedden in ziekenhuizen wordt op dit moment in het kader van extra handen ook gekeken naar de langdurige zorg van COVID-19 patiënten waarbij ook zorgprofessionals

ingezet moeten kunnen blijven worden. In verschillende regio's wordt nagedacht over de concrete invulling van COVID centra.

Extra handen kijkt ook verder dan alleen handen aan het bed, bijvoorbeeld naar de laboranten die bij de bestrijding van COVID-19 ook broodnodig zijn. Maar we kijken ook naar andere ondersteunende functies. Hierbij kan gedacht worden aan de KLM-steward(ess) die ondersteuning biedt op de dagbesteding.

Voor het personeelstekort in de acute keten moet er een aantal zaken in gang worden gezet. Ten eerste moet er een heldere analyse komen die inzichtelijk maakt aan welke verpleegkundige, verzorgende, helpende en mogelijke andere professionals er een tekort is. Dit voor zowel de acute zorg van de ziekenhuizen, als bij de afdelingen van de reguliere zorg die momenteel afgeschaald worden. Wij vragen de LNAZ om met scherp geformuleerde profielen te komen die niet gebaseerd zijn op basis van diploma's en vastomlijnde functies, maar op kennis, vaardigheden en competenties voor specifieke (groepen) handelingen. Ten tweede kijken wij op basis van die profielen met de Nationale Zorgklas wat er nodig is om korte, modulaire opleidingen te ontwikkelen die aan die vraag voldoen. Net als dit voorjaar in gang is gezet met de functie en bijbehorende opleiding van crisishulp. Ten derde kijken we, naar organisaties of sectoren elders in de economie waar mensen werken die over competenties, kennis en vaardigheden beschikken die, dichtbij wat er gevraagd wordt, liggen en die vanwege de economische situatie mogelijk beschikbaar zijn en interesse hebben om tijdelijk in te springen. Die mensen kunnen de korte opleidingen van de Nationale Zorgklas doorlopen en via Extra Handen voor de Zorg worden gekoppeld – al dan niet in teamverband onder leiding van meer ervaren mensen – aan ziekenhuizen. Daarnaast wordt gesproken met commerciële partijen die een rol zeggen te kunnen spelen bij personeelswerving en -plaatsing. Onze rol is met name een bemiddelende, de uiteindelijke beslissing om hiervan gebruik te maken is aan de ziekenhuizen.

Maatregelen in het kader van de Wet BIG

Voor de volledigheid wijs ik u ook op de twee tijdelijke maatregelen die in maart 2020 zijn genomen om het zorgpersoneel te ontzorgen en de continuïteit van zorg te blijven borgen.

Allereerst is samen met de representatieve beroepsverenigingen en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een kader met voorwaarden opgesteld, om zo tijdelijk voormalig zorgpersoneel (te weten artsen niet-praktiserend en verpleegkundigen niet-praktiserend) weer zelfstandig in te zetten in de zorg. Achtergrond hierbij is dat door de COVID-19 pandemie een punt kan worden bereikt waarin door overmacht grote tekorten aan personeel ontstaan, terwijl hulp dringend nodig is. Hierdoor kan sprake zijn van een noodsituatie. Het voornoemde kader speelt hier op in en geldt tot nader order⁶¹. Ik treed op korte termijn in overleg met de beroepsvereniging van verpleegkundigen om te bezien of en op welke manier maatregelen uit dit kader aangepast kunnen worden, zodat in potentie een grotere groep voormalig verpleegkundigen bereikt kan worden.

Ten tweede is de herregistratie-verplichting voor alle artikel 3 Wet BIG-beroepsbeoefenaren opgeschort tot nader order. Achtergrond hierbij is dat voorkomen moet worden dat in deze noodsituatie zorgverleners uit

⁶¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/03/17/aanvullende-maatregelen-inzet-voormalig-zorgpersoneel>

het BIG-register worden gehaald en daardoor hun bevoegdheden verliezen of in deze tijd worden belast met uitstelbare administratieve lasten. Ik heb sinds 17 maart 2020 geen inschrijvingen van zorgverleners in het BIG-register doorgehaald. Deze opschorting geldt tot nader order.

