

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 219

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 april 2020

In deze brief breng ik u, mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport (MZS), de Minister van Justitie en Veiligheid (JenV), en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), op de hoogte van de laatste stand van zaken met betrekking tot de COVID-19 uitbraak. Er zijn nu enkele weken strenge maatregelen van kracht om de verspreiding van het coronavirus te beperken. De maatregelen lijken effect te hebben. De afgelopen dagen hebben we het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en het aantal nieuwe mensen op de IC-afdelingen af zien vlakken. Dat is voorzichtig goed nieuws. Ook is het onze ziekenhuizen met een ongekende krachtsinspanning gelukt om het aantal plekken op de intensive care meer dan te verdubbelen. Een prestatie van wereldformaat van alle artsen en verpleegkundigen.

Aan de andere kant is de impact op onze samenleving heel groot. Mensen moeten afscheid nemen van hun geliefden, hun vader of hun moeder. Zorgverleners werken binnen en buiten het ziekenhuis dag en nacht om goede zorg te blijven bieden, onder soms moeilijke omstandigheden. De druk op hen is enorm. Ook voor anderen heeft deze uitbraak grote gevolgen. Ondernemers hebben het zwaar en kwetsbare mensen voelen zich alleen, bijvoorbeeld omdat ze geen bezoek meer mogen ontvangen. Dat is niet alleen voor hen, maar ook voor hun naasten erg moeilijk.

Het is bemoedigend dat zoveel mensen in dit land de maatregelen goed opvolgen en afstand houden. Dat is belangrijk, want de voorzichtig positieve trend kan alleen doorzetten als we volhouden. Het OMT advies bevestigt de noodzaak hiervan. Het is niet mogelijk de zorgverlening op het huidige niveau gedurende lange tijd vol te houden. En onze kwetsbare ouderen hebben blijvend bescherming nodig. Dit betekent dat we ook na 28 april niet zomaar terug kunnen naar vroeger. We zullen ons moeten voorbereiden op een anderhalve meter samenleving. Wat we nu doen voor de gezondheid draagt straks ook bij aan economisch herstel. Dat is geen tegenstelling, dat zijn twee kanten van dezelfde medaille.

Het is dus van groot belang dat alle sectoren, van zorg tot onderwijs tot sport en van winkelbedrijf tot vervoer, nadenken over de vraag hoe zij gedurende langere periode kunnen opereren in een dergelijke setting. Ook het kabinet denkt met heel veel verschillende deskundigen nu al na over een intelligente weg terug uit deze intelligente lockdown.

1. Maatregelen en adviezen

In mijn vorige brief heb ik u al laten weten dat de maatregelen die tot en met 6 april waren afgekondigd, in ieder geval van kracht blijven tot en met 28 april (Kamerstuk 25 295, nr. 200). Het RIVM en het Outbreak Management Team (OMT) monitoren de situatie doorlopend en adviseren het kabinet over de stappen die genomen moeten worden om deze uitbraak het hoofd te bieden, ook na 28 april. Op 6 april is het OMT opnieuw bijeengekomen. Het advies is bij deze brief gevoegd¹.

Het OMT stelt vast dat de genomen maatregelen voorsnog effectief zijn, maar dat er op dit moment nog geen reden is voor het aanpassen van het maatregelenpakket. Er bestaat nog veel onzekerheid over de duur van deze uitbraak en daarmee ook over de noodzaak om bepaalde maatregelen langere tijd in stand te houden. Zoals ik in mijn brief van 31 maart jl. heb aangegeven², zal het kabinet in de week voorafgaand aan 28 april een besluit over nemen over het voortzetten van het huidige maatregelenpakket. Daarbij is het ook belangrijk om verder te kijken dan de huidige situatie. Het OMT adviseert om te kijken naar een fase waarin we de schroeven iets lossen draaien en waarbij maatregelen gericht ingezet kunnen worden. Het OMT adviseert hierbij beleid te richten op (1) het vaststellen van een acceptabele belasting van de IC's en ziekenhuiszorg over een langere periode, omdat de huidige belasting voor zorgverleners op langere termijn niet is vol te houden; (2) het optimaliseren van test- en opsporingsbeleid van coronavirusinfecties; en (3) het beschermen van kwetsbare groepen in de samenleving. Het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) onderschrijft dit advies en vraagt vooral aandacht voor het beschermen van kwetsbaren en het verzamelen en betrekken van de gegevens uit ouderenzorg, thuiszorg en de gehandicaptenzorg.

Handhaving bestaande maatregelen en Paasweekend

De handhaving verloopt op enkele incidenten na nog steeds goed. Mensen zijn zich bewust van de maatregelen en houden zich er over het algemeen goed aan. Aanwijzingen van handhavers worden door vrijwel iedereen goed opgevolgd. In totaal zijn door de politie de afgelopen anderhalve week meer dan 1.400 bekeuringen uitgeschreven. Hierbij zijn bekeuringen door BOA's niet meegerekend. Op enkele plekken zijn het afgelopen weekend samenscholingen opgebroken (o.a. Arnhem, Borne en Breda). In veel gemeenten en veiligheidsregio's zijn het afgelopen weekend preventief maatregelen getroffen om mensen te ontmoedigen naar recreatiegebieden te komen (o.a. publiekcommunicatie en sluiting parkeerterreinen of toegangswegen). Dit heeft zichtbaar effect gehad. Ook in het komende paasweekend zal deze ontmoediging op veel plekken plaats vinden. Op sommige plekken was afgelopen weekend sprake van overlast door grotere groepen motorrijders en wielrenners. Dit is door de voorzitters van de veiligheidsregio's besproken. Besloten is dat bepaalde toeristische plekken en kleine landweggetjes komend weekend door de veiligheidsregio's worden afgesloten voor motorrijders en wielclubs.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

² Kamerstuk 25 295, nr. 200.

In het Veiligheidsberaad is maandagavond o.a. gesproken over ontmoeting van niet-noodzakelijk grensverkeer. Hiervoor wordt door de grensregio's intensief samengewerkt met Belgische en Duitse partners. Grensverkeer wordt ontmoedigd als het om niet noodzakelijk verkeer gaat, hiervoor wordt waar nodig de KMar ingezet. Bovendien kunnen veiligheidsregio's bepaalde wegen en locaties (tijdelijk) afsluiten.

Afgelopen weekend was, vanwege het mooie weer, een eerste test van de genomen maatregelen om buitenlands toerisme tegen te gaan. De maatregelen lijken hun doel te treffen. Er was sprake van substantieel minder grensverkeer. Tevens worden vakantieplannen voor het paasweekend en meivakantie op grote schaal geannuleerd en heeft de Duitse regering vakantiereizen in en buiten Duitsland verboden. In België is dit verkeer al langer verboden. Met het oog op het paasweekend en de meivakantie worden derhalve geen extra maatregelen genomen, maar worden de reeds geldende maatregelen gecontinueerd. Zo kan indien op bepaalde locaties, waaronder winkels, situaties ontstaan of dreigen te ontstaan waarbij de afstand van 1,5 meter niet in acht genomen wordt, door de voorzitter van de Veiligheidsregio overgegaan worden tot sluiting van dergelijke locaties.

Zoals afgelopen vrijdag aan uw Kamer is gecommuniceerd (Kamerstukken 26 419 en 25 295, nr. 94) neemt het kabinet evenwel stappen om, naast de al bestaande maatregelen, buitenlands toerisme tegen te gaan tijdens het Paasweekend en de meivakantie. Tussen Nederland, België en Duitsland wordt er intensief samengewerkt teneinde ervoor te zorgen dat het toeristenverkeer in en tussen de landen tot vrijwel nul wordt teruggebracht. Zo zullen Duitsland en Nederland zowel op regionaal niveau alsook landelijk samenwerken aan oproepen aan het publiek, via campagnes en (social)media, om thuis te blijven en niet te gaan reizen. Daarnaast zal ook de toestroom van toeristen, op plaatsen waar tot nu toe veel toeristen heen gingen, worden ontmoedigd door allerlei maatregelen vanuit de betreffende veiligheidsregio's. De Koninklijke Marechaussee werkt nauw samen met de *BundesPolizei* en Rijkswachten teneinde niet-essentieel verkeer te ontmoedigen, met name in de weekenden en nu in het Paasweekend. Bovendien zal de Koninklijke Marechaussee waar nodig toeristen uit België en Duitsland direct na de grens ontmoedigen, door hen aan te spreken en af te raden de reis naar Nederland te vervolgen. De boodschap blijft «haal gerust een frisse neus, maar ga niet op reis»

Gezondheidsverklaring passagiers vanuit New York en advies thuisquarantaine

De Minister van IenW en ik hebben KLM verzocht om aan alle passagiers voordat zij een vliegtuig vanuit New York boarden naar Nederland een schriftelijke gezondheidsverklaring te vragen. KLM zal hier zorg voor gaan dragen. Passagiers moeten hierbij een aantal vragen beantwoorden over hun gezondheid en situatie, waaronder koorts en kortademigheid. Dit gaat in op woensdag 8 april, op KLM-vluchten vanuit New York naar Amsterdam.

Afgelopen week heb ik u geïnformeerd dat vanaf 3 april voor de passagiers aan boord van die vluchten vanuit de Verenigde Staten die Nederland betreden, geldt dat wij hen met klem verzoeken om na aankomst veertien dagen thuisquarantaine in acht te nemen. Ook worden flyers uitgedeeld met de (gedrags)regels, medische protocollen en hygiëne-maatregelen die gelden in Nederland. Deze dringende oproep tot thuisquarantaine geldt overigens ook voor de repatriëringsvluchten uit de

landen waarvoor nu een vliegverbod geldt (te weten: China, Zuid-Korea, Italië, Iran, Spanje en Oostenrijk) naar Nederland.

2. Testbeleid en testcapaciteit

Met ingang van deze week is het landelijke testbeleid verruimd. Zoals ik u vorige week heb gemeld is er momenteel voldoende testcapaciteit beschikbaar en hebben de laboratoria de komende weken nog voldoende testmaterialen om het verruimde testbeleid voor moleculaire testen van start te laten gaan. Dit vraagt wel de voortdurende inzet vanuit de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit en de Speciaal Gezant, de heer Feike Sijbesma. Hieronder geef ik de stand van zaken weer.

Deze week heeft het OMT in zijn advies aandacht besteed aan de wijze waarop we testen kunnen gebruiken zowel ter voorbereiding op als in een volgende fase. Daarbij is ook de mogelijke rol die apps hierbij kunnen spelen aan de orde gekomen. Ik zal kort ingaan op deze adviezen en mijn visie daarop.

Huidige uitbreiding testcapaciteit

Vanaf 6 april is het beleid voor testen op een COVID-19 besmetting, wat gebeurt met zogenaamde moleculaire testen, verruimd. Niet langer worden uitsluitend zorgmedewerkers met patiëntcontact en risicogroepen van patiënten binnen het ziekenhuis getest, ook zorgverleners en specifieke groepen buiten het ziekenhuis worden nu getest als ze klachten hebben (huisartsen, verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, thuiszorg, jeugdzorg en ggz). Op maandag 6 april zijn er honderden tests afgenomen. GGD'en zijn voortvarend aan de slag gegaan om testlocaties in te richten, zoals «drive-through» teststraten. De GGD'en geven prioriteit aan het testen van zorgwerkers met klachten werkzaam buiten de ziekenhuizen. Het RIVM heeft het testbeleid uitgewerkt en op basis daarvan kijkt de GGD of de zorgverlener getest kan worden. Naast het testen van zorgverleners wordt komende periode ook het testen van patiënten verder ingeregeld. Hier hebben ook huisartsen een rol in.

De verruiming van het testbeleid kan volgens schattingen van het RIVM worden opgevangen met de nu beschikbare testcapaciteit (bij de huidige 41 gevalideerde laboratoria bij normale werktijden 17.500 per dag, bij ruimere werktijden maximaal 29.000 per dag). Dit aantal zal nog toenemen doordat meer laboratoria zich laten valideren. Ik inventariseer alle mogelijkheden om verder op te kunnen schalen, inclusief de inzet van apparaten en/of laboratoria van bedrijven en onderzoekinstellingen. Momenteel lijkt de inzet hiervan niet urgent. Ik monitor de situatie nauwlettend en tref voorbereidingen om – indien nodig – extra laboratoriumcapaciteit als backup gereed te hebben, zodat de testcapaciteit geen beperkende factor vormt.

De beschikbaarheid van de testcapaciteit is afhankelijk van de toelevering van testmaterialen. Het wisselt of en waaraan er tekorten zijn. De LCT houdt via de Taskforce Diagnostiek overzicht van de voorraden en signaleert dreigende tekorten. Op basis hiervan volgt actie door:

- herverdeling van schaarse middelen over de laboratoria: de Taskforce Diagnostiek houdt signalen bij over regio's waar de testcapaciteit onder druk staat, en kan zondig aanwijzingen geven tot verdeling van de uitvoering van tests over de laboratoria;
- inkoop via het Landelijke Coördinatiecentrum Hulpmiddelen: de vanouds gedecentraliseerde inkoop van testmaterialen door laboratoria wordt stapsgewijs meer gecentraliseerd. De Taskforce Diagnostiek

en het LCH werken aan een centraal systeem van voorraadbeheer en een beter gestroomlijnd proces van inkoop.

- productie in eigen land: hierbij speelt de Speciaal Gezant een belangrijke rol. Onder diens leiding wordt overleg gevoerd met verschillende bedrijven en partners om de benodigde opschaling van de productie in Nederland te realiseren. Het is de verwachting dat productie van de meest kritische producten in Nederland binnen enkele weken gerealiseerd kan worden. Daarmee is het onnodig om wettelijke of andere dwangmiddelen uit de kast te halen.

Daarnaast is de testcapaciteit afhankelijk van de afnamecapaciteit bij GGD'en, huisartsen en zorginstellingen. Ook hier geldt dat er – naast personeel – voldoende materialen beschikbaar moeten zijn zoals persoonlijke beschermingsmiddelen en swabs. Net zoals bij persoonlijke beschermingsmiddelen spelen er ook als het gaat om testmaterialen onzekerheden in het uitleveren van producten vanuit het buitenland, bijvoorbeeld door grenscontroles en exportverboden. Ik houd de situatie nauwlettend in de gaten en schakel waar nodig de hulp in van de Speciaal Gezant of diplomatieke kanalen.

Met bovenstaande acht ik ook Kamervragen (2020Z06299) van de leden Hijink en Van Gerven (beiden SP) van 6 april jl. beantwoord.

Toekomstig beleid: testen, traceren en thuis rapporteren

Testen is in de huidige fase van groot belang om zorgwerkers met patiëntencontact en (kwetsbare) patiënten te beschermen tegen besmetting en te voorkomen dat zij onnodig in isolatie hoeven te blijven. Zoals hiervoor aangegeven komen we op termijn terecht in de fase van het gericht inzetten van maatregelen, de overgangsfase. Eén van de pijlers van de transitiefase is volgens het OMT dat er voldoende testcapaciteit en voldoende capaciteit voor bron- en contactonderzoek is. Het OMT adviseert om in te zetten op een «search, test & protect»-beleid. Ik vertaal dit naar «testen, traceren en thuisblijven». Ook bij dit onderwerp is het denkbaar dat er onderscheid wordt gemaakt in het afschalen van maatregelen tussen bepaalde groepen in de bevolking en dat er wordt gevarieerd per regio.

De contouren van het «testen, traceren en thuis rapporteren» zie ik als volgt:

1. **Testen:** Nieuwe besmettingsgevallen moeten snel worden opgespoord. Daarnaast kan thuisblijven bij milde klachten voor kritische (beroeps)groepen worden vermeden door hen vaker te testen. Dit zorgt ervoor dat het maatschappelijk leven en de economie weer op gang komt en mensen op een gegeven moment weer aan het werk kunnen.
2. **Traceren:** Bij een intensiever testbeleid hoort onlosmakelijk het intensiveren van contactonderzoek. Net als bij het begin van de uitbraak spoort de GGD personen op die de voorafgaande dagen in contact zijn geweest met de besmette persoon.
3. **Thuis rapporteren:** deze personen (en mogelijk personen met wie zij weer in contact zijn geweest) kunnen het advies krijgen om gedurende een bepaalde periode thuis te blijven en hun gezondheidsconditie op afstand te laten monitoren. Mogelijk kunnen zij zich in deze periode ook laten testen. Hierover wil ik nader advies vragen aan het OMT.

Bij «traceren» en «thuis rapporteren» kan de inzet van apps behulpzaam zijn. Ik zie hiervoor in elk geval twee mogelijke apps:

- App «traceren»: door inzet van een app kan het bron- en contactonderzoek van de GGD worden ondersteund en het bereik worden vergroot.

De app houdt bij welke andere gebruikers van de app gedurende de afgelopen dagen dichtbij de besmette persoon zijn geweest, en kan deze personen een bericht sturen over het besmettingsrisico dat zij hebben gelopen. Zij kunnen dan een bericht krijgen met het advies om thuis te blijven en – als verschijnselen uitblijven – dat zij weer veilig naar buiten mogen.

- App «thuisrapportage»: de personen die een bericht krijgen vanuit het contactonderzoek kunnen op dat moment worden gevraagd een aanvullende app te installeren waarmee zij dagelijks hun gezondheids-toestand aan een arts in hun regio rapporteren. Deze werkwijze maakt de reguliere monitoring van contacten minder arbeidsintensief voor GGD'en en het bereik daarmee groter.

