

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 315

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 mei 2020

In deze brief breng ik u, mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport (MZS), de Minister van Justitie en Veiligheid (JenV), de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), de Minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media, de Minister en Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat (IenW) 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.

Inmiddels zijn er door de naleving van de maatregelen sinds maart goede resultaten bereikt. Het aantal nieuwe besmettingen met het coronavirus en het aantal ziekenhuis- en IC-opnames nemen af. Zoals ik in mijn brief van 21 april jl. heb aangegeven, staan we aan het begin van de volgende fase in de bestrijding van deze uitbraak (Kamerstuk 25 295, nr. 315). In deze overgangsfase werken we stapsgewijs toe naar de controlefase. Dat moet op een verantwoorde manier; de kans op een tweede uitbraak is namelijk reëel als we niet voorzichtig genoeg zijn. De samenleving heeft hierbij voor een belangrijk deel de sleutel zelf in handen. Het langdurig beperken van de verspreiding van het virus vraagt om inzet, verantwoordelijkheid en zelfbeheersing van ons allemaal. Dat is een gezamenlijke zoektocht naar een verantwoord pad, tot we beschikken over een goed werkend vaccin. In deze brief schets ik dit perspectief.

Bij het zetten van de volgende stappen richting de controlefase houden we vast aan drie ankerpunten, die ik ook in mijn eerdere brieven heb genoemd: zorgen dat de zorg het aan kan, kwetsbare mensen in de samenleving zo goed mogelijk beschermen, en nog meer zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus. Het perspectief van de volksgezondheid dient daarnaast in samenhang gezien te worden met het maatschappelijk, sociaal en economisch perspectief en kent daarmee ook een samenhang in timing. Economie en gezondheid staan niet tegenover elkaar, maar liggen juist in elkaars verlengde. Fasering van de aanpak van volksgezondheidsmaatregelen en maatregelen uit het economisch pakket

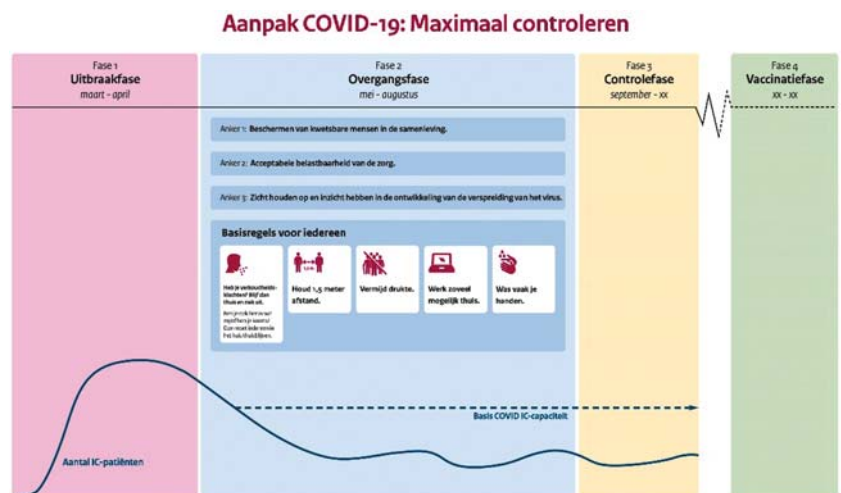
van dit kabinet lopen parallel. Dit maakt dat het kabinet ook andere partijen betreft bij deze strategie. Later in deze brief, in paragraaf 9, kom ik uitgebreider terug op de advisering aan het kabinet over de brede maatschappelijke en sociaaleconomische aspecten van de coronacrisis.

Leeswijzer

In deze brief ga ik allereerst in op de fasering in de aanpak en de stapsgewijze versoepeling van maatregelen. Vervolgens informeer ik u in paragraaf 3 over de laatste stand van zaken met betrekking tot de persoonlijke beschermingsmiddelen binnen en buiten de zorg. In paragraaf 4 ga ik in op de laatste ontwikkelingen rondom de drie ankerpunten. Daarna bespreek ik in paragraaf 5 de beschikbaarheid van geneesmiddelen en in paragraaf 6 de zorgcapaciteit voor kwetsbare patiënten met COVID-19. In paragraaf 7 ga ik in op de stand van zaken met betrekking tot vaccinontwikkeling, in paragraaf 8 de situatie in Caribisch Nederland, in paragraaf 9 de bredere advisering aan het kabinet en in paragraaf 10 het advies van de Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS).

1. Fasering aanpak

Veranderingen in maatregelen vraagt om een strategie waarbinnen afwegingen over die maatregelen gemaakt kunnen worden. Het kabinet onderscheidt hierbij vier fasen. In figuur 1 is de fasering in de aanpak van de bestrijding van de COVID-19 uitbraak weergegeven.



Figuur 1 Fasering aanpak

Het gecontroleerd afbouwen van maatregelen, met de drie ankerpunten als uitgangspunt, vraagt om heldere kaders vanuit de overheid. Daarbij helpt het om, gegeven alle onzekerheden, te duiden waar we staan, welke stappen we zetten en naar welke volgende fase we onderweg zijn. Tegelijkertijd past bij de wens om maatregelen te versoepelen ook een waarschuwing. In de eerste plaats omdat de bescherming van de meest kwetsbare mensen onze voortdurende aandacht vraagt. We zien ook dat het verder isoleren van ouderen geen oplossing is. In de tweede plaats is de belastbaarheid van de zorg nog steeds hoog. Daarbij komt dat veel reguliere zorg is uitgesteld en dat vraagt om een inhaalslag. Dat moet allemaal passen binnen de beschikbare capaciteit aan bijvoorbeeld IC-bedden, IC-medicatie, en personeel. Ten derde moet meer inzicht in de verspreiding van het virus komen, zodat we snel kunnen zien of ergens toch weer sprake is van een uitbraak.

Om in deze overgangsfase goed voorbereid te zijn op de volgende fase, «het nieuwe normaal» ofwel «de controlefase» zijn dus duidelijke kaders vanuit de overheid en goede afspraken met de samenleving nodig. Alleen onder die voorwaarden is het mogelijk om de genomen maatregelen stap voor stap op te heffen, de samenleving perspectief te bieden en economische activiteiten weer zoveel mogelijk op te starten – zij het voor langere termijn in aangepaste vorm.

Afspraken met de samenleving

Het succes van deze aanpak valt of staat met de afspraken die we als samenleving met elkaar hebben gemaakt. Overgang naar de controlefase kan alleen als iedereen zich blijft houden aan de belangrijkste gezondheidsadviezen en maatregelen. Die afspraken hebben ervoor gezorgd dat we de verspreiding van het virus onder controle kregen. Dat moeten we nu ook weten vast te houden. Dit lukt alleen met de volgende basisregels die voor iedereen gelden, die ook zijn samengevat in figuur 2 (op de volgende pagina):

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

We passen ons gedrag aan, niet alleen voor onszelf, maar juist ook voor anderen. We dragen samen, als overheid en samenleving, de verantwoordelijkheid om het virus onder controle te houden. Ook het OMT, dat op 4 mei opnieuw bijeen is gekomen, benadrukt het belang van volhouden van de algemene adviezen zoals het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen, en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten. Het OMT-advies is bijgevoegd¹. Het strikt blijven opvolgen van deze adviezen is een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van verdere verspreiding van het coronavirus en van het allergrootste belang voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen.