Tot slot krijg ik regelmatig signalen dat buitenslands gediplomeerde artsen graag bijspringen in de COVID-19 zorg. Dat vind ik hartverwarmend. 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. Daarnaast kan deze groep door zorgaanbieders, bijvoorbeeld ziekenhuizen of verpleeghuizen, binnen die kaders van goede zorg van de Wkkgz ter ondersteuning van de professionele zorgverleners worden ingezet.

Tegengaan agressie richting zorgpersoneel

Helaas is met de uitbraak van COVID-19 ongewenst gedrag, zoals agressie en intimidatie, richting zorgpersoneel ook toegenomen. Uit een recente ledenpeiling van werknemersorganisatie NU'91 onder 1.200 zorgverleners blijkt dat 60% aangeeft de afgelopen maanden meer agressie en boosheid te ervaren op de werkvloer. Van de ondervraagde leden geeft zelfs 24% aan fysiek geweld te hebben ervaren, zoals slaan, bijten of schoppen. Bij overplaatsing van coronapatiënten naar een ander ziekenhuis komt het geregeld voor dat familieleden boos reageren en de overplaatsing niet accepteren. Deze teleurstelling is begrijpelijk, maar alleen 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.

Vanuit de Arbowet ligt de verantwoordelijkheid voor het aanpakken van agressie en geweld op de werkvloer in eerste instantie bij de werkgever. Ziekenhuizen moeten hun werknemers tegen agressie te beschermen. Wanneer het toch voorkomt, dan is het essentieel dat zorgverleners goed worden opgevangen, dat de nazorg goed is ingericht en de dader een passende en duidelijke reactie krijgt op zijn grensoverschrijdend gedrag. In het kader van het programma Veilige Publieke Taak zijn samen met politie en OM eenduidige landelijke afspraken gemaakt om zorgverleners optimaal te beschermen. Er is onder meer afgesproken dat werkgevers aangifte kunnen doen van agressie tegen hun medewerkers, dat het OM zoveel mogelijk lik-op-stuk beleid hanteert en hoge prioriteit geeft aan de vervolging van agressie en geweld tegen publieke functionarissen zoals zorgverleners. In het licht van deze afspraken is van groot belang dat ook echt aangifte wordt gedaan, zodat de agressiepleger hierop daadwerkelijk kan worden aangesproken.

De huidige situatie vraagt om blijvende inzet op dit vlak bij werkgevers en zorgverleners. We werken daarom met sociale partners aan de ontwikkeling van een meerjarig programma dat enerzijds is gericht op de bevordering van veilig en weerbaar werken in zorg en welzijn en anderzijds ook aandacht schenkt aan het belang van het doen van aangifte. De boodschap blijft om -ondanks het begrip voor de teleurstelling en frustratie om coronamaatregelen- echt aangifte te doen wanneer er sprake is van grensoverschrijdend gedrag.

14. Actuele situatie in het Caribisch deel van het Koninkrijk

Ook in het Caribische deel van het Koninkrijk is een COVID-19 uitbraak gaande. Hieronder wordt de stand van zaken beschreven. De laatste gegevens van 12 oktober 2020 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

Tabel 1

	Bonaire	St. Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)	38 (131)	4 (14)	0 (5)	267 (583)	393 (4.194)	66 (710)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen (op de IC)	2 (0)	0	0 (1)	2 (1)	10 (4)	2 (0)
Aantal patiënten overleden	2	0	0	1	33	22

Op Bonaire is sinds half september een uitbraak gaande. Er is direct een aantal strenge maatregelen afgekondigd die inmiddels ook al weer deels zijn versoepeld. Het reisadvies is nog wel oranje. Het lokale gezag van Bonaire en het RIVM beoordelen doorlopend of dit nog wenselijk is.