Om de apps voor het registreren van contacten succesvol te laten zijn, is het nodig dat ze door een groot deel van de Nederlanders worden gebruikt. Bij de inzet van zulke apps vind ik het van het grootste belang dat de privacy-aspecten geborgd zijn en dat ze het bron- en contactonderzoek van de GGD ondersteunen. Ik verken momenteel welke apps binnen een beleid van testen, traceren en thuisrapportage in de volgende fase kunnen worden ingezet. Internationaal zijn er veel ontwikkelingen op het gebied van apps om het bron- en contactonderzoek door de GGD en het RIVM te ondersteunen. Het automatisch bijhouden van contacten via de eigen telefoon kan interessante technologie zijn waarmee burgers zelf verantwoordelijkheid kunnen dragen in de volgende fase van bestrijding van het virus. We hebben die ontwikkelingen in beeld en met deskundigen toetsen we deze op toepasbaarheid en de borging van privacy. Ik werk de contouren van dit beleid verder uit ter besluitvorming door de MCCB in de week voor 28 april en tref noodzakelijke voorbereidingen voor het beleid van testen, traceren en thuisrapportage dat in die fase nodig is.

Testen op immuniteit

Door middel van tests op antistoffen in het bloed, zogeheten serologische tests, kan worden getest op immuniteit. Het OMT ziet mogelijkheden om serologische testen in te zetten en signaleert dat er voldoende capaciteit is. Belangrijk punt hierbij is overigens wel dat er nog meer duidelijkheid moet komen over het aantonen van immuniteit bij het doormaken van lichte klachten. Uitsluitel over immuniteit is belangrijk bij de beslissing om weer aan het werk te gaan in een beroep met veel contact met mensen, of met minder of geen beschermingsmiddelen te hoeven werken, het bezoeken van kwetsbare mensen of niet in quarantaine hoeven. Dit is in het bijzonder relevant voor zorgmedewerkers, mantelzorgers, leraren, bepaalde groepen patiënten of mensen in kritische contactberoepen.

Om een consequentie te kunnen verbinden aan een test op immuniteit, is het van groot belang dat de betrouwbaarheid van de test hoog is. Daarom is momenteel in Nederland maar ook wereldwijd volop onderzoek gaande naar de betrouwbaarheid van serologische tests. Voor zorgpersoneel is de voorkeur dat wordt gewerkt met laboratoriumtests, de zogeheten ELISA-test die de meest betrouwbare resultaten geven. Voor de aanschaf van deze testen ben ik bezig een grote order veilig te stellen bij een betrouwbare leverancier.

Het OMT adviseert om vooralsnog geen sneltesten in te zetten voor individuele patiëntendiagnostiek, maar alleen voor populaties. De inzet van sneltests kan wat mij betreft alleen worden overwogen mits voor bijna 100% zeker is dat deze in staat zijn de juiste antistoffen tegen het coronavirus te detecteren. Het mag niet zo zijn dat de testuitslag positief is (dat betekent: er zijn antistoffen tegen het virus in het lichaam aanwezig) terwijl dit in feite niet zo is. Het omgekeerde is minder problematisch,

namelijk als de test de antistoffen niet waarneemt terwijl men ze wel heeft. Het gevolg is immers alleen dat de persoon ten onrechte meent nog onbeschermd te zijn. Ik wacht de resultaten van onderzoek naar de betrouwbaarheid van sneltesten af en tref voorbereidingen voor aanschaf van deze testen.

De voorspellende waarde van de testuitslag neemt toe als de immuniteit van de gehele bevolking toeneemt. Om deze reden, en om inzicht te verkrijgen in de verspreiding van het virus, is serologisch bevolkingsonderzoek van belang. Er lopen momenteel verschillende onderzoeken naar immuniteit in de bevolking:

- Sanquin onderzoekt samen met het RIVM hoe donoren immuniteit opbouwen door herhaaldelijk gedurende één week van alle bloeddonoren te onderzoeken in hoeverre er immuniteit is opgebouwd. Gemiddeld zijn dit 7.000–10.000 donoren per week. Het resultaat wordt half april verwacht.
- RIVM onderzoekt in de Pienter studie bij 6.000 mensen welk deel van de deelnemers immuniteit heeft opgebouwd³. De eerste resultaten verschijnen half mei.
- Het Erasmus MC onderzoekt de immuniteit bij Rotterdammers waarbij vanwege andere aandoeningen bloed wordt afgenomen. De eerste resultaten verschijnen binnen twee á drie weken.
- Het Leids Universitair Medisch Centrum voert een soortgelijk onderzoek uit als in Rotterdam; ook hier verschijnen de eerste resultaten over drie weken.

Deze onderzoeken worden een aantal keren herhaald. Na elke ronde levert dit meer inzicht in de opbouw van groepsimmuniteit in de bevolking. Hierbij ligt het overigens niet in de lijn der verwachting dat de immuniteit in de populatie al zo hoog zal zijn dat deze groepsbescherming biedt.

Ik werk op basis van het OMT-advies en de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de betrouwbaarheid van de tests de komende weken het testbeleid rond immuniteit verder uit.

3. Capaciteit en coördinatie in de zorg

a) Zorgcapaciteit in het ziekenhuis

De ontwikkelingen rondom de capaciteit van de Nederlandse ziekenhuizen volgen we op de voet. De Minister voor MZS bespreekt de stand van zaken regelmatig met de ROAZ-voorzitters. Daarnaast heeft het OMT in zijn advies de huidige ontwikkeling geduid en een verwachting over de prognoses gegeven. Daarin stelt het OMT dat er in de afgelopen dagen een afvlakking is gezien van het aantal nieuwe opnames in ziekenhuizen, en op de IC's. Deze afvlakking is ook beaamd door de ROAZ-voorzitters. Het OMT verwacht dat het aantal nieuwe ziekenhuisopnames stabiliseert, al is er onzekerheid over deze prognose vanwege rapportagevertraging. De piek van het aantal nieuwe IC-opnames per dag lijkt bereikt te zijn. Niettemin is de piek van de totale bezetting van de IC nog niet bereikt vanwege een vertraagde uitstroom. Die piek wordt in de tweede week van april verwacht en lijkt binnen de opgeschaalde capaciteit te blijven (1.800, spreiding 1.100–2.700). Verderop in deze brief ga ik nader in op de dataverzameling en modellering van prognoses rondom de COVID-19-epidemie.

³ <https://www.rivm.nl/pienter-corona-studie>.

De opschaling naar 2.400 IC-bedden is inmiddels gerealiseerd. Dat is een fantastische prestatie. Wij zijn de artsen, verpleegkundigen en alle anderen die dit hebben mogelijk gemaakt enorm dankbaar dat ze deze mijlpaal hebben bereikt. Het kabinet deelt daarbij de zorgen van de beroepsgroepen (zoals van V&VN) en ook hun signaal dat hiermee het maximum van hun spankracht wel is bereikt. Dit is voor ons een gegeven. Gelukkig is het tot nu toe niet nodig gebleken om al deze capaciteit te gebruiken. Toch moeten we ons ook voorbereiden op de situatie dat er meer nodig is dan de inmiddels gerealiseerde 2.400 IC-plekken. De eerste route die we daarvoor bewandelen, is gebruik maken van de capaciteit van Duitse ziekenhuizen. Dit is een belangrijke uitwijkmogelijkheid om met behoud van kwaliteit de Nederlandse ziekenhuizen in hun piekbelasting te ontlasten. Verderop in deze brief ga ik hier nader op in. Wij zijn blij met de burenhulp die we van de Duitse ziekenhuizen ontvangen.

Het is denkbaar dat de benodigde capaciteit zelfs nog groeit boven de 2.400 IC-bedden plus de extra capaciteit die we kunnen aanspreken in het buitenland (voornamelijk Duitsland). Het kabinet zet samen met alle betrokkenen in de zorg alles op alles om dat te voorkomen, maar het kabinet denkt wel na over een dergelijk somber scenario en over wat er dan nodig is.⁴ Immers nietsdoen is dan geen optie. Dit is ook met de ROAZ-en besproken. Zij geven aan dat ze een verkenning doen naar de mogelijkheden om de IC-capaciteit verder uit te breiden boven het aantal van 2.400 bedden. Daarbij richten zij zich op het verkennen van de mogelijkheden in de gespecialiseerde traumacentra. Een afweging die daarbij gemaakt moet worden is wat verdere opschaling betekent voor de kwaliteit van zorg die geleverd kan worden. Dit kan niet dezelfde kwaliteit zijn als nu geboden wordt op de 2.400 gerealiseerde IC-plekken. Ook moet verdere opschaling van zorg voor COVID19-patiënten bezien worden in relatie tot de zorg van niet-COVID19 patiënten waarin deze traumacentra ook gespecialiseerd zijn. En uiteraard moeten hierbij ook de gevolgen voor de personele inzet goed in beeld worden gebracht; het signaal van brancheorganisatie V&VN nemen we hierbij serieus. Ik wil de nu bij de IC-zorg voor Covid-patiënten professionals immers niet zwaarder belasten. Dit scenario zal de komende periode verder worden uitgewerkt.

Samenwerking met Duitsland

De verdere operationalisering van de bestaande samenwerkingsvormen tussen de ziekenhuizen in de grensregio's in Nederland en Duitsland heeft geresulteerd in een intentieverklaring. Zoals ik eerder heb aangegeven gaan deze afspraken uit van wederkerigheid, waar mogelijk helpen beide landen elkaar. De waardevolle samenwerking in de grensregio's heeft ook deze week zijn meerwaarde laten zien.

De afgelopen week is intensief contact geweest met Nedersaksen en Noordrijn-Westfalen: de twee Duitse deelstaten die direct grenzen aan Nederland. Deze contacten zijn positief verlopen: door beide deelstaten is IC-capaciteit aangeboden om Nederlandse corona-patiënten op te vangen. Ook de grensoverschrijdende samenwerking tussen ziekenhuizen verloopt voorspoedig. Tot nu toe zijn enkele tientallen Nederlandse patiënten overgebracht naar Duitse ziekenhuizen. Het Landelijk Centrum voor Patiënten Spreiding heeft inzicht in welke IC-capaciteit er in Duitsland beschikbaar is. Het Landelijk Centrum voor Patiënten Spreiding fungeert

⁴ Hiermee geef ik invulling aan de motie van PvdA/PVV: over mogelijkheden uitwerken om verder op te schalen ten aanzien van het aantal IC-bedden (Kamerstuk 25 295, nr. 205).

voor de Duitse autoriteiten als eerste aanspreekpunt voor vragen die samenhangen met deze overplaatsingen.^{5, 6}

Aanschaf van beademingsapparatuur

Zoals ik in mijn brieven van 25 en 31 maart jl. al uitgebreid heb toegelicht, doe ik er alles aan om de capaciteit van de IC's zoveel mogelijk te vergroten. Een van acties die ik daarbij onderneem, is het verwerven van beademingsapparaten. Hierover zijn vragen gesteld door de leden Hijink en Marijnissen, waarop ik hierbij inga.

Door VWS is een werkgroep (vanuit de NVIC, de NVKF en medisch technologen) samengesteld met als doel de IC-afdelingen zo snel mogelijk van voldoende beademingsapparatuur te voorzien. Idealiter zouden alle IC-afdelingen de beschikking krijgen over geavanceerde beademingsapparatuur, gelijk aan waar zij gewend zijn om mee te werken. Daar is de inzet ook op gericht. Er is echter sprake van een grote wereldwijde vraag naar beademingsmachines dat – in combinatie met het gegeven dat sommige landen exportverboden hebben afgekondigd voor deze apparatuur – ervoor zorgt dat er gebruik moet worden gemaakt van apparatuur die geschikt is voor beademing maar die in normale tijden niet standaard wordt ingezet op de IC-afdeling. Deze apparatuur is bedoeld om een (hopelijk tijdelijk) tekort van IC-beademingsmachines op te vangen. Het gaat hier dan om anaesthesia beademingsapparatuur, transportbeademingsmachines en non-invasieve beademingsmachines die geschikt gemaakt zijn voor invasieve beademing. Deze apparaten kennen weer diverse niveaus van inzet. Zoals aangegeven zou een deel van deze machines normaal gesproken niet worden ingezet als high-end IC-beademingsmachine, maar ze zijn wel in te zetten voor beademing van patiënten in verschillende fasen. Ik besef dat dit flexibiliteit en creativiteit vraagt van de IC-afdelingen en dit is ook met hen gedeeld. Alle apparatuur hoort voorzien te zijn van hulpstukken, disposables en reusables. Voor zover deze niet direct bij aflevering beschikbaar zijn, worden deze nabesteld.

Ontwikkeling epidemie

Zoals ik in mijn brief van vorige week heb aangegeven meet en berekent het RIVM met alle data die worden verzameld hoe de epidemie zich ontwikkelt. De prognoses worden telkens aangepast op basis van nieuwe meetgegevens en inzichten.

Belangrijke databronnen zijn daarbij:

- Het **Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS)**
Dit is tijdens deze crisis speciaal opgericht om bij te houden welke ziekenhuizen wel en geen plek hebben. Daarnaast zorgt het LCPS voor de verspreiding van patiënten naar ziekenhuizen in het land waar nog plek is. Elke ROAZ belt elke ochtend alle ziekenhuizen in de eigen regio met de vraag: hoeveel patiënten – met en zonder corona – zijn opgenomen op de IC en in het ziekenhuis? En hoeveel bedden zijn er nog vrij? Dat geven zij vervolgens door aan het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding.

⁵ Hiermee geef ik invulling aan de toezegging die ik tijdens het plenair debat heb gedaan aan de leden van de PVV, D66, GL, en de PvdA over het informeren van de Kamer over hoe de Minister werkt aan meer (wederkerige) samenwerking met Duitsland en welke afspraken op papier worden gezet t.a.v. IC-capaciteit.

⁶ Hiermee geef ik tevens invulling aan de aangehouden motie van het lid Wilders c.s. over zo veel mogelijk ic-bedden voor Nederlandse coronapatiënten in Duitsland realiseren (Kamerstuk 25 295, nr. 201).

- De **Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE)**. Intensive Care artsen in alle ziekenhuizen houden hier in bij hoeveel mensen zijn opgenomen en wie er weer naar huis mochten of zijn overleden. In dit systeem voeren artsen zelf de gegevens in. Omdat zij daar logischerwijze niet altijd tijd voor hebben (hun eerste aandacht gaat uiteraard naar de patiënt) zijn de cijfers van NICE niet meteen actueel. Zo kan het gebeuren dat patiënten die in het weekend zijn opgenomen, pas op maandag worden geregistreerd

Door invoer van deze data in de modellen probeert het RIVM zo goed mogelijk in beeld te krijgen hoe het virus zich ontwikkelt. Daarbij maakt het RIVM ook gebruik van de groeiende kennis over het virus in Nederland en andere landen: hoe snel verspreidt het zich, hoe makkelijk kunnen mensen elkaar besmetten, hoe veel mensen worden ernstig ziek en hoe lang verblijven zij gemiddeld op de Intensive Care?

Omdat het om een nieuw virus gaat, is de onzekerheid van de modeluitkomsten behoorlijk groot. Dachten we vorige week nog dat we rond 5 april 2.400 IC-bedden nodig zouden hebben, deze week is de benodigde capaciteit lager. Het OMT verwacht nu de piek in de tweede helft van april en die lijkt met naar verwachting 1.800 COVID-19 IC-patiënten binnen de opgeschaalde capaciteit te blijven, naast de circa 500 benodigde IC-bedden voor de overige patiëntenzorg.

Gelet op de onzekerheid in de prognoses blijft waakzaamheid echter geboden. Het aantal besmettingen neemt nog steeds toe. Bovendien leidt het RIVM de snelheid waarmee het virus zich verspreidt, onder meer af uit het aantal ziekenhuisopnames. Maar die zeggen niet alles. Heel veel mensen krijgen immers het virus zonder er ziek van te worden. En de belangrijkste onzekere factor blijft ons eigen gedrag. Alleen als het lukt om zoveel mogelijk binnen te blijven en alle andere maatregelen te blijven volgen, zal de voorzichtig positieve trend zich kunnen voortzetten.

Besluitvormingstraject fase 3

In het vorige debat heb ik met u gesproken over het draaiboek van de NVIC en in het bijzonder over taken en rollen die nog uitwerking behoeven. In de onderstaande stappen wordt nader uitgewerkt hoe die rolverdeling is met name in de overgang van fase 2 naar fase 3. Relevant is daarbij het «draaiboek pandemie» van de NVIC. Sinds maart 2020 heeft de Taskforce van de NVIC een aantal versies van dit draaiboek opgesteld. Het betreffen steeds nieuwe versies, omdat er ook steeds nieuwe kennis en inzichten beschikbaar komen op basis waarvan de organisatie van de IC-zorg wordt aangepast. Ook worden hierin de medische criteria beschreven waaronder opname en behandeling op de IC medisch zinvol is. Eerdere draaiboeken zijn onder andere opgesteld naar aanleiding van de uitbraak van de Mexicaanse griep in 2009.

De NVIC heeft in het draaiboek Pandemie een fasering voor de druk op de IC-capaciteit gebruikt die voorziet in drie verschillende fasen. Fase 3 is daarbij de fase waarin de zorg een kritische fase in opschalingsmogelijkheden heeft bereikt. Er wordt alles op alles gezet om te voorkomen dat we in deze situatie geraken waarbij de IC-capaciteit tekortschiet ten opzichte van het aantal patiënten. De medische professionals hebben aangegeven dat het niettemin van belang is te weten wat hen te doen staat in het onverhoopte geval dat deze situatie zich toch voor zou doen. Gelukkig is hier in de huidige situatie nog geen sprake. De huidige bezettingscijfers en de prognoses met betrekking tot de noodzakelijke IC-capaciteit laten dat zien.