Het advies «blijf zoveel mogelijk thuis», wordt hiermee dus aangepast. Dat is ook niet goed hanteerbaar naarmate we weer meer activiteiten kunnen ondernemen. «Blijf zoveel mogelijk thuis» geldt alleen nog voor de risicogroepen en voor de mensen die via bron- en contactonderzoek in beeld komen. Het belang van de overige adviezen, in het bijzonder «blijf thuis bij klachten», neemt hierdoor voor alle overige Nederlanders alleen maar toe.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl



Figuur 2 Afspraken met de samenleving

Zie ook: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/05/06/factsheet-maatregelen-corona>

2. Stapsgewijze versoepeling in de volgende fase

Inmiddels hebben we de uitbraakfase achter ons gelaten en bevinden we ons in de overgangsfase. Binnen deze fase zijn reeds de eerste stappen gezet met betrekking tot de basisscholen en kinderopvang, en mogelijkheden voor georganiseerd sporten in de buitenlucht voor jongeren tot en met 18 jaar. Het kabinet wil in aanvulling hierop nu stap voor stap en op een verantwoorde manier verder op het pad van versoepeling richting de controlefase. Uiteraard gebeurt dit met inachtneming van de adviezen van het Outbreak Management Team (OMT).

Niet voor alle sectoren geldt dat zij afhankelijk zijn van besluiten van het kabinet over de te versoepelen maatregelen. Tal van sectoren die vallen binnen de bevoegdheid van de veiligheidsregio's of die autonoom kunnen beslissen tot openstelling, werken al volgens aangepaste richtlijnen in de anderhalve meter samenleving of bereiden deze voor. Te denken valt aan winkels, natuurparken, zwemgelegenheden, vakantieparken met individuele sanitaire voorzieningen en de rechtspraak. Belangrijk is dat openstelling van deze sectoren beheerst en georganiseerd gebeurt om het beroep op de openbare ruimte en mobiliteit te beheersen. De veiligheidsregio en/of gemeenten maken hierover concrete afspraken met deze sectoren. Ook dienen de sectoren de algemene hygiënemaatregelen te volgen.

gelen van het kabinet, zoals de anderhalve meter maatregel, in acht te nemen, te implementeren en te handhaven.

We hebben deze sectoren gevraagd protocollen op te stellen, die gaan over veilig werken en samenleven en werkwijzen bevatten gericht op afstand houden, hygiëne en bescherming. Protocollen hebben zelf geen juridische status, maar zijn een uitwerking voor de werkvloer. De sector stelt zelf een protocol op voor de eigen werksituatie. Het toezicht op naleving van het protocol ligt binnen de sector. Een bedrijf of instelling moet zelf zijn medewerkers en bezoekers informeren over het protocol.

2.1. Aanpak versoepeling van maatregelen

Het kabinet heeft scenario's uitgewerkt om sectoren stapje voor stapje weer gedeeltelijk te kunnen openen. Om te voorkomen dat het virus weer om zich heen grijpt en om het effect van versoepeling goed te kunnen monitoren, kunnen maatregelen alleen stap voor stap worden losgelaten.

Bij het versoepelen van de maatregelen neemt het kabinet onder meer de volgende aspecten in ogenschouw:

- De mate waarin de hoeveelheid mobiliteit toeneemt door opening van een sector;
- De mate waarin een sector in staat is de algemene hygiënevoorschriften te implementeren;
- De sociaal-maatschappelijke en economische impact van een sector;
- De mate waarin de openbare ruimte belast wordt door opening van een sector.

De sectoren met de minste impact op de hoeveelheid mobiliteit en belasting van de publieke ruimte, die in staat zijn om de RIVM-richtlijnen te hanteren, en die een grote sociaal-maatschappelijke en/of economische impact hebben, kunnen het eerste open. Voor sectoren waarbij juist het omgekeerde van toepassing is, geldt dat deze rekening moeten houden met een langer tijdpad. Afweging van en besluitvorming vindt plaats na advisering door het OMT. Op basis van de huidige kennis over de verspreiding van het virus heeft het kabinet onderstaande stappen voorbereid.

Stap 1 (per 11 mei)

In deze eerste stap stelt het kabinet de volgende sectoren/activiteiten weer (gedeeltelijk) open per 11 mei:

- De meeste contactberoepen kunnen weer aan de slag. (Para)medische contactberoepen voor zover niet op basis van een medische indicatie²; Contactberoepen gericht op persoonlijke verzorging, zoals kappers, schoonheidsspecialisten en pedicuren. Contactberoepen gericht op alternatieve behandelwijzen³; en ook de rijinstructeurs; Voor de

² Voor behandeling op basis van een individuele medische indicatie waren deze (para)medische beroepen al uitgezonderd van het uitoefeningsverbod indien de benodigde hygiënemaatregelen getroffen konden worden. Het betreft beroepen die uit hoofde van de Zvw/Wlz en/of zorg die wordt verleend door zorgprofessionals die vallen onder de reikwijdte van de Wet BIG, art. 3 en 34, ter bescherming van de patiënt en waarborging van de kwaliteit van zorg. Onder artikel 3 vallen de apothekers, (keurings)artsen, gezondheidspsychologen, orthopedagoog-generalisten, physician-assistants, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Onder artikel 34 vallen de apothekersassistenten, diëtisten, ergotherapeuten, huidtherapeuten, klinisch fysici, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten, optometristen, orthoptisten, podotherapeuten, radiagnostisch laboranten, radiotherapeutisch laboranten, tandprothetici en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg.

³ Hieronder vallen onder meer: acupuncturisten, voetzoolreflextherapeuten en complementaire therapeuten. Hier is geen sprake van medische zorg.

contactberoepengelden twee belangrijke voorwaarden: Ten eerste: het werk wordt zoveel mogelijk op anderhalve meter afstand georganiseerd. Ten tweede: er wordt gewerkt op afspraak, waarbij klanten aan de voorkant vragen worden gesteld om in te schatten of iemand een risico oplevert.

- Bruiloften, uitvaarten en kerkdiensten mogen blijven samenkomen met 30 personen;
- Bewegingsonderwijs onder begeleiding op scholen, zodra scholen en onderwijsinstellingen opengaan;
- Buiten sporten is toegestaan voor alle leeftijdsgroepen boven 18 jaar. Daarbij geldt wel op anderhalve meter afstand van elkaar, geen contact tijdens het sporten, geen wedstrijden en thuis douchen.
- De eerdere ruimte voor georganiseerd buiten sporten en trainen voor groepen kinderen tot en met 12 jaar en georganiseerd sporten in de buitenlucht voor groepen jongeren tot en met 18 jaar blijft gelden.
- Voor zowel de jeugd als voor volwassenen geldt dat alleen trainingen zijn toegestaan. Wedstrijden, competities en toernooien kunnen tot 1 september nog niet plaatsvinden. Ook blijven kleedruimtes (inclusief douches) en kantines gesloten.
- Binnen en buitenzwembaden mogen per 11 mei hun deuren openen, inclusief de kleedruimtes. Ook hier blijven de douches gesloten. Bezoekers dienen 1,5 meter afstand in acht te nemen.
- De wekelijkse bijeenkomsten van scouting-, cultuur-, kunst-, en andere jeugdverenigingen voor kinderen tot en met 18 jaar zijn toegestaan onder de dezelfde voorwaarden als sport;
- Bibliotheken kunnen ook open met anderhalve meter afspraak.