Er is sinds deze week op Aruba eindelijk een forse daling zichtbaar in het aantal positief geteste casussen en actieve besmettingen. De genomen maatregelen hebben effect. Het Ministerie van VWS heeft aanvullend bijstand geleverd zodat Aruba lokaal de capaciteit voor bron- en contactonderzoek heeft kunnen uitbreiden. De druk op de zorg blijft aanwezig maar stabiliseert zich ook.

Op Sint-Maarten blijft de situatie zorgwekkend. Het aantal besmettingen is weliswaar klein, maar dit heeft onder andere te maken met de beperkte schaal waarop op Sint Maarten wordt getest. Met Sint-Maarten worden afspraken gemaakt over het uitbreiden van de testcapaciteit. COVID-19 zet natuurlijk ook de eerstelijnszorg op Sint Maarten onder druk. Tijdens de begrotingsbehandeling Koninkrijksrelaties van 6 oktober jl. (Handelingen II 2020/21, nr. 10, debat over de begroting Koninkrijksrelaties 2021) werd door het lid Bisschop een motie ingediend waarin de regering wordt gevraagd om in samenspraak met de Landelijke Huisartsenvereniging te bezien in hoeverre er mogelijkheden zijn om bij te dragen aan beschikbaarheid van voldoende huisartsen op Sint Maarten vanwege een mogelijk dreigend tekort (Kamerstuk 35 570 IV, nr. 12). De huisartsenzorg is een verantwoordelijkheid van het land Sint Maarten. Het Ministerie van VWS is bereid met de overheid van Sint Maarten mee te denken en eventueel op grond van een verzoek daartoe door de lokale overheid bijstand te verlenen. De Koninkrijksverhoudingen laten het niet toe om eigenstandig de zorg op Sint-Maarten te versterken.

Inmiddels zijn op Bonaire, Curaçao, Aruba en Sint Maarten de lokale diensten publieke gezondheid elk versterkt met een arts en 2 verpleegkundigen. De IC's op deze eilanden zijn ook operationeel en de personele IC-capaciteit is de komende periode op peil. Er zullen nog 10 extra beademingsapparaten worden aangeleverd als noodvoorraad voor het gebied.

Zoals stond opgenomen in de Kamerbrief van 23 september jl.⁶², wordt voor de uitvoering van de COVID-19-vaccinatie door het RIVM ook gekeken naar de uitvoering in het Caribisch deel van het Koninkrijk. De eerste gesprekken tussen VWS, het RIVM en de contactpersonen in Caribisch Nederland en in de Landen worden gevoerd om te komen tot een plan van aanpak. Voor Caribisch Nederland geldt dat kan worden

⁶² Kamerstuk 25 295, nr. 565

aangesloten bij de infrastructuur die aanwezig is in verband met het rijksvaccinatieprogramma.

15. Aandacht voor elkaar

In het kader van de «Aandacht voor elkaar», waarin mensen in Nederland worden uitgenodigd om ervaringen te delen, met elkaar in gesprek te gaan over de gevolgen van COVID-19 en aandacht te hebben voor elkaar zal o.a. een herdenkingsdag corona worden georganiseerd. Hieronder wordt hierover de stand van zaken toegelicht.

Op 6 oktober hebben de Minister-President en ik de aftrap gegeven van «Aandacht voor elkaar». Dit hebben we in Den Bosch gedaan waar we in gesprek zijn gegaan met mensen die zelf ziek zijn geweest, die de ziekte en zelfs overlijden van dierbaren hebben gemaakt of die op een andere te maken hebben gehad met de gevolgen van de maatregelen die we hebben genomen. We hebben ook mooie verhalen gehoord van mensen die het initiatief hebben genomen om het licht te zijn in op de donkere dagen in het leven van anderen. De Minister-President en ik waren zeer onder indruk van deze verhalen en met ons vele kijkers van het programma «Tijd voor Max» die in Den Bosch een programma hebben gemaakt met deze verhalen.