Stappen die gezet moeten worden om van fase 2 naar fase 3 te gaan

Voordat fase 3 in werking wordt gesteld, zijn de volgende stappen relevant:

- Het is aan het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) om te constateren wanneer op zeer korte termijn de situatie gaat ontstaan dat alle capaciteit aan IC-bedden is benut en dat uitwijken naar het buitenland ook geen soelaas meer biedt.
- Het LCPS meldt deze situatie tijdig aan de IGJ en de Minister.
- De IGJ vergewist zich er vervolgens per ommekeer zelf van of dit inderdaad aan de orde is. Dat doet de IGJ in ieder geval door:
 - o zich met alle voorzitters van de ROAZ-regio's te verstaan;
 - o de eigen inspecteurs daarover te bevragen;
 - o daar waar relevant ook andere gegevens in te winnen.
- Als ook uit de informatie die de IGJ heeft verzameld blijkt dat deze situatie zich voordoet, dan meldt de IGJ dit aan de Minister.
- De Minister zal de Tweede Kamer hier van op de hoogte stellen.

Zoals gezegd, gelukkig is hier in de huidige situatie nog geen sprake. De huidige bezettingscijfers en de prognoses met betrekking tot de noodzakelijke IC-capaciteit laten dat zien. Mochten we toch onverhoopt in deze situatie belanden, dan treedt, na communicatie door de Minister aan de Kamer dat deze fase inderdaad aan de orde is, ook de richtlijn voor deze fase in werking die de FMS en KNMG aan het opstellen zijn. Van belang is dat deze richtlijn zorgvuldig tot stand komt. Dat wil zeggen met raadpleging van alle relevante partijen waaronder artsen, verpleegkundigen, bestuurders, ouderenorganisaties en patiëntenvertegenwoordigers. Deze richtlijn is daarmee niet alleen bindend voor alle zorgprofessionals, maar geeft de zorgprofessionals ook de zekerheid dat dit de toetssteen voor hun handelen is, ook voor de IGJ en tuchtrechtelijk.

Ontwikkeling en consultatie richtlijn fase 3

Fase 3 kent drie blokken die gekenmerkt worden door een oplopende druk op de IC en de beschikbare capaciteit. In blok 1 en blok 2 van fase 3 vindt triage nog steeds plaats op medische overwegingen. Zoals gezegd wordt er alles aan gedaan om te voorkomen dat de situatie zich voor doet, maar er zou een moment kunnen aanbreken dat de IC-capaciteit in relatie tot het benodigd aantal bedden zodanig tekortschiet, dat triage op medische inhoudelijke overwegingen geen soelaas meer biedt. Dit omdat het medisch inhoudelijk tot gelijke uitkomst zou leiden. Dat is blok 3 van de derde fase. Onder leiding van de KNMG wordt op dit moment dus gewerkt aan een richtlijn voor de derde fase, ook in geval de situatie van blok 3 zich zou voordoen. Deze richtlijn zal zoals gezegd breed geconsulteerd worden onder betrokken partijen waaronder artsen, verpleegkundigen, bestuurders, ouderenorganisaties en patiëntenvertegenwoordigers ten einde te komen tot een gedragen standpunt. De huidige bezettingscijfers en de prognoses met betrekking tot de noodzakelijke IC-capaciteit, verschaffen enige lucht en daarmee is het ook mogelijk om deze consultatie zorgvuldig en met de noodzakelijke diepgang te laten plaatsvinden.

Het kabinet heeft het standpunt ingenomen dat indien de hiervoor bedoelde situatie zich onverhoopt zou voordoen, het uitsluitend hanteren van een harde leeftijdsgrens maatschappelijk gezien onacceptabel is en door het kabinet ook niet geaccepteerd zal worden. Zo nodig zal dit standpunt met regelgeving worden bekrachtigd.

Tot slot: in de hierboven bedoelde derde fase is het feitelijk niet meer mogelijk dat een ieder de gebruikelijke zorg krijgt die de zorgaanbieder op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is gehouden te leveren. Het gaat dan om patiënten die, hoewel dat anders wel het geval zou zijn, gezien de overmachtssituatie niet meer een gebruikelijke behandeling krijgen op een IC. Ondanks alle daarop gerichte inspanningen is er immers dan te weinig reguliere IC-capaciteit. Dat betekent niet dat zij geheel verstoken raken van zorg. Zij zullen zo goed mogelijke zorg krijgen in de gegeven omstandigheid. Dat zorgaanbieders onder die omstandigheden niet de anders gebruikelijke zorg, maar wel zo goed mogelijke zorg kunnen verlenen, is hun als medische professionals niet toe te rekenen. Daar zal zoals gezegd de IGJ in de handhaving rekening mee houden en is ook relevant in tuchtrechtelijke zin. De medische professionals zijn immers buiten hun schuld in een situatie van overmacht beland. Wat zo goed mogelijke zorg is, kan worden afgeleid uit de hierboven genoemde richtlijn die voor deze situatie is opgesteld door FMS en KNMG. Deze richtlijn geeft dan aan hoe zorgaanbieders bij een tekort aan IC-bedden moeten handelen en hoe en aan wie de zorgverleners de schaarse middelen moeten toedelen.

Met bovenstaande geef ik invulling aan mijn toezegging aan de VVD, D66, SGP en PVV (d.d. 1 april jl.) om de Kamer te informeren over de verschillende aspecten van fase 3. Ook doe ik hiermee mijn toezegging gestand aan het lid Asscher (PvdA) die mij tijdens het plenair debat van 1 april jl. vragen heeft gesteld over de verschillende scenario's ten aanzien van de IC-capaciteit en fasering.

Tot slot heeft het lid Wilders (PVV) tijdens het debat van 1 april jl. de communicatie vanuit huisartsen naar (kwetsbare) patiënten aan de orde gesteld. Ik heb toegezegd dat ik de NHG om een publiekelijke reactie hierop zou vragen. De brief met de reactie van de NHG op deze kwestie heb ik als bijlage bij deze brief meegezonden⁷.

Aanvullende capaciteit ziekenhuizen

Het lid Ploumen (PvdA) heeft afgelopen week voorgesteld om het Bronovo ziekenhuis in te zetten als locatie voor tijdelijke opvang van extra patiënten. De organisatie van extra capaciteit is belegd bij de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG) in overleg met de ROAZ. Ik heb het voorstel van mevrouw Ploumen doorgeleid aan de betreffende DGP en ROAZ. Hiermee acht ik ook de Kamervragen (2020Z06114) van het lid Ploumen van 3 april 2020 beantwoord.

b) Zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis

Als gevolg van de COVID-19 uitbraak neemt de druk op de ziekenhuizen flink toe. Het is daarom van belang dat we ook op andere locaties goede en veilige zorg leveren aan mensen die dat nodig hebben. Het gaat om mensen die niet thuis of in een reguliere instelling kunnen blijven, maar waarvoor opname in een ziekenhuis niet nodig of gewenst is. Daarnaast gaat het om patiënten die niet meer in het ziekenhuis behandeld hoeven te worden, maar die nog niet voldoende hersteld zijn om naar huis te gaan. Ten slotte kan het gaan om patiënten die zijn aangewezen op ziekenhuiszorg maar waarbij ziekenhuizen tegen de grenzen van hun (gezamenlijke) capaciteit aanlopen. Het uitgangspunt is dat mensen zoveel mogelijk in de regio worden opgevangen. De kern van de benadering is

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

vroegsignalering in de 1e lijn, het regionaal organiseren van tijdelijke zorglocaties (Coronacentra en Corona-units in instellingen) voor het bieden van cohortverpleging van verschillende groepen patiënten en een regionaal coördinatiepunt voor toeleiding van kwetsbare patiënten naar de juiste zorg op de juiste plek.

Op 31 maart 2020 heb ik de directeuren publieke gezondheid (DPG-en) van de GGD-regio's gevraagd erop toe te zien dat zorgpartijen in de regio zorgen voor een eenduidig samenwerking en één regionaal coördinatiepunt te organiseren voor de toeleiding van kwetsbare patiënten naar een passende plek. Ik heb hen ook gevraagd de regio te ondersteunen met een gezamenlijk beeld van de vraag naar plekken waar zorg aan kwetsbare patiënten met (een verdenking van) besmetting met COVID-19 zorg kunnen ontvangen. Waar nodig kunnen zij aanvullend op het beschikbare aanbod in «corona-units» binnen bestaande instellingen de regio ondersteunen door het inrichten van tijdelijke «coronacentra», bijvoorbeeld in hotels.

Op 6 april heb ik opnieuw overleg gevoerd met de DPG-en. Op basis van dit overleg en de voortgangsinformatie die zij mij voorafgaand hebben gestuurd constateer ik dat er binnen korte tijd een forse inspanning is geleverd. De GGD GHOR heeft inmiddels een landelijk team met extra capaciteit opgezet die de landelijke coördinatie op zich heeft genomen en de regionale implementatie begeleidt. Het landelijk bureau GGD GHOR draagt er onder andere zorg voor dat goede voorbeelden ten aanzien van de verschillende onderdelen van de regionale aanpak met alle regio's worden gedeeld. Verder wordt er door het landelijke bureau GGD GHOR gewerkt aan ondersteuning zoals het opstellen van richtlijnen, protocollen, modelovereenkomsten etc. ter ondersteuning van de samenwerking in de regio. Er is door de regio's de afgelopen week veel inzet gepleegd om op korte termijn extra capaciteit te creëren. Er zijn ruim 4.300 extra plekken beschikbaar (peildatum 3 april 2020), waar zorg (cohortverpleging) kan worden geboden aan o.a. patiënten met een (verdenking van) een COVID-19 besmetting. Ook is er in iedere regio een samenwerkingsstructuur neergezet waarbij veelvuldig is aangesloten bij bestaande structuren. Het ROAZ wordt vaak genoemd als plek waar de coördinatie samenkomt. De DPG-en verwachten met ondersteuning van het landelijk bureau van GGD GHOR en het Landelijk Operationeel Team Corona (LOT-c) deze week de voorlopige regionale beelden van de potentiële vraag gereed te hebben. Deze zullen de komende weken nauwkeuriger worden en de opdracht voor iedere regio zal steeds nauwkeuriger kunnen worden bepaald. Tot slot werken de DPG-en met ondersteuning van het landelijke bureau GGD GHOR en het LOT-c aan de ontsluiting van digitale informatie over regionale vraag en aanbod van plekken buiten het ziekenhuis ten behoeve van het landelijk beeld en het LCPS. De verwachting is dat dit met ingang van volgende week mogelijk is.

4. Beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen voor de zorg

Zoals ook al in eerdere brieven is toegelicht, doe ik samen met het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) alles wat in mijn macht ligt om voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar te krijgen voor de zorg in Nederland. Dan gaat het om verschillende typen mondkapen, chirurgische maskers, veiligheidsbrillen, spatschermen, isolatiejassen en handschoenen. Kwaliteit staat hierbij voorop. Ik kijk hierbij ook serieus naar aanbiedingen van beschermingsmateriaal dat buiten de zorg wordt gebruikt en aan mij en het LCH wordt aangeboden.

Het LCH heeft een centrale rol in de inkoop en distributie van persoonlijke beschermingsmiddelen, die momenteel schaars zijn. Het LCH richt zich op dit moment tot de bestelling van de volgende hulpmiddelen:

- FFP1, FFP2 en FFP3 maskers
- Protectiejassen
- Spatbrillen
- Schorten
- Chirurgische Maskers (type IIR)
- Onderzoekshandschoenen
- Diagnostische testen (inclusief PCR-materiaal, swabs en media)
- Desinfectantia
- Perfusoren / spuitpompen / infuuspompen
- CVVH machines voor nierdialyse
- Voedingspompen
- Matrassen voor buikligging
- Morfinepompen
- Soda korrels t.b.v. schoonmaken beademingsapparatuur

Het LCH schat de verwachte vraag van FFP2-maskers op dit moment in op ongeveer 4,5 miljoen stuks per week. De verwachte vraag naar chirurgische maskers is ongeveer 8 miljoen per week.

Het LCH heeft mij laten weten op dit moment 30 miljoen mondmaskers (FFP2) in bestelling te hebben. Ik benadruk hierbij dat wat besteld is, niet altijd overeenkomt met wat ook geleverd wordt. Alles wat in het buitenland besteld wordt, moet bovendien via een luchtbrug met vele logistieke schakels naar Nederland vervoerd worden. Elke stap in deze schakel kost tijd en capaciteit. Er gaat dus tijd overheen voordat een bestelling in Azië, uiteindelijk wordt uitgeleverd in het opslagcentrum van het LCH, zodat het verspreid kan worden.

Vanwege de schaarste zijn niet alle mondmaskers die beschikbaar komen voorzien van een CE-certificaat afgegeven door een Europese notified body. Sommige landen hanteren andere testnormen dan Europa. De Europese Aanbeveling 2020/403 geeft de mogelijkheid om tijdelijk ten behoeve van zorgmedewerkers niet-CE-gemarkeerde persoonlijke beschermingsmiddelen op de Europese markt toe te laten, na beoordeling van de essentiële eisen door de markttoezichthouder. De cruciale parameters waarop getest wordt, met name het tegenhouden van deeltjes, zijn echter gelijkwaardig, zoals ook de CDC⁸ en de Inspectie SZW en IGJ⁹ eerder hebben geconcludeerd.

Alle ladingen die binnen komen in het centraal distributiecentrum van het LCH worden getest op kwaliteit. Het LCH werkt hiervoor samen met Inspectie SZW en het RIVM. Gezien de beperkte voorraden bij verschillende zorginstellingen wordt een praktische maar betrouwbare test uitgevoerd. De kwaliteitsbeoordelingen zijn gebaseerd op steekproeven. Het kan dus voorkomen dat een partij mondmaskers bevat die niet aan de gestelde eisen voldoen. Daarom blijft het belangrijk dat zorginstellingen ook zelf de geleverde mondmaskers beoordelen, net zoals zij doen als zij zelf hun beschermingsmiddelen inkopen. Verder krijgen alle ontvangers van mondmaskers instructies over het goed gebruik van de beschermingsmiddelen.

Het LCH inventariseert op dit moment met partners in gehele zorg nieuwe mogelijk schaarse producten als gevolg van het Coronavirus, voor de komende periode. Ik bepaal op basis hiervan welke hulpmiddelen aan de scope van het LCH moeten worden toegevoegd.

⁸ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/crisis-alternate-strategies.html>.

⁹ <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2020/03/23/mondmaskers-uit-china-en-vs-gelijkwaardig-aan-europese>.

Productie in Nederland

In opdracht van de Minister voor MZS is een team van circa 20 mensen van het Ministerie van EZK en RVO samen met Nederlandse bedrijven en ondernemers aan het werk om zich in deze crisistijd in te zetten voor de productie van medische hulpmiddelen. Inmiddels zijn rond de 400 aanbiedingen ontvangen van initiatieven, waarbij het team zich richt op mondkmaskers, beademingsapparatuur, overige beschermingsmiddelen (bijv. spatbrillen en 3D-prints) en testen.

De eerste concrete resultaten van de inspanningen zijn inmiddels zichtbaar. Zo zal een Nederlands bedrijf naar verwachting snel de eerste beademingsapparaten gaan leveren, na een order vanuit VWS. Daarnaast zijn er ook andere initiatieven om beademingsapparaten in Nederland te maken (bijv. bij universiteiten), het Ministerie van VWS zal op zeer korte termijn besluiten financiering toe te kennen. Als het uiteindelijke oordeel van de experts is dat deze ontwikkelde medische hulpmiddelen veilig zijn, kunnen ze waar nodig in de zorg worden ingezet.

Ook de productie van mondkmaskers komt op gang. De Minister van medische zorg heb opdracht gegeven aan enkele Nederlandse bedrijven met de productie te starten. Naar verwachting kunnen de komende weken zeven miljoen mondkmaskers worden geproduceerd. Ook worden lange termijnafspraken gemaakt.

Het verruimde testbeleid betekent een grote uitdaging voor alle aanbieders die actief zijn in deze productieketen. Het gaat hierbij om het opschalen van de productie van o.a. om swabs (wattenstaafjes), cartridges, vloeistof en medium. De verwachting is dat de extra benodigde productie van de verschillende onderdelen uit de keten in Nederland gerealiseerd kan worden. Onder leiding van de speciale gezant Feike Sijbesma wordt overleg gevoerd met betrokken bedrijven en partners met als doel de benodigde opschaling van de productie in Nederland te realiseren. Het team van EZK is hier ook bij betrokken.

Voor de andere producten geldt dat er veelbelovende leads in gang zijn gezet, waarover we Uw Kamer met enige regelmaat zullen rapporteren. Met de productie van medische hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen in Nederland worden we minder afhankelijk van leveringen uit andere delen van de wereld. Ik ben daarom erg blij met de inzet van EZK en de andere partners in het LCH die deze productie in Nederland stimuleren en helpen opzetten.