In deze stap ligt de focus op het openstellen van sectoren met een lokale oriëntatie, gericht op individueel gebruik of beoefening. Er is daarbij sprake van een beperkt beroep op de openbare ruimte, mobiliteit is gericht op «bestemmingsverkeer», locaties zijn veelal bereikbaar per fiets of te voet en er wordt alleen als dat noodzakelijk is een beroep gedaan op het (OV).

Voorwaarden voor openstelling zijn:

- De RIVM-richtlijnen zijn geïmplementeerd;
- Er worden strikte hygiënemaatregelen toegepast;
- De contactberoepen dienen te werken volgens het afwegingskader⁴ dat door het OMT is vastgesteld.
- De in het afwegingskader genoemde contactberoepen werken op basis van reservering en triage; en
- Kwetsbare groepen worden ontmoedigd om gebruik te maken van diensten van contactberoepen. Uiteraard geldt deze ontmoediging niet voor hun noodzakelijke contacten met medische zorgprofessionals.

De hiernavolgende stappen zijn voorgenomen stappen. Versoepelen kan alleen maar als het virus onder controle blijft. Dat bekijken we steeds opnieuw.

Stap 2a (per 1 juni)

Bij deze stap gaat het om sectoren die lokaal of regionaal georiënteerd zijn, waarbij gehanteerde maximale bezoekersaantallen een beheersbaar beroep houden op de openbare ruimte en mobiliteitsstromen. Groeps-

⁴ Het afwegingskader heeft betrekking op paramedische beroepen (zoals fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie/foniatrie, diëtiek, psychologen en verzekerings-, bedrijfs-, en keuringsartsen), uiterlijke verzorging (zoals manicure, pedicure, visagie, nagelstylisten, schoonheidsspecialisten, tatoeëerders), en dienstverlening zoals rijinstructeurs; het gaat niet over de (mond)zorg.

vorming dient ook hierbij voorkomen te worden. Voorwaarde voor opening is dat sectoren in staat zijn om de anderhalve meter maatregel te implementeren, werken op basis van reservering én triage, en hygiëne-maatregelen op locatie realiseren. Aangestuurd dient te worden op gebruik door mensen uit de buurt in nader overleg met gemeenten en veiligheidsregio's indien nodig. Het kabinet denkt hierbij aan een (beperkte) opening van horecagelegenheden. Restaurants, cafés, bioscoopzalen, concertzalen en theaters mogen vanaf 1 juni binnen, maximaal 30 mensen ontvangen, inclusief personeel en ook onder voorwaarden. Gasten moeten reserveren. Uiteraard geldt de anderhalve meter afstand. En vervolgens vindt ook hier aan de voorkant een controlegesprek plaats om in te kunnen schatten of er risico's zijn. Het is natuurlijk cruciaal dat mensen die check vooraf wel heel serieus nemen. Maar dat vertrouwen mogen we na de laatste maanden wel hebben. Per 1 juni mogen ook de terrassen weer open onder twee voorwaarden: iedereen zit aan een tafeltje en mensen houden anderhalve meter afstand van elkaar.

Musea mogen per 1 juni ook weer open, mits bezoekers vooraf kaartjes kopen zodat musea kunnen sturen op de anderhalve meter afstand.

Daarnaast kan het voortgezet onderwijs kan per 1 juni weer starten, zoals eerder aangekondigd. De manier waarop wordt uitgewerkt.

Stap 2b (per 15 juni)

Op 15 juni zetten we een kleine tussenstap, waar mogelijk, deels openen van activiteiten van onderwijssectoren met een (boven)regionaal karakter, zoals examens en praktijkgericht onderwijs op het middelbaar beroepsonderwijs (mbo) en examens en praktijkgericht onderwijs op het hoger onderwijs (ho). Het kabinet vindt het van groot belang om studievertraging van leerlingen en studenten van het mbo en ho te voorkomen. Het beroep dat openstelling van het mbo en ho doet op de vervoerscapaciteit en mobiliteit heeft voorrang op andere activiteiten die hier een beroep op doen, vanwege de maatschappelijke impact van deze sectoren. Voorwaarde is dat (op de onderwijslocaties) maatregelen geïmplementeerd zijn om de anderhalve meter afstand te garanderen, dat hygiëne-maatregelen op locatie worden geïntensiveerd en gerealiseerd en dat er afspraken worden gemaakt over mobiliteit en het gebruik van het OV.

Het kabinet besluit in de week van 20 mei over een voorstel voor (gedeeltelijke) opening van deze sectoren, na advisering door het OMT. Als ingangsdatum voor het mbo is 15 juni voorzien. Met betrekking tot het hoger onderwijs wordt door de ministeries van IenW en OCW nog nader onderzocht of en hoe gedeeltelijke openstelling voor tentaminering, praktijkonderwijs, en begeleiding van kwetsbare studenten per 15 juni mogelijk is.

Heropening van het funderend onderwijs

Op dinsdag 21 april heeft het kabinet het besluit genomen dat basisscholen, scholen voor speciaal onderwijs, scholen voor speciaal basisonderwijs en de kinderopvang vanaf 11 mei gedeeltelijk open gaan. Het uitgangspunt is dat kinderen daarbij 50% van de tijd naar school gaan zodat de groepen verkleind kunnen worden, waarbij we uitgaan van hele dagen. Kinderen in het speciaal onderwijs en speciaal basisonderwijs gaan weer volledig naar school. De sector is voortvarend begonnen aan de voorbereiding en heeft protocollen opgesteld die verder invulling geven aan deze opening. Het zal voor de leerlingen, ouders en het personeel op de scholen en de kinderopvang wennen zijn, zeker de eerste dagen.

Ook de scholen in het voortgezet onderwijs geven aan zo snel als veilig kan hun leerlingen weer gedeeltelijk fysiek onderwijs te willen bieden. Het kabinet heeft op 21 april het voortgezet onderwijs gevraagd zich voor te bereiden op opening per 1 juni (in de praktijk 2 juni), waarbij de 1,5 meter afstand ook tussen leerlingen in acht genomen moet worden. Daarbij wordt van leerlingen gevraagd het openbaar vervoer te mijden, en van onderwijspersoneel dit zo veel mogelijk te mijden. De sector heeft die voorbereidingen voortvarend opgepakt. Binnenkort worden door de sector opgestelde concept-protocollen voor regulier voortgezet onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs verspreid onder scholen, inclusief extra handreikingen voor het beroepsgerichte onderwijs en het praktijkonderwijs. In de protocollen is opgenomen dat voor het regulier voortgezet onderwijs het uitgangspunt van 1,5 meter afstand gehandhaafd blijft. Ook wordt een stevige vervoersparagraaf opgenomen, zie ook paragraaf 2.3 over mobiliteit. Omdat besluitvorming door het kabinet uiterlijk 20 mei volgt, kan het nodig zijn de inhoud van de protocollen daarop nog aan te passen. Na het kabinetsbesluit kan de sector de protocollen vaststellen.