Dit delen van verhalen is ongelooflijk belangrijk. Door met elkaar te praten helpen we elkaar om door deze moeilijke tijd heen te komen. Juist nu heeft het kabinet gemeenten en maatschappelijke organisaties (waaronder zorg- en uitvaartorganisaties) opgeroepen om de komende tijd activiteiten te initiëren in het kader van «Aandacht voor elkaar». Van een online verhalenavond tot regionale burgerinitiatieven waarin mensen in het zonnetje gezet worden die iets moois doen. We stimuleren gemeenten en maatschappelijke organisaties verhalen te delen. Wij halen ook zelf actief de verhalen op in de samenleving. Een deel daarvan wordt via sociale media en traditionele media gedeeld. Diverse nationale, regionale en lokale media besteden hier de komende maanden aandacht aan. We verwachten dat we op deze manier een bijdrage kunnen leveren aan het verwerken van het verdriet uit de eerste golf en het verdriet dat in de komende maanden zal ontstaan.

Het is belangrijk dat mensen in Nederland goed op de hoogte kunnen zijn van de ontwikkelingen van COVID-19, de adviezen en de genomen maatregelen. Hieronder wordt beschreven hoe de publiekscommunicatie vormgegeven wordt.

16. Publiekscommunicatie

Uw Kamer heeft aan het kabinet gevraagd om met een vaste regelmaat persconferenties te houden. Al sinds augustus vindt er zo'n twee keer per maand een persconferentie plaats. Dit zetten we door. Het kabinet is voornemens om elke twee weken een persconferentie te geven. Met deze persconferenties sluiten we aan bij het achtdaagse beleidsritme dat is afgesproken. Mocht de actualiteit dat vragen, dan organiseert het kabinet vaker een persconferentie.

Zoals eerder gemeld intensiveert het kabinet de communicatie. Naar aanleiding van de motie van het lid Azarkan⁶³ kan ik melden dat we vanaf het begin van de crisis gedragsinzichten van wetenschappers en communicatiedeskundigen hebben betrokken. Dat blijven we doen, en we onderzoeken continu nieuwe wegen om dat te versterken. Verschillende

⁶³ Kamerstuk 25 295, nr. 607

sectoren hebben we gevraagd om de protocollen weer nader na te leven. Via deze weg doe ik de motie af.

Besloten is om het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC) te activeren per 14 oktober 2020. Het fungeert als informatieknooppunt vanuit de rijksoverheid op het gebied van pers- en publiekscommunicatie. Het NKC maakt onderdeel uit van de nationale crisisstructuur en kent z'n basis bij de NCTV. De structuur ondersteunt de interdepartementale afstemming en biedt extra slagkracht in de communicatie over de aanpak van het coronavirus vanuit de overheid. De overige onderdelen van de nationale crisisstructuur (zoals de vergaderstructuur met een ICCB en MCCB) zijn niet in werking gesteld.

Naast de algemene communicatie en informatie over de gedragsregels en maatregelen, richt de inzet van het kabinet zich op specifieke corona gerelateerde onderwerpen. Hieronder geef ik uw Kamer een overzicht van deze inspanningen.

CoronaMelder app

De Eerste Kamer stemde in met de «tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19» (Kamerstuk 35 538) (Handelingen I 2020/21, nr. 4, item 6) en de CoronaMelder app is op zaterdag 10 oktober landelijk geïntroduceerd. De app is een aanvulling op het reguliere bron- en contactonderzoek van de GGD en is een middel om de verspreiding van het virus tegen te gaan. CoronaMelder stuurt iemand een melding nadat deze in de buurt is geweest van iemand die met corona besmet is. Met deze kennis kan de ontvanger van het bericht maatregelen treffen en verdere verspreiding van het virus beperken.