Verdeling van beschermingsmiddelen

Gelet op de mondiale schaarste en de wereldwijde ontwikkeling van het virus, moeten we er rekening mee houden dat schaarste van deze beschermingsmaterialen voorlopig nog aan de orde zal blijven voor alle sectoren in de zorg. Naar aanleiding hiervan hebben meerdere veldpartijen de dringende behoefte geuit aan duidelijkheid over hoe de beschikbare voorraden beschermingsmiddelen over de diverse sectoren verdeeld worden, en aan de hand van welke prioritering dit gebeurt. De bestaande insteek van de GGD-GHOR voor de verdeling van de middelen is tot nu toe sterk gebaseerd op het uitgangspunt dat patiënten vooral in de acute zorg terechtkomen, waarbij een deel van de middelen voor andere sectoren, waaronder de langdurige zorg, beschikbaar wordt gemaakt. Dat uitgangspunt past niet meer in de huidige situatie, waarin sommige instellingen hebben moeten besluiten om COVID-19 patiënten te isoleren, of aparte cohortafdelingen in te richten waar deze patiënten behandeld kunnen worden. Daarnaast lopen medewerkers uit de huisartsenzorg, thuiszorg, de wijkverpleging, de GGZ, gehandicaptenzorg

en jeugdzorg risico's als zij gevraagd worden om zorg te verlenen bij (mogelijke) COVID-19-patiënten en hebben ook PGB-houders voor bepaalde dagelijkse zorg beschermingsmiddelen nodig. Er wordt bovendien gewerkt aan een goede distributie van beschermingsmiddelen aan kleinere zorgpartijen, waaronder budgethouders maar ook kraamverzorgers, aanspraak kunnen maken op deze middelen. Hier is maatwerk nodig, omdat deze kleinere partijen geen aansluiting hebben op de ROAZ-structuur, zoals grotere instellingen dat wel hebben.

In samenspraak met het LNAZ en de GGD-GHOR heb ik het OMT afgelopen week gevraagd mij nader te adviseren over dit prioriteringsvraagstuk. Het OMT heeft een afwegingskader naar sectoren besproken en adviseert dit aan te vullen met informatie over de intensiteit van de blootstelling in specifieke situaties. Experts uit de verschillende zorgsectoren is gevraagd deze informatie aan te leveren. De adviezen van het OMT voor gepast gebruik van deze typen beschermingsmiddelen worden hierbij betrokken. Samen met de gegevens over de aantallen patiënten en zorgverleners wordt een evenwichtige verdeling opgesteld. Ik verwacht u hier volgende week meer duidelijkheid over te kunnen geven. Daarnaast geeft ook het nieuwe testbeleid de mogelijkheid om relatief vaak en snel vast te stellen of iemand al dan niet COVID-19 heeft. Dat betekent dat in veel situaties voor een korte periode onzekerheid bestaat over besmetting, als gevolg waarvan bescherming van de werknemer noodzakelijk is. Ook die factor moet in de uiteindelijke prioritering worden meegewogen.

Ik benadruk hierbij dat deze besluitvorming een complex karakter heeft, waarbij nog los van de uitkomst, de aanlevering van beschermingsmateriaal voor de komende periode een onzekere factor blijft. Ik benadruk daarom nogmaals dat zorgverleners de richtlijnen van het RIVM over het gebruik van juiste beschermingsmiddelen voor de juiste zorghandelingen opvolgen. Ik ontvang signalen dat dat nog niet overal het geval is. Zo is niet bij elke handeling in elke sector een mondkapje van het hoogste beschermingsniveau (zoals FFP2) noodzakelijk. Ik heb het RIVM en veldpartijen gevraagd om de communicatie hierover te verbeteren.

In het debat van 26 maart jl. (Handelingen II 2019/20, nr. 65, debat over de actuele ontwikkelingen rondom het coronavirus) heb ik in de richting van de CDA-fractie toegezegd nog nader terug te komen op de vraag in hoeverre de levering van persoonlijke beschermingsmiddelen in ouderen-, thuis- en gehandicaptenzorg op gang is gekomen. Ik kan bevestigen dat al deze sectoren beschermingsmiddelen hebben ontvangen. Echter, gelet op de schaarste kan het zijn dat wat geleverd is, niet (volledig) voorziet in de vraag.

Met bovenstaande acht ik ook de Kamervragen (2020Z06227) van het lid Ploumen (PvdA) van 6 april 2020 over de effect van de Coronacrisis op de kraamverzorgende, en de leden Wilders en Agema (beiden PVV) over de discrepantie tussen de berichtgeving over bestellingen en leveringen van beschermingsmiddelen en de tekorten die nog steeds ervaren worden bij zorgmedewerkers van 7 april 2020 (2020Z06296) beantwoord. En hiermee heb ik ook antwoord gegeven op de Kamervragen van de leden Hijnk en Marijnissen (beiden SP) over het bericht «Onrust bij thuiszorg, wijkverpleging, gehandicaptenzorg en ouderenzorg bij gebrek aan bescherming en beperkt testen personeel» (d.d. 7 april 2020, 2020Z06304).

Eerder heb ik uw Kamer al geïnformeerd dat uit onderzoek van het RIVM is gebleken dat sterilisatie met stoom (121 graden) of sterilisatie met waterstofperoxide ervoor zorgt dat FFP2 mondkapjes hun vorm behouden en voldoende in staat blijven om deeltjes tegen te houden. In de Kamerbrief van 31 maart heb ik, naar aanleiding van het OMT-advies, benoemd met het RIVM in gesprek te zijn op welke wijze zij meer coördinatie kunnen realiseren om hergebruik van mondkapjes mogelijk te maken, ook in samenspraak met de IGJ en Inspectie SZW. Het RIVM is deze week direct aan de slag gegaan om de verschillende initiatieven in kaart te brengen. Naar aanleiding daarvan zal het RIVM een beschrijving opstellen van de bestaande initiatieven, de methodes, en de resultaten. Dit dient als basis voor een expertmeeting die het RIVM komende week zal organiseren met onder andere sterilisatiedeskundigen uit de zorg en TNO. Hiermee wordt geprobeerd om kansrijke methodes voor hergebruik aan te wijzen en hoe deze te testen. Vervolgens zal worden gekeken hoe deze testen zo snel mogelijk kunnen worden uitgevoerd. Zodra ik de adviezen van het RIVM heb ontvangen, worden deze zo snel mogelijk met het zorgveld gedeeld. Ook zullen de adviezen beschikbaar komen op de website van het RIVM. Het is bij sterilisatie van mondkapjes van belang dat de kwaliteit constant wordt bekeken na sterilisatie, en voor sommige methoden is er een maximaal aantal keer sterilisatie per mondkapje mogelijk. Daarom zullen zorginstellingen een goed proces moeten inrichten als zij gebruik willen maken van herverwerking bij de dreiging van acute tekorten. Om de meerdere stappen van de kwaliteitscontrole (bijvoorbeeld hoe vaak mondkapjes al zijn gesteriliseerd) te bewaken zal dit proces zoveel mogelijk in de zorginstellingen moeten plaatsvinden, al dan niet regionaal georganiseerd. Ik heb het RIVM gevraagd om in het advies ook op te nemen hoe zorginstellingen dit proces het beste kunnen vormgeven.

Vanwege het dreigende tekort aan wegwerp-isolatiekleding (jassen, pakken, schorten en coveralls) heb ik het RIVM gevraagd om ook naar het hergebruik hiervan te kijken, in samenspraak met de Inspectie SZW. In een door het RIVM georganiseerde teleconferentie met verschillende experts zijn ervaringen met experimenten om isolatiekleding te wassen en te steriliseren, uitgewisseld. Op basis hiervan is geconcludeerd dat de isolatiekleding niet goed bestand is tegen industriële wasprocessen. Deze methode lijkt dan ook niet bruikbaar voor grootschalige herverwerking van deze kleding. Sterilisatie met stoom, gas of straling biedt wel mogelijkheden. Uit het onderzoek is gebleken dat sterilisatie met gammastraling tot goede resultaten leidt. Ik zal deze uitkomsten zo snel mogelijk delen met het zorgveld en in overleg met betrokken partijen, zoals de ziekenhuizen en de GGD-GHOR, kijken hoe we de logistiek van de inzameling en sterilisatie van deze isolatiejassen kunnen organiseren.

Aangezien het net als bij mondkapjes van belang is dat de kwaliteit constant wordt bekeken na sterilisatie, zullen zorginstellingen zelf een proces hiervoor moeten inrichten. Het RIVM heeft naar aanleiding van de expertmeeting hierover een advies geschreven, dat zal worden gedeeld met de verschillende betrokken koepels.

5. Beschikbaarheid geneesmiddelen

De Minister voor Medische Zorg en Sport houdt de beschikbaarheid van geneesmiddelen nauwlettend in de gaten. Het is belangrijk om accuraat inzicht te hebben in de voorraden in Nederland en de relevante ontwikkelingen in de markt, zodat we passende (preventieve) maatregelen kunnen nemen om tekorten te voorkomen. De Minister voor Medische Zorg en

Sport overlegt met verschillende partijen om hen zoveel mogelijk in staat te stellen om de maatregelen te nemen die zij nodig achten. Ook zet hij, samen met het Meldpunt Geneesmiddelen tekorten en -defecten, waarin de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) nauw samenwerken, verschillende overheidsmaatregelen in om tekorten te voorkomen.

Namens de Minister voor Medische Zorg en Sport zal ik u allereerst informeren over de laatste stand van zaken rondom de IC-medicatie die gebruikt wordt bij de behandeling van patiënten met COVID-19. Vervolgens zal ik ingaan op de inzet ten aanzien van andere (niet COVID-19 gerelateerde) geneesmiddelen.

Geneesmiddelen patiënten met COVID-19

Zoals ik u in mijn brief van 31 maart jl. berichtte¹⁰ is voor de IC-medicatie die gebruikt wordt bij de behandeling van patiënten met COVID-19 in opdracht van VWS een landelijke coördinatiestructuur opgezet. Dit initiatief draagt de naam Landelijk Coördinatiecentrum geneesmiddelen (LCG). Het LCG is een initiatief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) dat tot stand gekomen is met instemming van de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU), Bond van Groothandelaren in het Farmaceutische Bedrijf (BG Pharma), de IGJ en het CBG.

De taken van het LCG zijn onder andere het actueel monitoren van de voorraden van de essentiële IC-medicatie in Nederland, het vergroten van de voorraden door het inkopen van deze geneesmiddelen of diens grondstoffen uit het buitenland na verkregen toestemming van IGJ, en het coördineren en (indien nodig) uitbreiden van de eigen bereiding van IC-medicatie. Daarnaast speelt de LCG een coördinerende rol in het (her)verdelen onder ziekenhuizen mocht dat nodig blijken. Bij deze taken houden zij ook rekening met de voorraden en vraagontwikkeling in Caribisch Nederland. Het LCG staat dagelijks in nauw contact met onder andere ziekenhuisapothekers en groothandels.

Het LCG actualiseert dagelijks de cijfers van de voorraadposities en de prognoses. Met een statusclassificatie wordt inzicht gegeven in het aantal dagen voorraad dat er op dat moment is en de verwachtingen over de tijdige komst van nieuwe voorraden. Ziekenhuizen en groothandels rapporteren dagelijks aan het LCG over hun voorraden.

Inmiddels hebben we de eerste rapportages ontvangen. Op basis van de actuele stand van zaken op 6 april 2020 (17.00 uur) stelt het LCG dat voor alle vier de categorieën essentiële IC-medicatie (sedativa, pijnbestrijding, spierrelaxantia en «overig») op dit moment gemiddeld voldoende voorraden zijn (> 14 dagen). Dit beeld wordt dagelijks geactualiseerd, waarbij ook de bezettingsgraad van de IC bedden wordt meegenomen. Om aanvullend inzicht te geven geeft de LCG aan dat in een *scenario* dat er 1.800 IC bedden bezet zouden zijn er voor drie categorieën nog steeds voldoende voorraad (> 14 dagen) is. Voor de vierde categorie («overig») geldt dat er voor één geneesmiddel (noradrenaline) binnen deze categorie nog voorraad is voor meer dan 7 dagen. Het LCG is bezig met de opschaling van de eigen productie van noradrenaline.

Het LCG blijft breder actief om de voorraadpositie voor de komende periode te blijven borgen. Zo heeft het LCG onder andere in samenwerking met de IGJ voor een specifiek IC geneesmiddel een buitenlandse

¹⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 200.

voorraad voor Nederland veilig gesteld. Daarnaast heeft het LCG grondstoffen verkregen en gedistribueerd naar de bereidende ziekenhuis-apotheken voor het bereiden van IC-medicatie. Het LCG heeft een aantal ziekenhuizen geholpen bij het vergroten van hun voorraden.

Daarnaast heeft de IGJ afgelopen week, na een nauwkeurige evaluatie samen met het CBG, tijdelijk toestemming gegeven voor het gebruik van een veterinair sedatiemiddel voor patiënten op de IC. Het middel heeft dezelfde werkzame stof als het middel dat voor mensen wordt gebruikt (propofol). De veiligheid en kwaliteit zijn gegarandeerd. Hiermee is het, indien nodig, een aanvulling op de huidige voorraden. Deze toestemming geldt niet voor andere propofol-bevattende veterinaire geneesmiddelen, hiermee blijven er voldoende geneesmiddelen over voor veterinair gebruik.

De geneesmiddelen die worden gebruikt voor de patiënten met COVID-19 op de IC worden ook gebruikt voor andere patiënten. Het betreft bijvoorbeeld anesthesie in de ziekenhuizen voor niet-COVID-19 patiënten, maar ook bijvoorbeeld palliatief gebruik in de thuissituatie. Het is van belang dat er ook voor deze patiënten voldoende geneesmiddelen beschikbaar blijven. Ik heb hier aandacht voor en betrek hierbij de LCG, de landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de KNMP.

Overige geneesmiddelen en maatregelen

Zoals ik in mijn brief van 31 maart jl. beschreven heb, heb ik ook oog voor de bredere geneesmiddelenvoorziening. Het Meldpunt geneesmiddeltekorten en -defecten (Meldpunt) bij het CBG en de IGJ houdt naast de medicatie voor patiënten met COVID-19 ook de beschikbaarheid van de overige geneesmiddelen goed in de gaten. Het CBG zal deze week de jaarrapportage van het Meldpunt over 2019 publiceren op zijn website.

Er is specifiek aandacht voor de internationale marktonwikkelingen, zoals de situatie in India en China en het effect van deze ontwikkelingen op onze geneesmiddelenvoorziening. De situatie in India is zorgelijk, er is sprake van verschillende (tijdelijke) exportverboden en transportproblemen. De focus ligt nu op de continuïteit van de aanvoer. Hierover is doorlopend overleg met betrokken leveranciers en er vindt overleg plaats op diplomatiek niveau. Hierbij werkt de Minister voor MZS ook nauw samen met de Europese partners, waaronder de Europese Commissie. Ik blijf u op de hoogte houden van de actuele ontwikkelingen.

In mijn brief van 31 maart jl. heb ik u geïnformeerd over de maatregelen die (preventief) genomen kunnen worden om tekorten te voorkomen. De Minister voor MZS voert hierover onder andere wekelijks gesprekken met de leden van het Coronaberaad Beschikbaarheid Geneesmiddelen. We vinden het belangrijk om met partijen steeds te blijven afwegen welke maatregelen op welk moment passend en effectief zijn. Ik blijf u informeren over de maatregelen die de Minister voor Medische Zorg en Sport in dit kader inventariseert en neemt om tekorten te voorkomen.

In het kader van het borgen van de brede geneesmiddelenvoorziening, heeft de IGJ, zoals toegezegd in de brief van 31 maart jl., op 3 april gepubliceerd dat apothekers onder voorwaarden tijdelijk hun voorraden aan geneesmiddelen onderling mogen uitwisselen om zo eventuele tekorten op te lossen. Het onderling uitwisselen van geneesmiddelen is in Nederland verboden. De IGJ zal hier in ieder geval tot 1 juli 2020 niet op handhaven. Dit is niet beperkt tot een specifiek geneesmiddel of geneesmiddelengroep, waardoor het breed inzetbaar is. De IGJ heeft in dit kader ook onderzocht wat de voorraden zijn die op dit moment bij privéklinieken

liggen en of deze voorraden hierbij betrokken kunnen worden. Zij concluderen dat het om te kleine voorraden gaat die te ver verspreid door het land liggen. De IGJ zal hier daarom geen vervolg aan geven.

6. Zorg voor kwetsbare mensen

De maatregelen die we nemen zijn er ook op gericht om mensen die kwetsbaar zijn te beschermen buiten het ziekenhuis. Bij deze aanpak hanteer ik de volgende uitgangspunten:

- a) beperken fysieke en sociale contacten ter bescherming van kwetsbare personen;
- b) zorgcontinuïteit en voldoende opvang van kwetsbare personen;
- c) maatregelen voor personeel en kwetsbare mensen;
- d) sociale initiatieven stimuleren: omzien naar elkaar.

Eerder in deze brief ben ik reeds ingegaan op de regionale aanpak voor meer bedden capaciteit buiten het ziekenhuis voor kwetsbare personen.

a) Beperken fysieke en sociale contacten ter bescherming van kwetsbare personen

Ik besef dat het volhouden voor zowel bewoners als hun familie enorm veel van hen vergt nu de bezoeksregelingen voor zowel de gehandicaptenzorg als de verpleeghuizen langer gaan duren. Je partner, kind, vader of ouder niet kunnen bezoeken valt in een moeilijke tijd als deze extra zwaar. Juist nu hebben mensen behoefte aan contact en steun van elkaar.