Voor personeel in het onderwijs en in de kinderopvang is laagdrempelig testen op het COVID-19-virus beschikbaar, zie paragraaf 4.1 over testen.

Overige sectoren

(Gedeeltelijke) openstelling van overige sectoren en het verder hervatten van het openbare leven is voorzien voor latere momenten. Tot 1 september voorzie ik nu twee grote stappen, maar alleen als alles goed gaat en uiteraard geldt hiervoor de anderhalve meter regel en/of extra maatregelen. De druk op het mobiliteitssysteem zal hierbij ook een belangrijke factor zijn.

Als alles goed gaat, kunnen per 1 juli de beperkingen voor de culturele en recreatieve sector geheel of gedeeltelijk worden opgeheven. Voor bioscopen, concertzalen en theaters geldt dan een maximum van 100 personen, waarbij sprake is van placering en reservering. Per 1 juli mogen ook de gemeenschappelijke wc's en douches op de campings en vakantieparken weer open. Bij verdere positieve ontwikkelingen kunnen dan per 1 september ook de sportscholen, verenigingskantines, sauna's, casino's, coffeeshops, sekswerkers en alle vormen van sport (binnen en buiten) – waaronder het betaald voetbal zonder publiek – volgen. Dit wordt in overleg met de branches verder uitgewerkt. Mocht het verantwoord zijn, dan overweegt het kabinet sportscholen eerder te openen.

Voor de laatste stap, de massale evenementen met een landelijke uitstraling, kunnen we nog geen datum noemen. Dat kan eigenlijk pas weer als er een vaccin is en niemand weet hoe lang dat gaat duren. We hopen natuurlijk op snel, maar een jaar of langer is heel reëel.

2.2. Openbare ruimte en handhaving

Het versoepelen van de huidige maatregelen zal gepaard gaan met een stapsgewijze toename van het gebruik van de openbare ruimte. Daarnaast zien we afgelopen weken eenzelfde effect ontstaan als een autonome trend, enerzijds doordat mensen in toenemende mate moeite hebben met naleving van het advies om zoveel mogelijk thuis te blijven, anderzijds omdat ondernemers binnen sectoren die niet van overheidswege gesloten waren (bijvoorbeeld winkelketens) recent hun deuren weer hebben geopend. Daarbij is het beeld, dat mensen zich nog altijd bewust zijn van de noodzaak om 1,5 meter afstand te houden, doch dat op bepaalde locaties de mogelijkheid om dit na te leven onder druk komt te staan, eenvoudigweg omdat te veel mensen tegelijk in een bepaald gebied

verblijven. We zagen dat eerder in natuurparken, afgelopen weekend kwam dat voor in winkelstraten van enkele steden.

Gegeven de behoefte van mensen om weer naar buiten te gaan, is het van belang dat een zo groot mogelijk deel van het publiek domein daarvoor kan worden gebruikt. Meer ruimte geeft immers meer gelegenheid om mensen te spreiden. Dat geldt zowel voor (binnen-)steden als voor bossen, natuurparken, stranden, et cetera. Om het (her-)gebruik van de publieke ruimte zo ordelijk en veilig mogelijk te laten verlopen, dat wil zeggen binnen de nog altijd geldende gezondheids- en hygiënemaatregelen van het RIVM, is een extra impuls aan publieksvoorlichting essentieel. De boodschap is daarbij dat men bij klachten (zelf of binnen het gezin) thuisblijft en dat men drukte dient te voorkomen en vermijden.

Voor de publieke ruimte in dorpen en steden is van belang dat gekeken wordt naar mogelijkheden om met fysieke aanpassingen van de openbare ruimte bij te dragen aan het voorkomen van congestie van publiek op bepaalde plaatsen (looproutes, eenrichtingsverkeer). Daarbij moet ook gekeken worden naar de toepassing van *crowdmanagement*. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt primair bij de lokale overheid. Dat doet ook recht aan de verschillende lokale situaties. Gemeenten kunnen in overleg met lokale partners (ondernemersverenigingen, winkeliersverenigingen, sportverenigingen, scholen) en met de politie kijken naar mogelijkheden. Van belang is daarbij, dat de verantwoordelijkheid van een (private) partner niet ophoudt bij de grens van het eigen domein (pand, perceel): er is sprake van gedeelde verantwoordelijkheid tussen overheid en sectoren. Dit betreft het treffen van adequate maatregelen én het toezien op de naleving van die maatregelen. De lokale overheid kan daarbij waar opportuun bestuurlijke bevoegdheden inzetten. Handhaving door BOA's en politie (in de vorm van het verbaliseren van personen die bepalingen van de noodverordening schenden) is het sluitstuk van beleid. Hoe om te gaan met mensen en verkeer in de openbare ruimte is altijd lokaal maatwerk, met daarbij per gemeente aandacht voor specifieke hotspots. Veiligheidsregio's en de VNG werken aan een handreiking voor gemeenten en een platform voor kennisdeling. Het gebruik van en de drukte in de openbare ruimte zullen de komende periode steeds gemonitord worden.

2.3 Aanpak mobiliteit

Bij het afschalen van COVID-maatregelen is het (openbaar) vervoerssysteem een belangrijke factor. Wanneer de komende weken en maanden de scholen weer opengaan en bepaalde sectoren weer opstarten, zal het ook geleidelijk weer drukker worden op de weg en in het OV. Om ervoor te zorgen dat het op de weg niet vastloopt, dat we ook op de fietsafstand kunnen houden, en dat er in het openbaar vervoer voldoende plek is, blijft het belangrijk de volgende uitgangspunten hanteren:

- Mijd drukte
- Werk zoveel mogelijk thuis
- Reis niet onnodig
- Als het mogelijk is: mijd de spits
- Als het mogelijk is: loop of pak je fiets
- Het openbaar vervoer is schaars: gebruik dat enkel voor noodzakelijke reizen

Ten aanzien van het openbaar vervoer zijn we tot de conclusie gekomen dat als de bussen, trams, metro en treinen straks weer voller raken, het anderhalve meter afstand houden niet langer altijd haalbaar zal zijn. Op stations, perrons en bij haltes blijft anderhalve meter afstand de norm. Maar in trein, bus, tram en metro is dat niet realistisch. Ook het OMT en

de OV-bedrijven wijzen hier op. We willen de kans op besmetting en verspreiding van het coronavirus via het OV uiteraard zo veel mogelijk blijven beperken.