De lancering van de app ondersteunt het kabinet met een deelcampagne onder de «Alleen samen» campagne. De campagne geeft informatie over het gebruik van de app, overtuigt mensen van het nut en stimuleert hen daarmee de app te downloaden en te gebruiken. Het uitgangspunt is een groot draagvlak te realiseren. De campagne richt zich daarom ook op gebruiksvriendelijkheid, doelmatigheid, privacy en veiligheid. Ook is in communicatie aandacht voor vrijwilligheid; mensen mogen nooit, direct dan wel indirect, door wie dan ook worden gedwongen tot het gebruik van de app. Een groot aantal organisaties in Nederland ondersteunt de app door CoronaMelder onder de aandacht te brengen van het publiek; denk aan zorg- en welzijnsinstanties, sportbonden, diverse brancheorganisaties en ook verenigingen en organisaties in de culturele sector. Externe partijen ontvangen hiervoor een toolkit om hun eigen communicatie in te kunnen richten. Voor voorlichting gebruiken wij de website coronamelder.nl. Ook is een telefonische helpdesk ingericht: 0900-1280. In veel bibliotheken in het land kunnen mensen ondersteuning krijgen bij het installeren van de app.

Testen, traceren en thuisquarantaine

De testcapaciteit wordt steeds verder uitgebreid. De communicatie blijft zich de komende tijd richten op deze uitbreidingsmogelijkheden. Als er onverhoopt wachttijden ontstaan, geven we hier uitleg over en vertellen wij wat wij daar aan doen. Ook is de communicatie-inzet gericht op het informeren van het publiek over innovatieve testmethoden en de sneltesten die momenteel worden ontwikkeld.

Daarnaast is er extra communicatie-inzet over het belang van thuisquarantaine. Het is belangrijk dat mensen in afwachting van hun testafpraak en testuitslag thuis blijven. Er zijn signalen dat niet iedereen zich hier aan houdt. Om mensen te stimuleren om in quarantaine te gaan en het

thuisblijven vol te houden, is er een quarantainegids ontwikkeld. Deze gids is gemaakt in samenwerking met het Rode Kruis en de VNG, en biedt hulp en ondersteuning. Daarnaast ontwikkelt het kabinet ook andere communicatiemiddelen, zoals een uitlegvideo en infographics om meer duidelijkheid te geven over de quarantaineregels. Ook komen er radiospots die het belang van thuisquarantaine onderstrepen. En het belang van quarantaine krijgt ook een plek in de algemene corona campagnestrategie voor het najaar. Het Ministerie van VWS, het RIVM en de GGD'en hebben afspraken gemaakt met betrekking tot afstemming van de communicatie over dit onderwerp, zodat alle communicatie zo eenduidig mogelijk is.

Tot slot zal er in de communicatie de komende tijd aandacht zijn voor risico gestuurd bron- en contactonderzoek (BCO). Gezien de huidige besmettingsdruk wordt deze vorm van BCO breed ingezet. Bij risico gestuurd BCO wordt per casus bekeken of de GGD de contacten benadert of dat de coronapatiënt zelf aan zet is. Het is belangrijk om dit heel duidelijke uit te leggen. Dit is een gedeelde communicatietask van het Ministerie van VWS en de GGD'en.

Mondkapjes

Sinds het Kamerdebat van 30 september jl. adviseren wij dringend mondkapjes te gebruiken in de publieke binnenruimte. Met een deelcampagne van de campagne «Alleen samen», verstrekken we informatie én handelingsperspectief over het juiste gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke binnenruimte. In de campagne leggen we een link met de basisregels, waaronder: «houd anderhalve meter afstand» en «vermijd drukte». Ook zijn de mondkapjes toegevoegd aan de opsomming van de basisregels voor iedereen in alle communicatie-uitingen.

Uitgebreide en actuele informatie over het gebruik van mondkapjes (waar, hoe en waarom) is te vinden op de webpagina rijksoverheid.nl/mondkapjes. De boodschap wordt verder verspreid met een radiospot, via displays, met visuals en animatiefilmpjes op sociale media en via geotargetting (bezoekers van drukke winkelstraten). Ook is er een toolkit ontwikkeld voor gemeenten, winkeliers en andere publieke ruimtes met posters en factsheets. Via de vakdepartementen worden de sectoren geïnformeerd over het advies. Het gaat om SZW (werknemers), OCW (onderwijs), BZK (overheden als werkgever), EZK (werkgevers) en I&W (OV).