Verpleeghuiszorg

In de verpleeghuizen zijn allerlei initiatieven ontwikkeld om bewoners in contact te brengen met hun naasten. Zo wordt er volop gebruikt gemaakt van beeldbellen en kunnen medewerkers via Familienet berichten, foto's en video's delen via een veilige persoonlijke pagina. Daarnaast kent de creativiteit om activiteiten te ontwikkelen geen grenzen: online spelletjes spelen, een contactloos buitenconcert of mimespelers die via het raam bewoners een fijn moment bezorgen.

De leden Hiijnck en Marijnissen (SP) hebben mij gevraagd te reageren op het artikel «De corona-angst achter de dichte deuren van het verpleeghuis» in de Volkskrant van 2 april jongstleden. Het raakt mij als ik lees wat voor verdriet er nu is in de verpleeghuizen. Zorgaanbieders doen wat nodig is om verdere verspreiding van COVID-19 op een locatie te voorkomen. Zij volgen daarbij de richtlijnen van de beroepsgroep. Dit kan betekenen dat soms een afdeling wordt geïsoleerd. Het zijn uitzonderlijke maatregelen in helaas uitzonderlijke omstandigheden.

In het geval een bewoner door familie mee naar huis wordt genomen, dan is het niet mogelijk de cliënt terug te brengen naar het verpleeghuis zolang de bezoekersregeling van kracht is. De branchevereniging ActiZ heeft op deze wijze, in overleg met het Ministerie van VWS, de regeling verder ingevuld. De cliënt (of zijn vertegenwoordiger) is dan samen met zijn familie zelf verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. In het geval dat een bewoner is ontslagen uit het ziekenhuis zal worden gezien of het verantwoord is dat de bewoner weer terug kan naar het verpleeghuis of dat er een andere oplossing moet worden gevonden, bijvoorbeeld opname in een zorghotel.

Op verzoek van de leden Hiijnck en Marijnissen (SP) zullen de antwoorden op de door hun gestelde Kamervragen (2020Z06221) van 6 april 2020 ook separaat per vraag nagestuurd worden.

Het lid Kersten (PvdA) heeft mij ook gevraagd naar inzicht in het aantal locaties waar het niet lukt de besmette bewoners geïsoleerd te verplegen zoals bedoeld in het artikel in de Volkskrant. Ik heb daar op dit moment

geen inzicht in. In dit verband merk ik op dat ik de directeuren Publieke Gezondheid afgelopen week heb gevraagd tijdelijke zorglocaties te creëren voor cohortverpleging (coronacentra). Deze locaties kunnen eventueel uitkomst bieden voor die situaties waarin het niet mogelijk is besmette bewoners geïsoleerd te verplegen op de eigen locatie.

Met bovenstaande acht ik ook Kamervragen (2020Z06121) van het lid Kerstens (PvdA) van 3 april 2020 beantwoord.

Gehandicaptenzorg

Ook in de gehandicaptenzorg vinden vele inspanningen plaats om bewoners en hun familie met elkaar in contact te brengen. Vele activiteiten worden hier ontplooid om bewoners een goed alternatief te bieden voor het veelal wegvallen van de dagbesteding. Zo is Philadelphia het videokanaal Hallo Thuis gestart met informatie en allerlei leuke ideeën als alternatief voor de dagbesteding. Zorgaanbieder Siza heeft 100 beweegkaarten gemaakt, er zijn luisterboeken en er is een online tekenvierdaagse.

Ik streef er naar dat het RIVM een zo betrouwbaar mogelijk inzicht kan geven in het aantal mensen dat ziek is als gevolg van COVID-19 en het aantal mensen dat daar uiteindelijk aan overlijdt. Dit geldt ook voor de bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg. Ik heb het RIVM gevraagd de uitsplitsing van het aantal verdenkingen en sterfgevallen van patiënten met een vastgestelde COVID-19 besmetting in verpleeghuizen op zich te nemen en daarvoor gebruik te maken van de registratie van de specialisten ouderengeneeskunde. Het RIVM heeft op basis van een eerste voorlopige uitsplitsing een beeld op hoofdlijnen neergezet. Het lijkt erop dat circa 900 verpleeghuislocaties een besmetting van 1 of meer personen heeft. In de loop van volgende week krijg ik van het RIVM een beter gevalideerd beeld. Hierin zullen ook de cijfers van Verenso over de niet-bevestigde COVID-19 verdenkingen worden meegenomen. Eenzelfde inzicht wil ik verkrijgen in de gehandicaptenzorg.

Met bovenstaande acht ik ook Kamervragen (2020Z06121) van het lid Kerstens (PvdA) van 3 april 2020 beantwoord.

Palliatieve zorg

In de palliatieve zorg thuis worden eerder gemaakte (behandel)afspraken zoveel mogelijk gerespecteerd. Met de cliënt wordt overlegd hoe de noodzakelijke zorg door kan gaan en welke zorgmomenten verminderd kunnen worden of op afstand uitgevoerd kunnen worden. Deze afwegingen worden gemaakt om besmetting van de cliënt en het zorgpersoneel te voorkomen.

In hospices en ook de thuissituatie wordt veel gewerkt met oudere vrijwilligers. Een aantal organisaties zijn gestopt met de inzet van vrijwilligers thuis om verspreiding te voorkomen. Andere organisaties bekijken in nauw overleg met de betrokken beroepsmatige zorg, vrijwilligers, cliënten en naasten per cliënt wat de mogelijkheden zijn. In sommige hospices is er sprake van een opnamestop of vermindering van bezetting. Dit gebeurt omdat ook hier de mogelijkheid tot inzet van vrijwilligers vermindert. Daar staat tegenover dat veel hospices gewoon open blijven en zelfs meehelpen met het opzetten van nieuwe coronacentra. Samen met de brancheorganisaties monitor ik de ontwikkelingen bij de thuisinzet en de hospices goed.

Geestelijke verzorging

Ik heb uw Kamer toegezegd na te gaan of de toegang van geestelijke verzorging – door specialisten van externe organisaties die geestelijke verzorging verzorgen, zoals externe geestelijk verzorgers en predikanten – naar patiënten in instellingen, zoals verpleeghuizen en ziekenhuizen, hapert.

Ik zal allereerst instellingen vragen om na te gaan of het aanbod van de instelling tijdens deze coronacrisis voldoende tegemoetkomt aan de behoefte aan geestelijke verzorging bij patiënten/cliënten, hun naasten en medewerkers in de instelling. Daar waar de behoefte (tijdelijk) groter is, vraag ik instellingen om geestelijke verzorging beter beschikbaar te maken. Dit kan bijvoorbeeld in verpleeghuizen ook in de vorm van groepsgesprekken of met inzet van vrijwilligers via een videoverbinding. Het eigen personeel speelt overigens ook een rol in de begeleiding van mensen op existentieel vlak.

Vanuit een aantal instellingen (ouderenzorg, ziekenhuizen) zijn er al wel signalen dat er door de coronacrisis meer behoefte is aan geestelijke verzorging. De beroepsgroep van geestelijk verzorgers is een crisisteam Corona gestart. Zij heeft een overzicht van geestelijk verzorgers die beschikbaar zijn en kan die geestelijk verzorgers verbinden aan de vraag vanuit een instelling in een specifieke regio. Op dit moment zijn er circa 150 extra geestelijk verzorgers (deels) beschikbaar.

De fysieke toegang tot instellingen voor geestelijk verzorgers van buiten is een aandachtspunt. Bestuurders missen soms het comfort om voor deze groep andere richtlijnen op te stellen dan voor algemeen bezoek. Ik vraag de instellingen hier naar te kijken, omdat geestelijke zorg van existentieel belang kan zijn, zeker in de stervensfase. Zowel voor patiënten/cliënten als voor hun naasten. Dan kan er ook ruimte geboden worden aan de maatschappelijke rol waartoe Minister van Justitie en Veiligheid de levensbeschouwelijke organisaties in Nederland heeft opgeroepen. Met het bovenstaande geef ik invulling aan mijn toezegging aan de ChristenUnie tijdens het debat van 1 april jl.¹¹

b) Zorgcontinuïteit en voldoende opvang van kwetsbare personen

De Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten is bezig met het ontwikkelen van een leidraad hoe een patiënt met verstandelijke beperking en COVID-19 doorverwezen kan worden naar het ziekenhuis en de intensive care, met als doel dat deze groep patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgt. De vereniging zal deze leidraad afstemmen met de Federatie van medische specialisten.

c) Maatregelen voor personeel en kwetsbare mensen

Naar aanleiding van het vorige OMT-advies is de LCI-richtlijn COVID-19 wat betreft het testbeleid voor zorgverleners buiten het ziekenhuis verruimd en is de testcapaciteit vergroot. Uitgangspunt is om alle zorgmedewerkers met direct patiëntencontact te testen als ze klachten hebben die passen bij een COVID-19 besmetting. Het gaat hierbij om personeel van verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, huisartsenzorg, thuiszorg, jeugdzorg en GGZ. Regionaal wordt dit beleid uitgevoerd door de GGD'en. Bij het testen van patiënten met ziekteverschijnselen in verpleeghuizen is aangegeven dat de richtlijn van Verenso gevolgd moet worden. Uitgangspunt hierbij is dat het testen in intramurale instellingen in de langdurige zorg erop gericht is om besmetting op een afdeling/

¹¹ Hiermee geef ik invulling aan mijn toezegging aan het lid Segers (CU) om na te gaan of specialisten van externe organisaties die geestelijke verzorging verzorgen, zoals kerken en het Hum. Verbond, deze zorg ook kunnen leveren of dat de toegang hapert.

locatie vast te stellen. Na 1–2 positief geteste COVID-19 patiënten wordt niet verder getest, maar gehandeld vanuit het uitgangspunt dat er een corona-uitbraak is op de afdeling/locatie.

Beschermingsmiddelen

Voor de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen verwijs ik naar de betreffende passage hierover in deze brief. Locaties voor verpleeghuiszorg en andere sectoren zoals gehandicapten en (jeugd)ggz met een uitbraak van het coronavirus kunnen aangeven bij de ROAZ in hun regio dat zij persoonlijke beschermingsmiddelen nodig hebben. De ROAZ is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen en verdelen van de middelen. Voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in verpleeghuizen, thuiszorg en gehandicaptenzorg, maar ook door andere zorgverleners buiten het ziekenhuis, heeft het RIVM een richtlijn opgesteld die te vinden is op de website van het RIVM. Deze geeft de algemene uitgangspunten weer voor het gebruik van beschermende middelen en is nog steeds actueel. Indien personeel er voorkeur voor heeft om te werken op een afdeling met bevestigde COVID-19 patiënten is het aan de werkgever om hier mee om te gaan.

Om een verdere toename van het aantal besmettingen te voorkomen worden naast het testbeleid voor medewerkers en patiënten en het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen kwetsbare bewoners beschermd door het toepassen van de algemene hygiënerichtlijnen, door de bezoeksregelingen, door patiënten met (verdenking van) COVID-19 geïsoleerd te verplegen en door het beleid gericht op de inzet van personeel bij ziekte.

Met bovenstaande acht ik ook de Kamervraag van het lid Kerstens (PvdA) van 3 april 2020 beantwoord. Op verzoek van de leden Hijink en Marijnissen (SP) zullen de antwoorden op de door hun gestelde Kamervragen (2020Z06221) van 6 april 2020 ook separaat per vraag nagestuurd worden.

Kwetsbare ouderen thuis

Samen met gemeenten en aanbieders wil ik zo lang als mogelijk inzetten op goede ondersteuning in de thuissituatie, zodat de druk op de medische zorg niet verder wordt vergroot. Omdat er veel vragen bij ons binnenkomen over zorgcontinuïteit, wat verwacht mag worden van maatschappelijke ondersteuning, en wat mag en niet mag in het kader van de richtlijnen van het RIVM wordt in overleg met veldpartijen gewerkt aan drie richtlijnen: voor mantelzorg, huishoudelijke hulp, en dagbesteding, – behandeling en – opvang. In deze richtlijnen wordt uiteengezet wat is afgesproken ten aanzien van de continuïteit van zorg, wat regulier doorgang kan vinden en waar alternatieve manieren voor het leveren van zorg en ondersteuning moet worden gezien, passend bij de behoefte van de cliënt. Ook is aandacht voor de veiligheid van medewerkers. De richtlijnen zullen uiterlijk dinsdag 14 april 2020 op de websites van het RIVM, de Rijksoverheid, VNG en aanbieders worden gepubliceerd en gelden in ieder geval tot 28 april 2020. Op basis van deze gezamenlijke, afgestemde richtlijnen spreek ik zeer frequent met koepels van aanbieders, patiënt- en cliëntorganisaties, zorgverzekeraars en VNG en waar nodig zal ik ook individuele partijen wijzen op de gezamenlijk ontwikkelde richtlijnen.

Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

Ook in deze brief wil ik benadrukken hoe belangrijk het is dat we in deze periode extra aandacht hebben voor mensen die geestelijke gezond-

heidszorg (ggz) nodig hebben en voor de mensen om hen heen. De huidige situatie heeft op hen veel impact. De Staatssecretaris van VWS is binnen de opgezette crisisstructuur¹² samen met de betrokken veldpartijen hard aan de slag om ervoor te zorgen dat deze kwetsbare groep niet uit beeld raakt.

In mijn Kamerbrief van 31 maart heb ik aangegeven dat de sector op 27 maart jl. een richtlijn «GGZ en COVID-19» heeft vastgesteld, onderschreven door het RIVM. Op 3 april jl. is er een geactualiseerde versie van deze richtlijn gepubliceerd. Aanpassingen zien onder meer op wanneer behandeling «face to face» dan wel op alternatieve wijze (zoals beeldbellen) kan of moet worden vormgegeven, op de indicatiestelling voor testbeleid in de ggz, toepassing van persoonlijke beschermingsmiddelen, de kindcheck, en op het bespreken van de gezinssituatie en de mantelzorgverlening. In deze richtlijn is tevens opgenomen hoe om te gaan met bezoek. Daarin is opgenomen dat een algehele bezoekersstop, gezien de grote mentale risico's van isolatie, niet gewenst is. Mede ook gezien de diversiteit in afdelingen en doelgroepen is maatwerk van belang en kan de nabijheid van naasten juist ook rust brengen.

De partijen in het veld zijn continu bezig om de richtlijn te verbeteren, zodat mensen die zorg nodig hebben deze op de beste en meest veilige manier kunnen krijgen. En professionals hen op een veilige manier kunnen bijstaan.

Ook is er een aantal aanvullende initiatieven dat eraan bijdraagt dat mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben en hun naasten worden ondersteund tijdens deze crisis.

MIND Korrelatie

Een aantal belangrijke acties is nu concreet ingezet door partijen in het veld. Zo heeft MIND Korrelatie in verband met de corona crisis haar openingstijden verruimd van 9:00 tot 18:00 uur naar 9:00 tot 22:00 uur en verlenen zij tijdens deze crisis telefonische hulp (kosteloos voor de cliënt). De hulpverleners van MIND Korrelatie (psychologen en maatschappelijk werkers) bedienen een diverse doelgroep. Ze kijken samen met de mensen die bellen naar wat de beste stappen zijn om goede hulp te vinden en goed voor zichzelf te blijven zorgen, zonder zich overspoeld te voelen door de huidige situatie en in een isolement terecht te komen. MIND Korrelatie is bereid gevonden om ouders die daar behoefte aan hebben laagdrempelig te adviseren per app, chat of telefoon.¹³ Ook is MIND bereikbaar als irritaties en spanningen in de relatie tussen partners oplopen.

Suïcidepreventie

Het is belangrijk om mensen in deze onzekere tijd te steunen maar ook kennis en instrumenten te bieden om suicidaliteit eerder te herkennen. 113 zelfmoordpreventie heeft naar aanleiding van de vragen die ze krijgt, de website uitgebreid met kennis over stressreductie in deze Coronatijd voor zowel zorgprofessionals als breed publiek. Op de site zijn tips te vinden zoals het luisteren van bepaalde podcasts om te ontspannen, tips voor een goede nachtrust maar is ook een online onlinetraining suicidepreventie beschikbaar die gratis te volgen is om suicidaliteit eerder te herkennen en bespreekbaar te maken. Hulpvragers, naasten, (zorg)professionals en het brede publiek krijgen hiermee praktisch tools in handen om zichzelf, elkaar en anderen beter te helpen en ondersteunen.

¹² Kamerstukken 25 424 en 25 295, nr. 526.

¹³ MIND Korrelatie extra bereikbaar voor vragen n.a.v. coronacrisis.

Maatschappelijke opvang

Op 27 maart jl. is in opdracht van de Staatssecretaris van VWS de richtlijn «opvang voor dak- en thuisloze mensen» vastgesteld.¹⁴ Organisaties voor dak- en thuislozen en andere stakeholders geven aan dat ze zich erg gesteund voelen door de richtlijn, in combinatie met de financiële afspraken die gemaakt zijn tussen Rijk en gemeenten. Gemeenten en aanbieders zijn gestart met de praktische uitwerking van deze richtlijn. Er zijn diverse goede voorbeelden in het land zichtbaar: in de regio Nijmegen werken organisaties voor maatschappelijke opvang, beschermd wonen en ggz nauw samen om coronapatiënten van instellingen op te vangen in een speciaal daarvoor ingericht coronacentrum. Dit gebeurt alleen wanneer mensen niet in hun vertrouwde omgeving kunnen worden geholpen, bijvoorbeeld omdat zij niet in staat zijn zich aan de regels te houden. Een ander voorbeeld is Eindhoven waar verschillende opvang- en begeleidingsorganisaties samen met de straatdokters een extra nachtopvanglocatie hebben geopend en aparte quarantaineplekken hebben georganiseerd voor mensen die symptomen van het coronavirus vertonen. Mensen met ziekteverschijnselen kunnen getest worden door de straatdokter.