Met het oog op dit alles is het belangrijk te borgen dat verdere openstelling stapsgewijs en gecontroleerd plaatsvindt. Daarom hebben we vandaag de volgende besluiten genomen:

1. We zetten de komende maanden maximaal in op het spreiden van vervoersstromen over de dag en het beperken van het gebruik van het OV. Daarom hebben we met het onderwijs afgesproken dat scholieren en studenten zo min mogelijk gebruik maken van het openbaar vervoer, en sowieso niet tijdens de spits. Met de sectoren die open gaan maken we afspraken over vermindering van de druk op mobiliteit, bijvoorbeeld door afspraken te maken over openingstijden. Als overheden geven we het goede voorbeeld: thuiswerken blijft de komende maanden voor kantoorwerk het devies.
2. OV-bedrijven zullen de komende weken de dienstregeling weer op genormaliseerd niveau brengen. Uiterlijk 1 juni zal dit het geval zijn, waarbij de afspraak ook is dat er niet wordt overgestapt op een zomerdienstregeling.
3. OV-bedrijven gaan hun materieel inrichten in lijn met het laatste OMT advies. Zo kunnen reizigers gepaste afstand houden. Dit betekent naar verwachting dat ruim een derde van de oorspronkelijke capaciteit aangeboden kan worden aan reizigers. Op de precieze uitwerking hiervan wordt advies gevraagd aan het RIVM en ILT/RDW. Ook hier streven we er naar dit op 1 juni gereed te hebben.
4. Omdat anderhalve meter in het OV niet te realiseren is, en omdat – in tegenstelling tot de zorg – in het OV geen individuele beoordeling en triage van reizigers kan plaatsvinden, hebben we besloten dat in het OV het dragen van mondneusbescherming per 1 juni verplicht zal zijn. Zowel reizigers als OV-personeel gaan mondneusbescherming dragen. Hiermee verkleinen we het risico dat iemand met het coronavirus andere passagiers of OV-personeel besmet.
 - Het gaat hier om niet-medische mondneusbescherming – medische bescherming blijft voor de zorg (zie ook paragraaf 3.2).
 - Tot 1 juni is het dragen van mondneusbescherming in het OV een advies; vanaf 1 juni een verplichting. Vanaf dan kan een reiziger bij het niet dragen van mondneusbescherming gevraagd worden om het OV te verlaten en kunnen er ook boetes worden uitgedeeld.
 - Conducteurs en controleurs krijgen naast de uitgereikte niet-medische mond- en neusbescherming, ook de optie aanvullend spatschermen te dragen. En BOA's in het OV krijgen de beschikking – net als de politie – over professionele maskers als extra bescherming bij incidenten.
5. OV-personeel met klachten kan zich laten testen vanaf 18 mei. Hiervoor zijn voldoende testen beschikbaar (zie ook paragraaf 4.1).

Het kabinet heeft de OV-sector verzocht in Nederland de volledige dienstregeling te rijden, terwijl de reizigersaantallen beperkt zijn. Naleving en handhaving van de te treffen maatregelen leiden daarnaast tot extra kosten. Bij de vraag van de overheid hoort een beschikbaarheidsvergoeding. Die wordt de komende periode nader uitgewerkt. Betreffende vergoeding is gebaseerd op de reële gemaakte kosten om de vloot 100% te laten rijden, de extra kosten vanwege maatregelen tegen COVID-19 en de inkomsten die wel binnenkomen (zoals uit hoofde van generieke steunmaatregelen).

Adequate monitoring wordt ingericht om knelpunten te signaleren en zo nodig maatregelen te treffen. Daarbij vormt lokaal maatwerk het sluitstuk van onze aanpak voor het OV.

3. Persoonlijk beschermingsmiddelen in de zorg, voor contactberoepen, en in de openbare ruimte

Bij het stap voor stap versoepelen van de huidige maatregelen kunnen maatregelen zoals het strikt houden aan de 1,5 meter afstand in het gedrang komen. Dit kan bijvoorbeeld bij het uitoefenen van contactberoepen het geval zijn. Dit heeft een risico in zich voor mogelijke opleving van het aantal besmettingen. Daarom heeft het kabinet het OMT gevraagd om advies over 1) het effect op de mogelijke verspreiding van het virus bij het loslaten van de contactberoepen (niet zijnde (para)medische contactberoepen) en of het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen nog een rol kan spelen in de transitiestrategie, en 2) het eventuele gebruik van niet-medische mondkapjes in de openbare ruimte. De uitgangspunten die het OMT hanteert zijn in onderstaand kader opgenomen.

Met deze paragraaf acht ik ook de motie van de leden Dijkhoff (VVD) en Klaver (GL) afgedaan over in kaart brengen of en op welke wijze de inzet van mondkapjes kan bijdragen aan een verantwoorde exitstrategie.⁵

Uitgangspunten persoonlijke beschermingsmiddelen

- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene adviezen zoals het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten. Het strikt blijven opvolgen van deze adviezen is een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.
- Medische mondkapjes dienen gereserveerd te worden voor gebruik in de zorg en dienen gebruikt te worden conform de vigerende adviezen.
- Voor contactberoepen heeft het OMT een afwegingskader vastgesteld waarbij essentieel is dat naast strikte hygiënemaatregelen triage wordt toegepast.
- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
- Het OMT stelt dat gebruik van niet-medische mondkapjes echter overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen.

Het kabinet onderschrijft deze uitgangspunten en beschrijft in dit hoofdstuk wat dit betekent voor de inzet van beschermingsmiddelen in Nederland.

3.1. Persoonlijke beschermingsmiddelen in de zorg en ondersteuning

Bij goede zorgverlening moet voorop staan dat zorgverleners goed beschermd zijn. Ook in de zorg geldt daarom altijd dat situaties, waar niet noodzakelijk contact met COVID-19 patiënten of contact met patiënten die bepaalde symptomen hebben die op COVID-19 kunnen wijzen, moeten worden voorkomen. Essentieel is dus dat naast strikte hygiënemaatregelen, triage toegepast wordt. Daar waar zorg moet worden verleend aan

⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 251

COVID-19 (verdachte) patiënten heeft het RIVM richtlijnen vastgesteld voor de inzet van medische beschermingsmiddelen. Er is een nieuwe richtlijn gemaakt voor gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) door mantelzorgers die intensieve zorg verlenen, PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg. Vanaf volgende week is dit logistiek ingeregeld.

In de reguliere (non-COVID) zorg gelden bestaande richtlijnen omtrent veilig werken en persoonlijke beschermingsmiddelen bij het diagnosticeren en behandelen van patiënten. Denk bijvoorbeeld aan de beschermingsmiddelen die normaliter op een operatiekamer gebruikt worden of in de mondzorg. Deze richtlijnen dateren van voor de uitbraak van het COVID-virus en zijn onverminderd van kracht.

Het is uiteraard van belang dat er over voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen kan worden beschikt om zorgverleners en patiënten te kunnen beschermen.

Specifiek voor de paramedische beroepen⁶ heeft het OMT een afwegingskader vastgesteld voor veilig werken. In dit afwegingskader zijn maatregelen gedefinieerd om het risico op overdracht van het virus tussen de beroepsbeoefenaar en de cliënt te minimaliseren. De paramedische beroepsgroepen kunnen op basis van dit afwegingskader hun sectorspecifieke protocollen uitwerken of actualiseren.

Gebruik PBM buiten het ziekenhuis

Het RIVM heeft in samenspraak met veldpartijen uitgangspunten opgesteld voor het gebruik van PBM bij zorg buiten het ziekenhuis. Dit betreft dus alle vormen van zorg buiten het ziekenhuis⁷.