Coronadashboard

Via het coronadashboard, <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl>, communiceert het kabinet de belangrijkste coronacijfers op landelijk, regionaal en gemeentelijk niveau. De inschaling van veiligheidsregio's op de risiconiveaus is prominent zichtbaar, waardoor in één oogopslag de situatie in de veiligheidsregio's duidelijk is. Ook is het proces van op- en afschalen van risiconiveaus nu nog duidelijker en uitgebreider toegelicht. Het dashboard wordt voortdurend verder ontwikkeld door het toevoegen van nieuwe cijfers. Ook worden de inhoudelijke uitleg bij de cijfers, de indeling en leesbaarheid verbeterd. Meer informatie hierover leest u onder punt 3 van deze brief, betreffende «»doorontwikkeling van het coronadashboard»».

Toerisme en reizen

Communicatie is een belangrijk instrument om mensen te informeren over de reisadviezen en vakantie reizen naar gebieden met een oranje reisadvies te ontmoedigen. Voorbeelden van de communicatie-inzet zijn: een visual in aanloop naar de herfstvakantie die is gedeeld via social media, boodschappen op nederlandwereldwijd.nl en rijksoverheid.nl, berichtenvia een navigatiesysteem, en verwijzingen naar de reisadviezen op de websites van relevante stakeholders.

Mensen met een verhoogd risico op een ernstig beloop

Ten aanzien van mensen met een verhoogd risico op een ernstig beloop van het coronavirus, ontwikkelen we in samenwerking met Vilans een online omgeving waar specifieke informatie voor deze doelgroep beschikbaar komt. Daarbij wordt gewerkt aan communicatiemiddelen die inspiratie en informatie bieden over de vraag hoe mensen met een verhoogd risico op een ernstig beloop van het coronavirus, de maatregelen op een verantwoorde manier kunnen toepassen in het dagelijks leven. Meer informatie hierover is opgenomen onder punt 13, Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid.

Reguliere zorg

De NZa, Patiëntenfederatie en het RIVM starten een communicatietraject over mogelijkheden voor patiënten als zij te maken krijgen met uitstel van reguliere zorg. Het doel is hen te wijzen op de alternatieven die er zijn. Bijvoorbeeld voor het vinden van een andere zorgverlener. Hierover heb ik u geïnformeerd in de aparte brief over de Curatieve zorg.

17. Overig

Hieronder komen, als afsluiting van deze brief, de financiële afspraken rondom meerkosten in het sociaal domein aan de orde.

Financiële afspraken rondom de meerkosten in het sociaal domein

De VNG en het Rijk hebben in maart, kort na het uitbreken van de coronacrisis, afspraken gemaakt over het bieden van financiële zekerheid en ruimte aan zorgorganisaties en professionals binnen de Jeugdwet en Wmo 2015. De afspraken zijn gericht op het zo goed mogelijk organiseren van continuïteit van zorg voor cliënten en het borgen van het zorgstelsel voor de langere termijn.

Onderdeel van de afspraken met gemeenten is onder meer dat meerkosten als gevolg van de coronacrisis door het Rijk worden vergoed aan gemeenten. Nadat in mei een voorschot voor compensatie van € 144 miljoen is verleend aan gemeenten, is in opdracht van de ministeries van VWS, FIN, BZK en de VNG een onderzoek naar de omvang van de totale meerkosten in het sociaal domein uitgevoerd. Op basis van dit onderzoek is de totale hoogte van de compensatie m.b.t. de Jeugdwet en Wmo 2015 in het bestuurlijk overleg van 23 september jl. gezamenlijk vastgesteld op € 170 miljoen. Deze compensatie betreft een afrondende afspraak voor meerkosten (inclusief mogelijke inhaalzorg) over 2020. Dit betreft een definitief totaalpakket, er zal dan ook na afloop van 2020 geen nacalculatie meer plaats vinden. Dat neemt niet weg dat als er evident aanleiding is om te veronderstellen dat gemeenten door covid-19 in financiële problemen komen, of als er onvoorziene ontwikkelingen optreden, Rijk en gemeenten daarover met elkaar in gesprek zullen gaan.