Gemeenten, opvangorganisaties en andere betrokken partijen verdienen veel lof voor de creatieve oplossingen die worden gevonden om deze kwetsbare doelgroep te blijven ondersteunen. Het blijft echter een complexe opgave om dak- en thuisloze mensen zo goed mogelijk te blijven opvangen en tegelijkertijd de maatregelen van het RIVM op te volgen. Er vindt dagelijks overleg plaats tussen het Ministerie van VWS, de VNG en opvangkoepel Valente, om op de hoogte te blijven van de situatie in de gemeenten. Waar nodig spreekt de Staatssecretaris van VWS met wethouders van gemeenten om mogelijke oplossingsrichtingen te bieden.

De aanbieders voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen hebben – net als vele andere partijen – te maken met een tekort aan beschermingsmiddelen. Belangrijk is dat de verpleeghuisafdelingen binnen de maatschappelijke opvang voor vergelijkbare handelingen op eenzelfde manier de beschikking krijgen over beschermingsmiddelen als het geval is bij de «reguliere» verpleeghuisafdelingen.

Jeugd

De coronacrisis treft jong en oud. Niet naar buiten kunnen, niet naar school, en niet afspreken met vrienden en vriendinnen is voor alle kinderen heel ingrijpend. Gelukkig kunnen de meeste kinderen terugvallen op een stabiele thuissituatie, maar ook in normale gezinnen kunnen door de crisis spanningen oplopen.

Mede op verzoek van het lid Segers (CU) informeer ik ouders over handelingsperspectieven: *wat kan je doen als de spanningen oplopen?*¹⁵ Extra aandacht is er voor multi-probleemgezinnen, kinderen waar het thuis onveilig is en kinderen met beperkingen. Ouders kunnen met corona gerelateerde opvoedvragen terecht bij het Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Zo zijn er veel vragen over contacten tussen kinderen en hun gescheiden ouders. Uitgangspunt is dat omgangsregelingen gewoon doorgaan, tenzij er sprake is van gezondheidsklachten.¹⁶ MIND Korrelatie

¹⁴ In de Kamerbrief van 31 maart jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 200) stond dat de richtlijn 20 maart jl. is gepubliceerd. Dit moest zijn 27 maart jl.

¹⁵ VWS handelingsperspectief van 6 april 2020: *wat kan je doen als de spanningen oplopen?*

¹⁶ Omgaan met de gevolgen van het coronavirus | NJI.

is bereid gevonden om ouders die daar behoefte aan hebben laagdrempelig te adviseren per app, chat of telefoon.¹⁷ Jeugdhulpverleners doen hun uiterste best om – samen met scholen en lokale teams – zo goed mogelijk in contact te blijven met kwetsbare gezinnen en hen zo nodig ondersteuning te bieden (face to face, telefonisch of online). De gezamenlijke beroepsgroepen hebben hierover een statement uitgebracht.¹⁸ Gemeenten en scholen spannen zich in om ieder kwetsbaar kind in beeld te brengen en thuis of op locatie extra ondersteuning te bieden zodat ook kwetsbare kinderen zich veilig weten en aan leren toekomen.¹⁹ Gemeenten, kinderopvang, gastouderopvang, scholen en leerplicht slaan hierbij de handen ineen met Veilig Thuis en jeugdzorg. Het is belangrijk dat professionals die contact hebben met kinderen en gezinnen alert zijn en de kindcheck uitvoeren. Alle partijen in de jeugdbeschermingsketen (lokale teams, VT, RvdK, GI's) spannen zich tijdens de huidige crisis in om in contact te blijven met kwetsbare gezinnen. Zo worden in West-Brabant West veiligheidsvraagstukken rond jeugdigen vanuit Veilig Thuis, lokale teams, RvdK en de GI's collectief opgepakt via de Veiligheidssteams, om zo te doen wat nodig is voor kwetsbaren kinderen en zodoende de gezamenlijke beschikbare capaciteit zo goed mogelijk in te zetten. Met deze passage en de brief die op 3 april naar uw Kamer is gezonden²⁰, doe ik mijn toezegging aan het lid Segers (CU) gestand om terug te komen op het punt van de aanpak van opvang van kwetsbare kinderen op school en kinderopvang.

d) Sociale initiatieven stimuleren: omzien naar elkaar

Eerder informeerde ik uw Kamer over het groeiend aantal maatschappelijke initiatieven en hulplijnen die in het hele land zijn opgestart of op het bestaande netwerk zijn voortgezet. Deze maatschappelijke beweging groeit nog steeds. Dat onderstreept dat er behoefte is aan het bieden en vragen van hulp en sociaal contact. Juist daarom is deze maatschappelijke beweging van belang.

Ik zie verschillende samenwerkingen ontstaan, zowel publiek-privaat als tussen verschillende organisaties en bedrijven, maar ook tussen verschillende doelgroepen. Voorbeelden hiervan zijn: Studenten van «Koetjes en Kalfjes» die bellen met ouderen of jongeren die vragen met #opaapp om grootouders van vrienden te bellen via Young Impact.

Hulplijnen kunnen niet alleen gebeld worden, maar bieden steeds vaker aan om ook (dagelijks) terug te bellen als hier behoefte aan is. Bovendien is nu ook een speciale hulplijn gerealiseerd door KBO-PCOB en NOOM voor ouderen met een migratie-achtergrond. Ook digitaal is er veel contact, waaronder bijvoorbeeld het «Hallo Thuis» videokanaal van Philadelphia voor mensen met een verstandelijke beperking. Naast de (digitale) contacten en de hulpvragen, komt er ook steeds meer behoefte aan invulling van de dag. Zo biedt LKCA bijvoorbeeld een breed platform aan culturele activiteiten, organiseert FocusCura dagelijks de Nationale Thuisbingo en zorgen studenten middels «dansmaatje» voor beweegmomenten met ouderen. Deze initiatieven proberen we zoveel mogelijk te ontsluiten via digitale platforms zoals NL voor Elkaar, zodat deze goed vindbaar zijn.

¹⁷ MIND Korrelatie extra bereikbaar voor vragen n.a.v. coronacrisis.

¹⁸ «Wij blijven zo goed mogelijk hulpverleners: juist nu» is het statement van de samenwerkende beroepsverenigingen Zorg voor de Jeugd.

¹⁹ Kamerstukken 35 300 VIII en 25 295, nr. 153.

²⁰ Kamerstukken 35 300 VIII en 25 295, nr. 153.

7. Reguliere zorg

In verschillende media en uw Kamer is aandacht geweest voor zowel de grote terugval in het aantal verwijzingen voor behandelingen als het uitstellen van reguliere niet COVID-19-zorg. Uw Kamer heeft vorige week een motie aangenomen van de leden Asscher en Klaver waarin u mij verzoekt om (1) inzicht te verkrijgen in de omvang van het vraagstuk, (2) de voorbereidingen om de reguliere zorg doorgang te laten vinden te treffen en (3) de communicatie naar patiënten te verzorgen.

Ook ik vind het belangrijk dat dit gebeurt. Daarom heb ik de NZa gevraagd om regie te nemen op het zo goed en efficiënt mogelijk doorgang te laten vinden van andere zorg dan COVID-19-zorg. De NZa heeft aangegeven dit traject langs de volgende sporen op te starten. In de eerste plaats brengt de NZa samen met de partijen de omvang van het vraagstuk in beeld. Daarnaast brengt de NZa de initiatieven die (al zijn) ontstaan rondom dit vraagstuk in kaart. De NZa zal in samenwerking met het veld met een voorstel voor een proces komen om de reguliere zorg zo goed en efficiënt mogelijk doorgang te laten vinden. De NZa zal hierbij zoveel mogelijk gebruik maken van de bestaande (regionale en nationale) structuren en infrastructuren en initiatieven. Ten slotte gaat de NZa met de relevante veld- en overheidspartijen zorgen voor heldere communicatie voor patiënten en burgers. De focus van de NZa ligt in eerste instantie uiteraard op de medisch noodzakelijke planbare zorg, maar de scope betreft de hele curatieve zorg. De NZa verwacht later deze week een eerste opzet voor de aanpak met mij te kunnen delen. Ik zal u in de volgende brief hierover verder informeren.

Vaccinaties

Tijdens het plenair debat op 1 april jl. heeft het lid Van Kooten-Arissen mij vragen gesteld over de inzet van de pneumokokkenvaccinatie in strijd tegen het coronavirus. Vanwege de COVID-19 uitbraak adviseert de WHO om prioriteit te geven aan griep- en pneumokokkenvaccinatie voor de kwetsbare groepen. Dit advies is vooral gericht op continuïteit in het reguliere vaccinatie-aanbod, ter voorkoming van uitbraken van ziekten die met vaccinatie te voorkomen zijn. De pneumokokkenvaccinatie wordt nu nog niet programmatisch aan volwassenen in Nederland aangeboden. De Staatssecretaris van VWS heeft u eerder per brief geïnformeerd dat het programmatisch aanbod van pneumokokkenvaccinatie dit najaar start in Nederland²¹. Vanaf dit najaar worden vooralsnog elk jaar alle mensen van 60, 65, 70 en 75 jaar uitgenodigd.

Het is vanwege diverse redenen niet mogelijk en wenselijk om aanbieder van de pneumokokkenvaccinatie te vervroegen naar dit voorjaar. Allereerst zijn er op dit moment geen wetenschappelijke data beschikbaar over of deze vaccinatie extra gezondheidswinst oplevert in relatie tot het optreden van ernstige longontsteking bij COVID-19. De vaccinatie beschermt uiteraard wel tegen de pneumokokkenbacterie zelf. Daarnaast zijn er diverse organisatorische redenen om niet vervroegd te starten met het aanbieden van de vaccinatie.

Op dit moment is onvoldoende vaccin beschikbaar om de vaccinatie direct aan te bieden aan alle ouderen uit de doelgroep. Ook is de infrastructuur voor de uitvoering nu nog niet ingericht. Deze wordt op dit moment voorbereid, zodat huisartsen vanaf dit jaar de pneumokokkenvaccinatie kunnen aanbieden. Tot slot is het huidige beleid er nu volledig op gericht om ervoor te zorgen dat er zo min mogelijk contactmomenten zijn voor

²¹ Kamerstuk 32 793, nr. 393.

kwetsbare mensen. Daarom is het op dit moment niet mogelijk om mensen vervroegd te vaccineren.

In overleg met het RIVM heeft de Staatssecretaris van VWS besloten de Gezondheidsraad vanwege het coronavirus om een spoedadvies te vragen over eventuele herprioritering van de doelgroep voor de pneumokokkenvaccinatie dit najaar. Wellicht is het wenselijk om eerst met de bovenste leeftijdscategorieën binnen de doelgroep te beginnen, of met mensen met specifieke medische aandoeningen. Hiermee geef ik invulling aan mijn toezegging aan lid Van Kooten-Arissen met betrekking tot de vraag of het RIVM afwijkt van advies van de WHO om ouderen een pneumokokkenvaccinatie aan te bieden ter bescherming van het immuunsysteem over de pneumokokkenvaccinatie voor ouderen. Ook heeft de Staatssecretaris besloten het RIVM opdracht te geven om extra pneumokokkenvaccins in te kopen. Het is niet ondenkbaar dat de opkomst vanwege de coronacrisis hoger zal zijn. De Staatssecretaris zal uw Kamer informeren over relevante besluiten naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad.

Om de volksgezondheid te beschermen heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) geadviseerd om vaccinaties die onderdeel uitmaken van het Rijksvaccinatieprogramma zoveel mogelijk doorgang te laten vinden. In Nederland volgen we dit advies op. Zo gaan de vaccinaties van zwangeren, kinderen van 0 tot en met 14 maanden, en de meningokokkenvaccinatie van 14-jarigen door. Het RIVM ontving echter signalen dat er sprake was van een (tijdelijke) terugloop in de opkomst. Om dit tegen te gaan, heeft het RIVM vorige week ouders van kleine kinderen een extra brief gestuurd waarin het belang van vaccineren wordt benadrukt. Daarnaast wordt bij toekomstige uitnodigingen een extra infosheet voor ouders over het coronavirus toegevoegd, en staan op de website van het Rijksvaccinatieprogramma de meest gestelde vragen en antwoorden over het Rijksvaccinatieprogramma in relatie tot het coronavirus.»

Bevolkingsonderzoek

Met de brief van 16 maart 2020 bent u op de hoogte gebracht van het tijdelijk stopzetten van de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker²². Gezien de verlenging van het samenhangend pakket maatregelen en adviezen tot en met 28 april, blijft de stopzetting van de bevolkingsonderzoeken van kracht tot in ieder geval 28 april 2020. De bevolkingsonderzoeken zullen pas worden opgestart wanneer de algemene maatregelen worden afgebouwd en er weer voldoende ruimte beschikbaar is in de zorg voor patiënten die worden doorverwezen vanuit de bevolkingsonderzoeken. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zal in ieder geval niet eerder opgestart worden dan na 1 juli 2020. Dit met het oog op de inzet van de testcapaciteit van de laboratoria van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker voor de COVID-19 testen.

8. Caribisch Nederland

Sinds de Kamerbrief van VWS van 31 maart is er sprake geweest van een forse toename in het aantal bevestigde besmettingen op Aruba (71), Curaçao (13) en Sint Maarten (40). In Caribisch Nederland (CN) zijn er op St. Eustatius twee Covid-19 besmettingen vastgesteld. Beide personen hebben het virus naar St. Eustatius meegebracht. Zij hebben zich na aankomst aan twee weken thuisquarantaine gehouden. Het lijkt er op dat het virus op Sint Eustatius geïsoleerd is gebleven. Er gelden nog steeds

²² Kamerstukken 32 793 en 25 295, nr. 475.

inperkende maatregelen op de 6 eilanden om de verdere verspreiding van het COVID-19-virus in het Caribisch gebied van het Koninkrijk te beperken en tegen te gaan.

Op 30 maart is het eerste Outbreak Management Team Cariben (OMT Cariben) onder leiding van het RIVM samengekomen. Mede op basis van hun advies, is de strategie van het Ministerie van VWS inzake de COVID-19-aanpak in het Caribisch deel van het koninkrijk gericht op twee elementen: enerzijds bieden van ondersteuning aan de afdelingen publieke gezondheid van de 6 eilanden en anderzijds het vergroten van de IC-capaciteit in het Caribisch gebied²³. De Staatssecretaris van VWS is hiervoor verantwoordelijk.

Publieke gezondheid

Er bestaat reeds een intensieve samenwerking met de 6 (ei)landen in het kader van het netwerk van de International Health Regulation (IHR), gecoördineerd door het RIVM. Het RIVM staat dagelijks in contact met de diensten publieke gezondheid van de 6 eilanden en informeert hen over de epidemiologische situatie en de beschikbare richtlijnen. Ook adviseert het RIVM over de te nemen maatregelen. In overleg met het RIVM wordt bekeken of en welke informatie over Caribisch Nederland op de website zal worden gepubliceerd.

Op verzoek van St. Maarten wordt ingezet om op 7 april 2020 vanuit Nederland een arts-epidemioloog te sturen en wordt de samenwerking met de arts-epidemioloog op Saba geïntensiveerd. Daarnaast neemt het Ministerie van VWS maatregelen om de afdelingen publieke gezondheid Caribisch Nederland te versterken.

Ten aanzien van de testcapaciteit, adviseert het OMT Cariben om ruimhartig en laagdrempelig te testen. De laboratoria van Aruba en Curaçao waren al in staat om COVID-19-testen uit te voeren. Het laboratorium op St. Maarten is dat nu ook. Deze laboratoria voeren ook de testen uit voor Caribisch Nederland.

Vergroten IC-capaciteit

De ziekenhuizen in het Caribisch deel van het Koninkrijk zijn slechts in beperkte mate toegerust om hele zieke COVID-19-patiënten te behandelen. Daarom werkt het Ministerie van VWS samen met de ziekenhuizen nu toe naar het vergroten van de IC-capaciteit met 42 extra IC-beademingsplekken. Deze 42 extra plekken zijn bedoeld voor patiënten van alle eilanden van het Caribische deel van het Koninkrijk. De eerste stap om dit te realiseren is afgelopen weekend gezet: met behulp van het Ministerie van Defensie zijn er medische apparatuur, persoonlijke beschermingsmiddelen en medicatie naar St. Maarten gevlogen waarmee deze week 12 extra IC-beademingsplekken kunnen worden geoperationaliseerd. Deze plekken zijn dus ook beschikbaar voor eventuele COVID-19-patiënten van Saba en St. Eustatius. De epidemiologische situatie op St. Maarten geeft aanleiding om hier de capaciteit in de eerste plaats uit te breiden.

De overige 30 IC-beademingsplekken worden verdeeld over Aruba, Curaçao en Bonaire. Daarbij gaat het niet alleen om het sturen van beademingsapparaten, maar moet ook worden voorzien in personeel, medicatie en persoonlijke beschermingsmiddelen. Dat maakt deze opgave complex, omdat hier ook in Europees Nederland schaarste aan is.