De uitgangspunten zijn geformuleerd op basis van veiligheid voor medewerkers en cliënten/patiënten (besmettingsrisico's) ingeval van (verdenking op) COVID-19. Voor het gebruik van medische mondkapjes is daartoe ook een samenvattende factsheet opgesteld, die te vinden is op de website van de rijksoverheid⁸. Deze wordt ook gemaakt voor andere beschermingsmaterialen.

De uitgangspunten vragen om een nadere invulling per sector, rekening houdend met context en doelgroep. Als de specifieke situatie daarom vraagt, kunnen zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd afwijken van deze uitgangspunten en medische beschermingsmiddelen gebruiken. Voor wat betreft de verschillende situaties waarin verplegend en verzorgend personeel zich kan bevinden, werkt V&VN dit op korte termijn nader uit in overleg met het RIVM. In het verlengde wordt ook gezien of er in de verschillende sectoren nog andere situatie zijn die in dit verband relevant zijn. Het gaat erom zorgprofessionals praktische handvatten aan te reiken in de dagelijkse praktijk. Sowieso is het verstandig om bij elk begin van zorgverlening – dus elke keer opnieuw – de cliënt/patiënt naar zijn/haar gezondheidssituatie te vragen en per situatie ook te beoordelen of zorg veilig verleend kan worden (triage is «gesprek +check»). In geval van twijfel is het belangrijk dat zorgprofessionals elkaar en hun leidinggevenden raadplegen. De alledaagse praktijk laat zich immers niet volledig

⁶ Dit betreft de (paramedische) zorgprofessionals die vallen onder de reikwijdte van artikel 34 van de wet BIG.

⁷ Zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis zijn bijvoorbeeld zorgverleners in de huisartsenzorg, wijkverpleging, kraamzorg en verloskunde, Wmo ondersteuning, jeugdzorg, gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg, woonzorgcentra, kleinschalige woonvormen, ambulancezorg en geestelijke gezondheidszorg.

⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/04/11/factsheet-verdeling-pbm>

vangen in uitgangspunten en de situatiebeschrijvingen. Tegelijkertijd is het van belang dat algemeen preventief gebruik van medische beschermingsmiddelen niet nodig is.

Ondersteuning in kader van de Wmo en Jeugdhulp

Meer specifiek voor de ondersteuning thuis in het kader van de Wmo, in het bijzonder huishoudelijke hulp, begeleiding en dagbesteding en maaltijdondersteuning, gelden eigen uitgangspunten. Voorop staat ook hier de algemene hygiënerichtlijnen op te volgen. Omdat in de meeste gevallen de gezondheidssituatie individueel beoordeeld kan worden en afspraken gemaakt kunnen worden met betrekking tot het handhaven van de 1,5 meter, is algemeen preventief gebruik van PBM volgens de richtlijnen van het RIVM niet noodzakelijk.

Dat neemt niet weg dat het ook hier van groot belang is dat mensen alleen werken als ze klachtenvrij zijn en om bij aankomst bij mensen thuis – elke keer opnieuw – te informeren naar de gezondheid van de cliënt (triage=»gesprek+check») en te beoordelen of de zorg gegeven kan worden. Als COVID-19 reeds is vastgesteld, dan moet huishoudelijke hulp in elk geval worden uitgesteld (en zorg worden geregeld). Heeft de cliënt last van neusverkoudheid, loopneus, niezen, keelpijn en hoesten, verhoging of koorts, dan is het advies om te kijken of een dokter kan worden ingeschakeld en de ondersteuning kan worden uitgesteld. Er zijn echter specifieke situaties waarin uitstel niet mogelijk is en ook situaties waarin een medewerker – bij voorkeur in overleg met collega's en/of leidinggevers – beredeneerd moet kunnen afwijken van de algemene uitgangspunten van het RIVM. Voor die gevallen is het belangrijk dat de medewerker over een «reservepakketje» aan medische beschermingsmiddelen beschikt in zijn/haar ronde langs de cliënten. Met vertegenwoordigers van de vakbonden zullen praktische handvatten worden opgesteld voor de situaties die zich kunnen voordoen. Ook hier geldt dat algemeen preventief gebruik niet nodig is, soms ook beperkingen met zich mee brengt, en ook niet verstandig is omdat het de schaarste vergroot en dus ten koste kan gaan van zorgmedewerkers.

Bij de inkoop en de verdeling van de persoonlijke beschermingsmiddelen zal het Landelijke Consortium Hulpmiddelen (LCH) – in overleg met GGD-GHOR – rekening houden met de implicaties van bovenstaande. Het Ministerie van VWS blijft zich samen met het LCH en de werkgevers maximaal inspannen om te blijven zorgen voor voldoende beschermingsmiddelen. Bij een (ervaren) tekort aan beschermingsmiddelen is het belangrijk dat medewerkers dit met hun werkgever bespreken. Biedt dit gesprek geen uitkomst, dan kunnen professionals dit melden bij de Inspectie SZW en/of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Wij zullen ook de informatie uit de meldpunten van de vakbonden in overleg met hen benutten om beschikbaarheid van PBM te monitoren.

Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH)

Het LCH voorziet in de extra behoefte aan persoonlijke beschermingsmiddelen van zorgaanbieders die is ontstaan als gevolg van het coronavirus en vervult een rol daar waar de reguliere toeleveringen onvoldoende zijn. Dit doet zij zonder winst oogmerk en voor de Nederlandse gezondheidszorg. Praktisch betekent dit dat zorgpartijen PBM voor medisch gebruik direct kunnen inkopen bij het LCH voor zorg die noodzakelijk is in geval de adviezen van het RIVM, de NZa urgentielijst of voor een

«COVID-reservepakket». Instellingen kunnen hiervoor een aanvraag indienen bij het LCH⁹.

De uitlevering vindt na bestelling plaats door het LCH. Daarnaast bestaat er bij de GGD-GHOR coördinator in ROAZ-verband een noodvoorraad voor instellingen die acuut persoonlijke beschermingsmiddelen nodig hebben. Mocht het LCH over onvoldoende beschermingsmiddelen beschikken om in de vraag te kunnen voorzien vindt verdeling plaats door GGD GHOR coördinatoren bij de ROAZ over zorgpartijen conform het verdeelmodel.

Het LCH heeft inmiddels grote hoeveelheden beschermingsmiddelen besteld die wekelijks binnenkomen. Op dit moment kan het LCH voorzien in de vraag die bij hen binnenkomt met betrekking tot beschermingsmiddelen; alleen de schorten en isolatiejassen zijn beperkt beschikbaar. Ondanks omvangrijke bestellingen blijft de aanvoer van beschermingsmiddelen echter onzeker. De drukte in Azië met vraag vanuit de hele wereld blijft groot, de vraag naar sommige grondstoffen die nodig zijn om medische beschermingsmiddelen te produceren is hoog en het naar Nederland krijgen van beschermingsmiddelen is en blijft een grote logistieke uitdaging. Het LCH werkt daarom aan diversificatie van aanvoerroutes door ook verscheping van beschermingsmiddelen naar Nederland te verkennen. Het kabinet werkt tenslotte verder met marktpartijen aan Nederlandse productie van beschermingsmiddelen.