Het verleende voorschot wordt met de nu vastgestelde € 170 miljoen aan compensatie verrekend. Bij decembercirculaire wordt er dus € 26 miljoen extra toegevoegd aan het al door gemeenten ontvangen voorschot van € 144 miljoen. De verdeling van de middelen over de verschillende domeinen is tot stand gekomen in gezamenlijk overleg tussen VWS, BZK en VNG.

In gesprek blijven met de getroffen sectoren en bezien of nieuwe en gerichte steunmaatregelen nodig zijn (Motie Asscher⁶⁴)

De motie van het lid Asscher c.s. vraagt om in gesprek te blijven met getroffen sectoren en te bezien of nieuwe en gerichte steunmaatregelen nodig zijn. Ook de motie Stoffer verzoekt de regering, in gesprek te blijven met de betrokken sectororganisaties en te bezien welke oplossingen mogelijk zijn om onnodige faillissementen te voorkomen⁶⁵. Het kabinet voert in wisselende afvaardigingen regelmatig gesprekken met verschillende sectoren die geconfronteerd worden met de gevolgen van de coronacrisis. Naar aanleiding van deze moties is het gesprek met de sectoren geïntensiveerd.

Zo is recent gesproken met de evenementensector over hun plan om weer veilig en verantwoord evenementen te organiseren. Om meer kennis op het gebied van risicobeheersing van evenementen te verzamelen en toepasbaar te maken, zijn het Fieldlab Evenementen en het Smart Distance Lab in voorbereiding. Gesprekken heeft het kabinet gesprekken ook gevoerd met onder andere de gastvrijheidssector, de horeca en de culturele sector. Het doel van deze gesprekken is om te horen waar deze partijen tegen aan lopen, maar ook om te zien welke oplossingen mogelijk zijn. Dergelijke gesprekken zet het kabinet voort, conform deze moties.

Het kabinet heeft met het steun- en herstelpakket op 28 augustus (Kamerstuk 35 420, nr. 105) een stevig pakket voor negen maanden gepresenteerd dat rekening houdt met een grillig verloop van de pandemie en de economische gevolgen daarvan. De maatregelen in het steun- en herstelpakket zijn zo ingericht dat ze mee ademen met het omzetverlies dat wordt geleden. Indien de omzet daalt, neemt de hoogte van de subsidie uit de NOW en TVL toe. Voor zelfstandigen blijft de Tozo bestaan, waarbij de beperkte vermogenstoets per 1 april 2021 wordt ingevoerd. Bovenop deze steunmaatregelen wordt € 482 miljoen extra voor de culturele sector uitgetrokken, bovenop de algemene steunmaatregelen die ook beschikbaar zijn voor de culturele sector.

Het kabinet blijft de economische ontwikkelingen op de voet volgen. Hierbij voert het kabinet op reguliere basis overleg met sociale partners. Indien deze ontwikkelingen vragen om aanpassing, is het kabinet uiteraard bereid daarnaar te kijken. Het kabinet informeert uw Kamer uiterlijk december over de voorzetting van het steun- en herstelpakket conform motie van het lid Asscher⁶⁶ of indien er aanpassingen komen in het pakket.

Tot slot

We gaan in een gedeeltelijke lockdown. En deze gedeeltelijke lockdown zullen we in ieder geval vier weken moeten volhouden. Als het niet goed genoeg is, dan is een totale lockdown onvermijdelijk. We hebben dit zelf in de hand. De snelste manier om van de maatregelen af te komen, is

⁶⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 612

⁶⁵ Kamerstuk 35 420, nr. 129

⁶⁶ Kamerstuk 35 420, nr. 110

door ons eraan te houden. Ons eigen gedrag is daarbij cruciaal. Uiteindelijk hebben wij samen in de hand of we onze vrijheden kunnen herwinnen, of dat we ze verder moeten inleveren. In het voorjaar is het ons gelukt om het virus eronder te krijgen. Dit is wederom nodig. Juist door afstand te houden, beschermen we elkaar. We weten inmiddels dat het niet altijd makkelijk is. Maar we weten ook dat we het kunnen.

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