Voor het uitbreiden van de medische personele capaciteit, zetten de ziekenhuizen zelf in op onder andere het bijscholen van personeel. Voor

²³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

de extra IC-capaciteit op St. Maarten is er door het Ministerie van VWS via een internationaal medisch uitzendbureau een team ingehuurd.²⁴ Wat betreft de persoonlijke beschermingsmiddelen delen de 6 eilanden van het Caribisch deel van het Koninkrijk mee in de beschikbare hulp- en beschermingsmiddelen vanuit Europees Nederland. Er wordt nu bekeken hoe dit ook ten aanzien van de medicatie kan worden gerealiseerd. Extra uitdaging in dit geheel zijn de beperkte transportmogelijkheden richting de eilanden en tussen de eilanden onderling. De Staatssecretaris van VWS heeft intensief contact met de betrokken bestuurders in het Caribisch gebied van het Koninkrijk over de vergaande samenwerking.

Waarborgen non-COVID-19- zorg

De ziekenhuizen in Caribisch Nederland en de ziekenhuizen in de drie landen zetten zich in om onderling de acute en essentiële zorg te waarborgen. Daartoe is er een extra *air ambulance* op Bonaire gestationeerd om patiënten tussen de eilanden te kunnen vervoeren. Verder wordt op diplomatiek niveau getracht om de zeer specialistische acute zorg in Colombia mogelijk te maken. De coördinatie van de administratieve en logistieke kanten hiervan worden centraal belegd. Hierover worden tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars op de eilanden afspraken gemaakt.

De inperkende maatregelen in Caribisch Nederland treffen ook ouderen, kinderen en chronisch zieken. Hun situatie kan als gevolg hiervan nijpend worden. Daar hebben het Ministerie van VWS en de openbare lichamen oog voor. Er wordt van geval tot geval gekeken wat er mogelijk is. Zo worden de maaltijden voor een deel van de groep ouderen thuisbezorgd.

9. Personeel in de zorg

Beschikbaarheid van personeel

Met het platform www.extrahandenvoordezorg.nl wordt het aanbod van mensen die willen helpen in de zorg, gekoppeld aan organisaties die daarnaar op zoek zijn. Vanuit zorgorganisaties is in de eerste twee weken (t/m 2 april) al voor ruim 3.750 fte aan extra zorgpersoneel gevraagd (in de eerste week ongeveer 2.250 fte, in de tweede week ongeveer 1.500 fte). Vooral de ziekenhuizen en vvt-instellingen doen op dit moment aanvragen. Omdat het hier gaat om relatief kleine banen (mensen springen tijdelijk bij en werken niet full-time) zijn er naar verwachting minimaal ongeveer 7,5 duizend personen nodig vanuit Extra Handen voor de Zorg.

Tot op heden hebben vele duizenden mensen met een zorgachtergrond aangeboden om te helpen. Daarvan heeft ongeveer 30% een BIG-registratie en van 10% is de BIG-registratie verlopen. Van deze mensen heeft ongeveer de helft een achtergrond als arts, verpleegkundige, verzorgende, helpende of studenten in een zorgopleiding. Er wordt keihard gewerkt om het hulpaanbod zo snel mogelijk te matchen aan de vraag van zorgorganisaties. In de eerste twee weken (t/m 2 april) zijn er ongeveer ruim 10,5 duizend mensen gebeld. Ongeveer 3.750 mensen zijn voorgesteld aan 285 zorgorganisaties. Meer dan 1.200 mensen zijn ook al daadwerkelijk aan de slag gegaan. Dat is al een prestatie van formaat; maar het moet nog sneller.

²⁴ De elf medisch specialisten die recent naar Bonaire vertrokken zijn, zijn onderdeel van de reguliere wisseling van de bezetting in het kader van de Jumelage van het ziekenhuis Fundashon Mariadal met het AmsterdamUMC. Dit is geen onderdeel van opschaling van zorg.

Daarom treffen we voorbereidingen om snel op te kunnen schalen indien dat de komende weken nodig blijkt. Het platform extra handen voor de zorg is bezig met een automatiseringsslag waardoor de matching nog sneller kan verlopen. Daarnaast wordt de groep zorgverleners die wel is voorgesteld, maar nog niet daadwerkelijk is ingezet wordt zo goed mogelijk in beeld gehouden en indien mogelijk opnieuw voorgesteld aan andere organisaties. Daarnaast gaat begin volgende week de Nationale Zorgklas van start. Dit is een volledig online modulaire leeromgeving waar grote groepen mensen met zorgaffiniteit maar zonder zorgachtergrond, in korte tijd kunnen worden opgeleid voor ondersteunende en niet complexe zorgtaken. Het is de bedoeling dat deze mensen via Extra Handen voor de Zorg al tijdens de opleiding gekoppeld worden aan de zorgorganisaties.

Zorgen voor het personeel

Vanaf dinsdag 7 april kunnen medewerkers terecht bij Sterk in je Werk voor een luisterend oor (www.sterkinjewerk.nl/extra-coaching). Professionele coaches bieden op vrijwillige basis een steuntje in de rug en verwijzen zo nodig door naar gespecialiseerde hulp. De werkdruk en psychosociale arbeidsbelasting zijn hoog. Veel zorgorganisaties hebben al voorzieningen op dit gebied in huis, maar waar daar nu onder grote druk minder aandacht voor is, bieden de coaches uitkomst. Wanneer gespecialiseerde hulp nodig is, wordt doorverwezen naar de dienstverlening van ARQ IVP, onderdeel van ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. ARQ IVP is 7 dagen per week tussen 08:30 en 21:30 uur bereikbaar op 088 – 330 5500. Met de extra coaching via Sterk in je Werk en de gespecialiseerde hulp via ARQ IVP geef ik uitvoering aan (het laatste deel van) de motie van de leden Asscher en Klaver²⁵.

Behouden van het personeel

In lijn met de motie van het lid Krol²⁶ wordt bezien of de groep extra medewerkers voor langere tijd voor de zorg behouden kan blijven. Want niet alleen tijdens de coronacrisis is er extra personeel nodig; ook na de coronacrisis als de reguliere zorg weer wordt opgestart en op de langere termijn is de uitdaging om te zorgen voor voldoende tevreden en goed opgeleid personeel groot. We inventariseren daarom wat de mogelijkheden zijn om deze mensen te behouden. Dat doen we samen met de partners van extra handen voor de zorg als het gaat om een goede opvang en begeleiding van deze mensen tijdens de coronacrisis; zodat ze goed landen binnen de organisaties. En we vragen de Commissie Werken in de Zorg wat daartoe de mogelijkheden zijn en wat dat vraagt van samenwerkende partijen in de regio.

Opschorten van de herregistratieverplichting van de specialisten

Op 17 maart jl. heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport de maatregel genomen om de herregistratieverplichting voor alle artikel 3 Wet BIG beroepsbeoefenaren op te schorten tot nader order (zie Kamerstuk 25 295, nr. 176).

In navolging hierop hebben de beroepsverenigingen – de KNMG, de KNMT, de KNMP, de FGzPt en V&VN – mij verzocht om ook de herregistratie van de wettelijk erkende specialisten (artikel 14 Wet BIG) op te schorten. Hier gaat het om de wettelijk erkende specialismen op het gebied van de geneeskunde, tandheelkunde, farmacie, gezondheidszorg-psychologie en verpleegkunde. De Minister voor Medische Zorg en Sport

²⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 206.

²⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 209.

stemt in met het opschorten van de herregistratie verplichting van de specialisten. Anders dan bij de artikel 3 Wet BIG- beroepen ligt de primaire bevoegdheid voor het opstellen van deze regelgeving voor de betreffende specialismen bij de bovengenoemde beroepsverenigingen. Deze representatieve beroepsverenigingen zullen – zoals gebruikelijk – de specialisten informeren over hoe zij de opschorting gaan vormgeven.

10. Publiekscommunicatie

We maken gebruik van verschillende kanalen om de samenleving goed te informeren over de maatregelen die we nemen om verspreiding van het virus te beperken en wat dit voor mensen betekent. De focus van de communicatie-inzet richting het algemene publiek ligt op dit moment op:

a) *Verlenging van de maatregelen tot en met 28 april*

Naar aanleiding van de verlenging van de maatregelen zijn nieuwe communicatiemiddelen gemaakt waaronder posters en visualisaties voor sociale media. De middelen worden via de communicatiekanalen van de rijksoverheid gedeeld. Daarnaast wordt het gebruik door derden gestimuleerd. Daarvoor zijn de middelen beschikbaar op www.rijksoverheid.nl/coronavirus.

b) *Stimuleren thuis te blijven*

Gezien het mooie weer en de naderende paasdagen, is de communicatie geïntensiveerd rondom de boodschap «blijf zoveel mogelijk thuis». Er zijn extra kanalen ingezet zoals (online) weerberichten, borden langs wegen, communicatiemiddelen in het openbaar vervoer, banners op sociale media en online advertenties. Andere overheden en organisaties zijn uitgenodigd om de boodschap te vertalen naar lokale/regionale omstandigheden en de eigen doelgroepen. Dat geldt ook voor belangenorganisaties die hun achterban met extra overtuigingskracht kunnen bereiken.

Ter ondersteuning van de «blijf thuis-boodschap» zijn voor de toeristen aan de grens visualisaties gemaakt voor sociale media in het Duits en het Frans. Om het bezoek aan natuurgebieden zoveel mogelijk te beperken, dragen ook Natuurmonumenten en Staatsbosbeheer de oproep uit om zoveel mogelijk thuis te blijven. Tot slot worden initiatieven van derden die aansluiten bij de boodschap van de Rijksoverheid, gestimuleerd en gedeeld. Voorbeelden hiervan zijn creatieve ideeën over wat mogelijk is om een frisse neus te halen.

c) *Bereiken van specifieke doelgroepen*

De inzet om specifieke doelgroepen goed te informeren gaat onverminderd door. Om jongeren te bereiken hebben 10 social media influencers in het totaal 10 Instagram timeline video's geplaatst en 10 Instagram stories. Gezamenlijk hebben zij 3.873.000 abonnees. Op eigen initiatief heeft het Tolk en Vertaalcentrum Nederland de persconferentie van 31 maart vertaald in verschillende talen. Dit zullen zij blijven doen bij persconferenties met grote informatiewaarde. Op rijksoverheid.nl/coronavirus wordt een link geplaatst naar de video's. Op korte termijn wordt onderzocht hoe vanuit de publiekscampagne «Alleen-Samen» aandacht gegeven kan worden aan de psychische gevolgen van de corona-crisis en aan een gezonde leefstijl. Kennispartner Vilans speelt een belangrijke rol in de informatievoorziening voor mensen die langdurige zorg nodig hebben. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) voorziet in grote mate in de informatiebehoefte bij kinderen, ouders en professionals in de jeugdzorg. Tot slot wordt er gewerkt aan een factsheet die onder de aandacht wordt gebracht van mensen bij wie de spanningen thuis oplopen en organisaties om hen heen.

Daarnaast werken we voortdurend aan vernieuwing en aanscherping van de algemene publiekscommunicatie:

- De campagne «Alleen samen krijgen we corona onder controle» gaat een volgende fase in. De tv-commercials en radiospots moeten mensen blijven motiveren ook de komende tijd zoveel mogelijk thuis te blijven en eenmaal buiten 1,5 meter afstand te houden. Hiervoor wordt onder andere een connectie gelegd met het doel van de maatregelen. Daarnaast wordt het motiveren van jongeren gecontinueerd.
- Op rijksoverheid.nl/coronavirus staan actuele maatregelen, nieuwsberichten en Q&A's. In week 14 had de website 3.378.923 bezoekers.
- Het informatienummer 0800-1351 is dagelijks bereikbaar op de reguliere tijden, van 08:00-20:00 uur, en beantwoordde in het totaal 224.248 telefoontjes.
- In week 14 zijn vanuit de overheid verschillende gezamenlijke berichten verzonden. Tevens onderzoekt het sociale mediateam mogelijke nepnieuwsberichten. Daarbij wordt met andere Ministeries en het RIVM samengewerkt en waar nodig geadviseerd om misleidende berichten te ontkrachten. Om mensen weerbaar te maken tegen desinformatie wordt verwezen naar artikelen op Rijksoverheid.nl en RIVM.nl. Om makkelijker nepnieuws te kunnen herkennen is een factsheet opgesteld.

Voor alle inzet geldt dat nauw wordt samengewerkt met gedragsdeskundigen om de communicatie effectiever te maken.

Telefonische helpdesk ouderengeneeskunde

Verenso en ActiZ ontvangen veel signalen omtrent overbelasting van zorgprofessionals in de ouderenzorg. Specialisten ouderengeneeskunde, artsen in opleiding, verpleegkundig specialisten, physician assistants en basisartsen raken overbelast. De bestaande tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde en het risico op besmetting, vergroten de druk op alle bovengenoemde zorgprofessionals. Daarom werd in Brabant een pilot voor een helpdesk ouderengeneeskunde opgezet. Zorgprofessionals konden 24 uur per dag naar deze helpdesk bellen om de kennis en expertise van de specialist ouderengeneeskunde in te schakelen. De helpdesk werd vooral bemand door gepensioneerde specialisten ouderengeneeskunde. Na een succesvolle pilot dienden Verenso en ActiZ een plan bij het Ministerie van VWS in om de pilot op te schalen naar een landelijke telefonische helpdesk. Het Ministerie van VWS ondersteunt de partijen bij het operationeel maken van dit plan.

Terugkerend onderzoek naar sentiment en vertrouwen

Om het effect van de communicatie-inzet te onderzoeken, worden sinds 14 februari flitspeilingen gehouden onder het algemene publiek. Dit zijn korte, representatieve onderzoeken uitgevoerd onder Nederlanders van 18 jaar en ouder met als onderwerp het nieuwe coronavirus. De laatste meting laat zien dat de zorgen over het coronavirus de afgelopen periode zijn toegenomen en dat de behoefte aan informatie afneemt. Het vertrouwen in de informatie van de rijksoverheid en de getroffen maatregelen is toegenomen. Negen op de tien mensen vindt het voldoende tot goed. Er is veel begrip voor de maatregelen. Uit het onderzoek blijkt dat Nederlanders hun gedrag aanpassen, hoewel daarin nog enige verbeterruimte zit.

Communicatie website RIVM

Op 12 maart jl. heeft de Minister voor MZS uw Kamer toegezegd de communicatie vanuit het RIVM verfijnder te maken (Handelingen II 2019/20, nr. 63, debat over de bestrijding van het coronavirus). Inmiddels rapporteert het RIVM dagelijks over het aantal positief geteste personen,

het aantal ziekenhuisopnamen en het aantal overleden personen. Ook wordt hiervan een differentiatie per provincie gemaakt in grafieken en wordt dagelijks een kaart gepubliceerd van de incidentie van COVID-19 per gemeente. Daarbij geeft het RIVM ook een duiding van de cijfers. Deze cijfers zijn ook beschikbaar in een dagelijks epidemiologisch rapport.

11. Financiën in de zorg

Uw Kamer heeft mij in de motie van het lid Klaver c.s.²⁷ verzocht om concrete afspraken te maken met zorgverzekeraars om acute liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders te voorkomen. Ik heb de afgelopen weken constructief overleg gevoerd met de zorgverzekeraars, de zorgkantoren en de gemeenten om in deze onzekere tijden zo snel mogelijk duidelijkheid en zekerheid aan aanbieders en zorgverleners te kunnen bieden over de financiële gevolgen van de crisis. Bij de maatregelen staat steeds voorop dat we de zorg op korte termijn in staat willen blijven stellen om te doen wat nodig is en daarbij voor de lange termijn de continuïteit van zorg en ondersteuning te borgen. Ook ben ik gesprek met banken over wat zij kunnen betekenen in termen van liquiditeitsverruiming en kredietverlening.

Afgelopen week heb ik afspraken gemaakt met zorgverzekeraars voor de zorgaanbieders in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en over het persoonsgebonden budget. Ik ga hieronder in op beide in.

Zvw: afspraken met zorgverzekeraars

In mijn brief van 31 maart jl. heb ik u gemeld dat zorgverzekeraars op 17 maart jl. zorgaanbieders die direct met coronapatiënten te maken hebben, hebben bericht dat de extra kosten die zij maken vergoed zullen worden.²⁸ Ook heb ik u gemeld dat zorgverzekeraars op 25 maart jl. de verschillende brancheverenigingen in de curatieve zorg op hoofdlijnen hebben bericht hoe zij zorgaanbieders gaan ondersteunen in deze coronacrisis.²⁹ Het ging daarbij om drie onderwerpen: (1) vergoeden van extra kosten vanwege corona, (2) verschaffen van liquiditeit, en (3) het optimaal inzetten van mensen en middelen en het dempen van vraag/omzetuitval.

Ik kan u nu melden dat zorgverzekeraars op 5 april jl. de verschillende brancheverenigingen in de curatieve zorg hebben geïnformeerd over de wijze waarop zij de continuïteit van zorg gaan borgen op korte en langere termijn.³⁰ Zorgverzekeraars bieden zorgaanbieders de mogelijkheid om een continuïteitsbijdrage aan te vragen. Het doel hiervan is de capaciteit van het zorgaanbod gedurende de coronacrisis in stand te houden, wanneer vraaguitval het dekken van doorlopende kosten van het zorgaanbod bemoeilijkt. Dit aanbod geldt voor gecontracteerde en ongecontracteerde zorgaanbieders, voor zorg gedekt onder de zorgverzekering (basisverzekering) en voor zorg gedekt onder aanvullende zorgverzekeringen, voor de periode van 1 maart tot en met 30 juni, met de mogelijkheid van verlenging indien noodzakelijk. De hoogte van de continuïteitsbijdrage is een percentage van naar verwachting 65%–80% van de in normale omstandigheden door zorgverzekeraars vergoede

²⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 185.