3.2. Contactberoepen

Het OMT heeft een afwegingskader vastgesteld voor veilig werken bij contactberoepen. In dit afwegingskader zijn maatregelen gedefinieerd om het risico op overdracht van het virus tussen de beroepsbeoefenaar en de cliënt te minimaliseren. Beroepsgroepen kunnen op basis van dit afwegingskader sectorspecifieke protocollen uitwerken. Essentieel is dat naast strikte hygiënemaatregelen, triage toegepast wordt. Triage houdt in dat voor aanvang van de dienstverlening vastgesteld wordt dat de cliënt geen klachten heeft die passen bij COVID-19 en dat de cliënt geen huisgenoot heeft met luchtwegklachten en koorts en/of benauwdheidsklachten. Ook de beroepsbeoefenaar zelf dient bij klachten thuis te blijven en kan niet werken indien een huisgenoot luchtwegklachten en koorts en/of benauwdheidsklachten heeft. Hiermee is het geconfronteerd worden met een symptomatische COVID-19-infectie uitgesloten. En met deze maatregelen zijn persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals gebruik van mondkapjes en handschoenen, niet noodzakelijk in het kader van de COVID-19-uitbraak.

Daarnaast geldt nog de overweging van overdracht door een zogenaamde presymptomatische COVID-19-infectie, iets dat volgens het OMT maar zeer beperkt bijdraagt aan de overdracht van het virus in de uitbraak in Nederland. Hoewel er geen breed gedragen wetenschappelijke consensus is dat het dragen van een niet-medisch mondkapjes bescherming biedt tegen het oplopen of doorgeven van een presymptomatische COVID-19-infectie, laat het OMT ruimte om – gezien enkele onderzoeken die enige werkzaamheid tonen bij juist gebruik – beroepsbeoefenaars ervoor te laten kiezen om een niet-medisch mondkapje te gebruiken. Dit kan dan worden gezien als het sluitstuk van (arbeids)hygiënische maatregelen om overdracht van COVID-19 te voorkómen in een situatie waarin de anderhalve meter afstand niet aangehouden kan worden.

⁹ Via het online bestelformulier op <https://medbis.nl/html/medbis/registration>.

Bij de inrichting van de werkprocessen dient met anderhalve meter afstand rekening gehouden te worden tussen de cliënten. Dit betekent ook dat de afspraken zo gepland dienen te worden dat er geen drukte ontstaat door de wachtende cliënten. Het OMT schat in dat het risico op belastbaarheid van de zorg als gevolg van het opheffen van het verbod op het uitoefenen van contactberoepen, beheersbaar is, mits de maatregelen zoals opgenomen in het afwegingskader opgevolgd worden.

Op basis van het OMT-advies heeft het kabinet besloten dat de uitoefening van alle contactberoepen vanaf 11 mei weer van start kan gaan op basis van het door hen opgestelde protocol, dat zij toetsen aan het afwegingskader van het OMT. Essentieel in het opstarten van de contactberoepen zijn strikte hygiënemaatregelen en goede triage. Niet-medische mondkapjes (en/of face shields) zijn niet noodzakelijk maar kunnen desgewenst worden toegepast. Beroepsgroepen met protocollen die nog wel uitgaan van het gebruik van medische mondkapjes die voor de zorg bedoeld is, dienen hun protocollen hierop aan te passen.

3.3. Gebruik mondkapjes in de openbare ruimte en het openbaar vervoer

Ook is het OMT om advies gevraagd over de rol van mondkapjes in de openbare ruimte, in het bijzonder in situaties waarin anderhalve meter afstand houden en triage moeilijk is. Het OMT geeft onder meer het volgende aan:

- Niet-medische mondneusmaskers beschermen de drager ervan in zeer beperkte mate tegen besmetting. Dit is sterk afhankelijk van de kwaliteit van de materialen, de mate waarin het masker aansluit op het gezicht en het draagcomfort.
- Niet-medische mondneusmaskers dragen mogelijk enigszins bij aan het beperken van verspreiding van COVID-19 door presymptomatische patiënten in openbare ruimten, waar voldoende afstand houden niet altijd mogelijk is en triage niet aan de orde.
- Plastic kappen (zogenaamde *face-shields*) zijn mogelijk een praktisch alternatief voor mondneusmaskers die de drager van de kap beschermen bij direct face-to-face-contact met mogelijke COVID-19-patiënten.
- Door de beperkte bescherming zijn mondneusmaskers niet geschikt als vervanging van *social distancing*, hygiënemaatregelen en (thuis)isolatie van patiënten met klachten.

Het OMT stelt dat het bij gebrek aan eenduidig bewijs van het effect van niet-medische adembescherming in geval er geen anderhalve meter afstand kan worden gehouden en geen triage mogelijk is, geen richtinggevend positief advies kan uitbrengen dat voldoende inhoudelijk onderbouwd is. Het OMT stelt daarom dat het gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en het niet mogelijk is om triage toe te passen.

Bij het stapsgewijs ruimte geven aan het openbare leven en de economie, zal het in de openbare ruimte en specifiek in het openbaar vervoer, weer drukker worden. In het openbaar vervoer kan de afstand van anderhalve meter niet overal worden gehandhaafd en kan er sprake zijn van veel contacten op een zeer korte afstand en mogelijk gedurende langere tijd. Ook is daar niet de mogelijkheid om triage op klachten toe te passen. De instroom van klanten kan hier niet gereguleerd worden.

Mede op basis van de inzichten vanuit het OMT en het RIVM heeft het kabinet besloten dat in het openbaar vervoer het dragen van een mondkapje per 1 juni verplicht wordt. Zowel reizigers als werknemers in het openbaar vervoer gaan mondneusbescherming dragen. Het gaat hier

nadrukkelijk niet om medische mondmaskers, die blijven voor de zorg. In het openbaar vervoer dienen dus niet-medische mondkapjes gebruikt te worden. In overleg met de werkgevers in het openbaar vervoer kunnen, naast mondneusbescherming, ook spatschermen worden ingezet.

Het Ministerie van Economische Zaken en Klimaat en VNO-NCW/MKB-Nederland zullen samen met de betrokken partijen (groothandels, retailers en inkopers) de productie, inkoop en de distributie van persoonlijke beschermingsmiddelen bespreken. Betrokken partijen kijken daarbij ook naar de mogelijkheden van publiek-private samenwerking, gezamenlijke inkoop en het verder benutten van mogelijkheden voor Nederlandse productie. Met de beschikbaarheid van niet-medische mondkapjes buiten de zorg wordt voorkomen dat medische mondkapjes die nodig zijn voor de zorg elders gebruikt worden. Er komt op korte termijn een instructie beschikbaar op www.rijksoverheid.nl/mondmaskers waarin beschreven wordt hoe de maskers zelf te maken zijn.