²⁸ Brief van Zorgverzekeraars Nederland aan de aanbieders van de basisinfrastructuur en zorg voor kwetsbare mensen d.d. 17 maart 2020 (B-20-5234).

²⁹ Brief van Zorgverzekeraars Nederland aan de organisaties van zorgaanbieders d.d. 25 maart 2020 (B-20-5243).

³⁰ Brief van Zorgverzekeraars Nederland aan de branche- en beroepsorganisaties in het zorgveld d.d. 5 april (B-20-5256).

omzet, waarbij dit percentage afhankelijk is van de vaste kosten in een bepaalde zorgsector en de mate waarin de zorgverlening in de sector ondanks de huidige situatie toch doorgang kan vinden. De continuïteitsbijdrage hoeft niet te worden terugbetaald, maar wordt, voor zover billijk en mogelijk, wel verrekend met de productie gedurende de looptijd van de continuïteitsbijdrage en met de eventuele hogere productie als gevolg van inhaaleffecten daarna. Om financiële problemen voor te zijn, kunnen zorgaanbieders, in aanvulling op de in de brief van 25 maart jl. opgenomen mogelijkheden om sneller te declareren en sneller uitbetaald te krijgen, vanaf medio april een vooruitbetaling van de continuïteitsbijdrage aanvragen.

Een belangrijke voorwaarde om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage-regeling is dat de zorgaanbieder geen aanspraak maakt op relevante rijksregelingen in het kader van de coronacrisis, behalve eventueel voor het deel omzetzaling dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding door de regeling van zorgverzekeraars. Voor dat deel omzetzaling kunnen zorgaanbieders – indien zij voldoen aan de voorwaarden – in aanmerking komen voor de Tozo-regeling en voor de NOW-regeling.

Ik heb veel waardering voor de inzet waarmee en de wijze waarop de zorgverzekeraars hiermee hun verantwoordelijkheid waarmaken en de continuïteit van zorg zo veel als mogelijk waarborgen tijdens deze COVID-19 uitbraak. Waar als gevolg van de genomen maatregelen zorg op dit moment niet of niet geheel kan worden geboden is het van belang om zorgcapaciteit in stand te houden, zodat zorgverzekeraars niet alleen nu maar ook na de crisis aan hun zorgplicht kunnen voldoen. De middelen voor de zorg die we daarvoor beschikbaar hebben, moeten daarvoor worden ingezet. Ik bereid op de kortst mogelijke termijn een aanwijzing aan de NZa voor, opdat de juiste prestatiebeschrijvingen en daarmee de betaaltitels beschikbaar komen, zowel voor extra zorgkosten als voor de continuïteit van zorg in verband met corona. De zakelijke inhoud van deze aanwijzing zal ik, als gebruikelijk, bij het parlement voorhangen. Wel zal ik hierbij, vanwege het spoedeisende karakter, gebruik maken van een verkorte voorhangprocedure van vijf in plaats van dertig dagen. Ik ben met zorgverzekeraars en de NZa nog in gesprek over de nadere uitwerking van deze prestatiebeschrijvingen en van de regelingen van zorgverzekeraars.

Met bovenstaande beschouw ik tevens de Kamervragen van de leden Hijink en van Gerven (beiden SP) van 6 april 2020 beantwoord³¹.

Persoonsgebonden budget: afspraken met de VNG, zorgverzekeraars en zorgkantoren

Op 3 april en 7 april jl. heb ik afspraken gemaakt met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over een pakket maatregelen voor budgethouders en zorgverleners. Deze maatregelen geven budgethouders duidelijkheid over de inzet van het pgb in deze crisis. Het betreft een verruiming van de pgb-regeling waardoor de zorgcontinuïteit wordt geborgd. Dit geldt voor de budgethouder en voor de zorgaanbieder. Daar waar de zorg niet geleverd kan worden, wordt de zorgaanbieder wel uitbetaald. Deze maatregelen zijn in overeenstemming met de maatregelen die voor de zorgaanbieders in zorg-in-natura ook van kracht zijn. Deze maatregelen gelden voor het persoonsgebonden budget in de Wet langdurige zorg, de Zorgverzekeringswet en het sociaal domein.

³¹ 2020Z06224.

Bij de totstandkoming van beide akkoorden is de Nederlandse Zorgautoriteit ook nauw betrokken geweest.

12. Beschikbaarheid medische informatie

Vanwege de COVID-19-crisis is de druk op de zorg toegenomen. Om deze druk te verlichten en om de kwaliteit van zorg zo goed mogelijk te borgen, is het van belang dat de gegevens van de patiënt die noodzakelijk zijn voor de juiste zorg op de juiste plek zijn. Hierover informeerde ik u al in mijn brief van 25 maart jl.³² Hierbij geef ik u een update van de twee tijdelijke noodmaatregelen die de afgelopen week zijn genomen om bij te dragen aan het beschikbaar zijn van meer gegevens ten behoeve van de juiste zorg op de juiste plek en op het juiste moment.

Update tijdelijke Corona Opt-in

Voor de detectie, triage en behandeling van een patiënt met of verdacht van het COVID-19-virus is het noodzakelijk dat zo snel mogelijk op de huisartsenpost (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH) de relevante gegevens kunnen worden geraadpleegd. Voor het beschikbaar stellen van huisartsinformatie voor nog onbekend later gebruik op een Huisartsenposten (HAP) is uitdrukkelijke toestemming noodzakelijk. Op dit moment hebben ongeveer 8 miljoen Nederlanders aangegeven of zij hier toestemming voor geven. Slechts een klein deel heeft deze toestemming expliciet geweigerd. De overige Nederlanders hebben nog geen keuze omtrent toestemming kenbaar gemaakt. Ik schreef u op 25 maart dat werd gewerkt aan een constructie met tijdelijke veronderstelde toestemming (Corona-opt in) voor die mensen die nog geen toestemmingskeuze kenbaar hebben gemaakt. Hierbij blijft de mogelijkheid voor een opt-out bestaan.

De afgelopen week is op verzoek van LHV, InEen, NHG en de Patiëntenfederatie regelmatig contact geweest met de Autoriteit Persoonsgegevens (AP), de IGJ en het Openbaar Ministerie (OM) om tot een beleidslijn te komen om onder voorwaarden af te zien van strafrechtelijke vervolging in geval van overtreding van artikel 15a juncto artikel 15i van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz). Het afzien van deze vervolging maakt het mogelijk dat de huisarts (speciaal voor dit doel) delen van het medisch dossier van zijn patiënten beschikbaar stelt via een elektronisch uitwisselingsstelsel, óók indien de patiënt nog niet eerder uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven voor raadpleging van zijn gegevens via een elektronisch gegevensuitwisselingsstelsel. Gezien de urgente situatie veroorzaakt door het COVID-19-virus ondersteunt de IGJ deze beleidslijn, mede gezien het feit dat er waarborgen aanwezig zijn tegen vermeend misbruik en dat het transparant is voor de patiënt dat van gegevensuitwisseling sprake is. De beleidslijn en de voorwaarden waaraan daarbij moet worden voldaan zijn afgestemd met de AP en het OM. Niet raadpleegbaar blijven de gegevens van patiënten die uitdrukkelijk geen toestemming hebben verleend of verlenen.

De zorgverlener dient de mondelinge toestemming van de patiënt te vragen wanneer de noodzakelijke medische informatie bij de huisarts dient te worden geraadpleegd, tenzij de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten. In dat laatste geval mag de zorgverlener toestemming voor de raadpleging veronderstellen als dat voor de zorgverlening noodzakelijk is. Als de patiënt aangeeft dat hij niet wil dat zijn gegevens raadpleegbaar

³² Kamerstuk 25 295, nr. 199.

worden dan zal de zorgverlener de gegevens niet raadplegen. Zo houdt de patiënt de regie over zijn gegevens. Ook in deze crisissituatie. Tevens is van belang dat burgers ook als ze nog geen zorgvraag hebben, de mogelijkheid hebben tot een opt-out. Burgers die niet willen dat hun gegevens beschikbaar worden gesteld, kunnen zich melden bij de huisarts om dit aan te geven of kunnen de keuze doorgeven op volggezorg.nl. Voor de route via volggezorg.nl moet rekening worden gehouden met enkele dagen verwerkingstijd.

Tijdelijke noodvoorziening van Philips voor het overdragen van patiënten-gegevens bij overplaatsing

In het kader van de spreiding van patiënten dient ook relevante medische informatie gedeeld te worden tussen ziekenhuizen. Wanneer een verzendend ziekenhuis in staat is om medische gegevens automatisch uit te wisselen met het ontvangende ziekenhuis, via bestaande afspraken en IT-systemen, kunnen ziekenhuizen gebruik maken van deze bestaande kanalen. Voor alle andere gevallen waar verzendend en ontvangend ziekenhuis elkaar niet al elektronisch kunnen bereiken, heb ik de ziekenhuizen uitdrukkelijk verzocht gebruik te maken van een tijdelijke veilige noodvoorziening die hiervoor op mijn verzoek is ingericht door Phillips. Via deze voorziening, het zogenaamde COVID-portaal, kunnen door de ziekenhuizen aangewezen gebruikers op een veilige manier handmatig documenten, beelden en verslagen up- en downloaden. Het portaal is beschikbaar voor alle ziekenhuizen in Nederland. De gegevens worden door het verzendende ziekenhuis uitsluitend beschikbaar gesteld voor het ontvangende ziekenhuis, op basis van veronderstelde toestemming (Wgbo). Na het uitwisselen worden de gegevens (zo mogelijk automatisch) verwijderd.

Het Covid portaal is vanaf vorige week voor de duur van de COVID-19 crisis gratis ter beschikking gesteld aan alle ziekenhuizen in Nederland. De voorziening is tijdelijk en stopt als de crisis voorbij is. De ziekenhuizen is verzocht om de aangeboden voorziening zo snel mogelijk te implementeren, zodat de overdracht van medische gegevens niet hoeft achter te blijven bij de overdracht van de patiënten zelf.

Status Philips tijdelijke oplossing

In totaal 75 ziekenhuizen hebben een rol in de spreiding van patiënten als verzender en ontvanger. Van deze groep heeft zich d.d. 7 april 95% van de ziekenhuizen aangemeld bij Philips voor het gebruik van de tijdelijke oplossing van het COVID-19 portaal. Hiervan gebruikt meer dan de helft het portaal al daadwerkelijk. De anderen zijn nog bezig met de ingebruikname van het portaal.

13. Internationale samenwerking

Eurocommissarissen Kyriakides (gezondheid) en Ferreira (cohesiebeleid) gaven op 3 april via videoverbinding een toelichting op het pakket aan maatregelen als onderdeel van de economische respons op de COVID-19 uitbraak en de relevantie daarvan voor de gezondheidszorg. Meer specifiek stonden zij stil bij het Corona Response Investment Initiative+ (CRII+) en voorstellen ten aanzien van het Emergency Support Instrument (ESI). De Europese Commissie lichtte het belang van de voorstellen toe om de Unie en lidstaten in staat te stellen elke beschikbare euro uit de EU-begroting in te zetten voor de bescherming van het leven en welzijn van mensen. Het kabinet hecht sterk aan Europese samenwerking om de COVID-19 uitbraak in te dammen en de menselijke en economische gevolgen zo goed mogelijk op te vangen. Op korte termijn zal het kabinet

de Nederlandse appreciatie van genoemde voorstellen met uw Kamer wisselen.

Op 6 april gaven Eurocommissarissen Kyriakides (gezondheid) en Schinas (Europese levenswijze) een toelichting op de mededeling van de Commissie van 3 april jl.³³ die gericht is op het verbeteren van de samenwerking tussen lidstaten op het gebied van grensoverschrijdende gezondheidszorg. Voorgestelde activiteiten van de Commissie om dit te faciliteren zijn nadrukkelijk aanvullend op de nationale competentie die lidstaten hebben ten aanzien van gezondheidszorg. Het delen van informatie, goede ervaringen en het bevorderen van internationale samenwerking, zeker in tijden van crisis, ziet Nederland als een belangrijk goed. De door de Commissie voorgestelde werkwijze om waar mogelijk Europese solidariteit te tonen ten aanzien van het onderling opnemen van patiënten danwel inzetten van zorgprofessionals uit andere lidstaten moet er echter niet toe leiden dat er een extra rapportageplicht en administratieve lasten ontstaan. Ook mag dit bestaande en lopende initiatieven, zoals de goede bilaterale samenwerking tussen Nederland en Duitsland op het gebied van IC-patiënten, niet in de weg staan. Nederland ziet de verdere concrete uitwerking van de Commissie graag tegemoet.

14. Onderzoek

In het debat van 1 april jl. heb ik u laten weten terug te komen op de inzet van financiële middelen voor onderzoek naar de ontwikkeling van een vaccin tegen COVID-19³⁴. De internationale ambitie is dat een vaccin op de zo kort mogelijke termijn ter beschikking komt. Met dat doel financiert de *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI) onderzoek naar een vaccin voor COVID-19, dat binnen enkele maanden moet leiden tot klinische studies. CEPI is een multilateraal publiek-privaat partnerschap en is volgens de WHO het meest efficiënt. Om die reden stelt Nederland ten minste € 10 miljoen beschikbaar ten behoeve van dit onderzoek.

Het onderzoek vanuit CEPI is al van start gegaan bij de uitbraak van COVID-19, waardoor al veel landen hieraan financieel hebben bijgedragen. Dit is ook noodzakelijk, omdat de financieringsbehoefte wordt geschat op een bedrag tussen de 1,5–2 miljard USD. De eerste fasen van onderzoek lopen dan ook al. De volgende financieringsfase loopt tot eind juni. Nederland zal aan deze fase ten minste € 10 miljoen bijdragen en is hierover in overleg met de CEPI. Ook andere landen als Zwitserland, Zuid-Korea, Japan, Ierland, Australië en de EU spreken hierover met CEPI. Ik zet daarbij in op principes als Maatschappelijk Verantwoord Licentiëren en ik zal daar waar ik zelf geld voor onderzoek beschikbaar stel, voorwaarden stellen dat het uiteindelijke product toegankelijk en betaalbaar dient te zijn. Graag benadruk ik dat een bijdrage aan initiatieven als CEPI ten behoeve van onderzoek, nog niets zegt over de toegang tot eventuele resultaten of producten uit te financieren onderzoek. CEPI is een instrument om te komen tot *cost-sharing and risk-reduction* voor dure vaccin-ontwikkelingstrajecten, die anders langzaam tot stand komen.

Wereldwijd wordt onderzoek gedaan naar vaccinontwikkeling op basis van de genetische code van het virus die in januari bekend is gemaakt. Op dit moment zijn er ruim 60 COVID-19 kandidaat-vaccins bekend, met verschillende werkingsmechanismen en die zich in diverse stadia van

³³ https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/guidelines_on_eu_emergency_assistance_in_cross-bordercooperationin_healthcare_related_to_the_covid-19_crisis.pdf.

³⁴ Hiermee geef ik invulling aan mijn toezegging aan het lid Pieter Heerma (CDA) om inzicht te geven in de afwegingen hoe de financiële middelen voor vaccinontwikkeling ingezet worden.

ontwikkeling bevinden (WHO update 4 april). Twee kandidaatvaccins zijn reeds in klinische test fase (fase I onderzoek). Dit betreffen een kandidaat vaccin van Moderna therapeutics (RNA-vaccin) en een kandidaat vaccin van CanSino Biological Inc (*non-replicating viral vector*). De andere vaccins zijn nog in pre-klinische evaluatie. In Nederland heeft Janssen (dochterbedrijf van het Amerikaanse Johnson&Johnson) een vaccin kandidaat geselecteerd. Zij verwachten in het najaar van 2020 klinisch onderzoek te kunnen starten.

Naast de financiële bijdrage aan het onderzoek zal Nederland aan de WHO aanbieden om te helpen bij het verder uitwerken van een COVID-19 *patent pool*. Dit sluit aan op de oproep van Costa Rica die de WHO heeft opgeroepen om een internationale pool op te richten voor intellectueel eigendom inzake COVID-19. Het voorstel komt erop neer om een patent-pool te creëren waarin de rechten tot relevante technologie worden geplaatst welke helpen om COVID-19 te detecteren, voorkomen, controleren of behandelen. Het betreft een vrijwillige afdracht cq. inbreng van bestaande en nieuwe gepatenteerde technieken en ontwerpen die van belang kunnen zijn. Deze moet danwel gratis, danwel tegen een redelijke licentie vergoeding, beschikbaar worden gemaakt voor iedereen. In principe staat ik welwillend tegenover dit initiatief, maar de uitwerking van dit initiatief in relatie tot de beschikbaarheid en betaalbaar van vaccins moet de komende periode geschieden. Over relevante ontwikkelingen zal ik uw Kamer blijven informeren via de wekelijkse brief over het coronavirus.

Tot slot

Ik ben enorm trots op al die mensen die nu keihard werken om dit virus eronder te krijgen; in de ziekenhuizen, de zorginstellingen, in de wijk, en op allerlei andere plaatsen. Er gebeurt ontzettend veel, en dat zullen we de komende tijd moeten volhouden. Voor veel mensen is dit lastig, bijvoorbeeld voor mensen in de verpleeghuizen, voor mensen in andere zorginstellingen die nu even geen bezoek krijgen, voor kinderen die thuis zitten en voor hun ouders. De komende dagen en weken blijven spannend, waarbij veel nog onzeker is. Maar wat we wel weten is dat we samen deze tijd doorkomen. Ook in deze anderhalve meter samenleving blijven we elkaar steunen en gaan we samen op zoek naar het nieuwe normaal.

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