Ik heb gedragswetenschappers van het RIVM gevraagd welk effect het gebruik van mondkapjes heeft op de naleving van de voorgestelde maatregelen. Zij stellen in hun verkenning dat het effect op de naleving sterk afhankelijk zal zijn van de uitleg van de maatregel en de mate waarin het besluit over de inzet van mondkapjes in het verlengde ligt van maatregelen in omliggende landen. Ik stel vast dat ook de landen om ons heen, waaronder België, Duitsland en Frankrijk, het gebruik van niet-medische mondkapjes in het openbaar vervoer verplichten. Ook in deze landen geldt dat dit niet gaat om beschermingsmiddelen die voor de zorg bedoeld zijn. Daarmee is de maatregel zoals deze per 1 juni in Nederland zal gelden, in lijn met het beleid in die landen. Ik zal het advies van gedragswetenschappers om nauw gezet te monitoren wat het effect van de maatregel is, opvolgen. Deze monitoring richt zich op de vraag of de protocollen van de sectoren worden uitgevoerd, of het gebruikte mondkapje inderdaad niet eigenlijk bedoeld is voor de zorg en wat het effect is op de algemene maatregelen, in het bijzonder op het houden van anderhalve meter afstand. Indien de vraag naar medische mondkapjes met dit besluit toch onverhoopt ook vergroot, zal worden nagedacht over een terugvaloptie, zoals een verbod op medische mondkapjes buiten de zorg.

4. Ontwikkelingen ankerpunten

Zoals ik eerder in deze brief heb aangegeven grijpen we gedurende iedere stap in de bestrijding van de COVID-19 uitbraak terug op drie ankerpunten. We overwegen wat versoepeling betekent voor zicht op en het inzicht in de verspreiding van het virus, belastbaarheid van de zorg, en de bescherming van kwetsbare mensen. Het is dus cruciaal een zo goed mogelijk beeld van de stand van zaken van deze ankerpunten te hebben.

4.1. Zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus

In een eerder advies heeft het OMT gesteld dat versoepeling van maatregelen pas mogelijk is als er voldoende capaciteit is voor het testen van mensen met klachten en de daaropvolgende bron- en contactopsporing. Daarnaast moeten de effecten van de versoepelingen nauwgezet gemonitord worden om mogelijk opflakkeren van het virus snel te detecteren en de kop in te drukken. Doel van het kabinet in deze (controle)fase is om de circulatie van het virus op een bestendig laag peil te houden. Gelet op de moeilijk detecteerbare aard van het virus is een uitgebreid test- en surveillancesysteem daarom noodzakelijk.

a) Uitbreiding testbeleid

Vanaf begin april is het testen bij klachten op medewerkers in de zorg en patiënten uit risicogroepen gericht. Het Nederlandse testbeleid is inmiddels laagdrempelig: een kleine 10% van de uitgevoerde tests is positief, dat lag 4 weken geleden nog op 29%. De huidige daling van het aantal mensen met klachten dat getest wordt is conform de schattingen van het RIVM. Eerdere signalen over problemen bij het testen van zorgmedewerkers werkzaam buiten het ziekenhuis lijken niet meer aan de orde: zo blijkt uit een poll onder de leden van Actiz dat 95% geen problemen ervaart bij het testen van zorgmedewerkers.

Nu de maatregelen voor bepaalde sectoren in de samenleving worden versoepeld wordt ook het testbeleid uitgebreid. Per 30 april jl. is testen door de GGD bij jeugdtrainers mogelijk. Per 6 mei kan personeel in het primair onderwijs en de kinderopvang door de GGD getest worden. Voor kinderen geldt dat ze thuis moeten blijven bij klachten die passen bij coronavirus. In het geval van meerdere gevallen van verdenking op coronavirus meldt de school en/of kinderopvangorganisatie het bij de GGD als er 3 of meer kinderen in een groep zijn met klachten van neusverkoudheid en/of hoesten en/of koorts. De GGD stelt vervolgens onderzoek in en test indien nodig. Ook voor de contactberoepen die per 11 mei weer van start gaan wordt testen mogelijk.

Voor de continuïteit van de zorg is het belangrijk dat ook zorgverleners die thuis zorg en ondersteuning leveren getest kunnen worden, zoals mantelzorgers en vrijwilligers in de palliatieve zorg thuis en PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners. Deze groepen kunnen zich, op basis van een nieuwe richtlijn, laten testen per 18 mei. Ook Wmo-gefinancierde hulp (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, mensen werkzaam in de dagbesteding, begeleiding, of vrouwen- of maatschappelijk opvang) en de jeugdhulp kunnen worden getest. De RIVM LCI-richtlijn is hiertoe uitgebreid. Hiermee acht ik de Kamervragen 2020Z07555 van de leden Hijink en Marijnissen (SP) van 28 april jl. beantwoord. Hiermee geef ik ook invulling aan de toezegging van het lid Krol (50PLUS) om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om ook mantelzorgers te testen op het coronavirus. Ik ben ten slotte van plan om OV-medewerkers en medewerkers van politie, BOA's, en marechaussee per 18 mei te laten testen bij klachten. Het testbeleid voor deze sector wordt nog verder uitgewerkt.

Met al deze doelgroepen zal het aantal testen per dag ruim binnen de beschikbare capaciteit uitkomen. De ontwikkeling van het aantal testen per dag in april kwam goed overeen met de schattingen gebaseerd op modellering van het RIVM over de incidentie van luchtweginfecties. Dat geeft het vertrouwen dat we ons testbeleid kunnen baseren op deze schattingen, al blijven er onzekerheden. In het belang van snel bron- en contactonderzoek (zie onder) is voor alle doelgroepen het criterium losgelaten dat sprake moet zijn van 24 uur klachten. De LCI-richtlijnen worden hierop aangepast.

b) Iedereen met klachten testen

Bovenstaande is een opmaat naar uitbreiding van het testbeleid in juni tot alle volwassenen die klachten hebben. Volgens de schattingen van het RIVM leidt het testen van alle volwassenen met klachten tot een testvraag van ca 28.000 testen per dag in de maand juni, oplopend tot 31.000 in september.

De afgelopen weken is met man en macht voorgesorteerd op verruiming van het testbeleid door de testcapaciteit op te schalen. Ik kan u de volgende resultaten melden; Er zijn inmiddels meer dan 50 laboratoria gevalideerd voor Covid-19 diagnostiek. Deze testcapaciteit kan alleen

optimaal worden benut wanneer testmaterialen en monsterstromen flexibel worden verdeeld. Hiertoe zijn zeven regionale clusters van medische microbiologische laboratoria (MMLs) ingericht en 8 pandemie-labs aangesloten die met name de monsterstroom vanuit de GGD zullen opvangen. Een nieuw ICT-systeem voor laboratoria en GGD'en faciliteert en vereenvoudigt dit proces. Deze extra capaciteit kan naar verwachting in de loop van juni operationeel zijn, mits alle stappen goed verlopen. Ik verwacht hiermee te kunnen voldoen aan het testen van iedereen met klachten in juni. Het streven is 1 juni, al zijn er nog veel afhankelijkheden. Dit is een flinke ambitie en ik hou de komende weken dan ook goed de vinger aan de pols om te kijken of de voorbereidingen goed lopen. Hiermee acht ik mijn toezegging uit het debat van 22 april jl. aan het lid Jetten (D66) over de inschatting van de benodigde testcapaciteit bij uitbreiding van het testbeleid afgedaan.

Het is een reëel scenario dat het aantal COVID-achtige klachten in het najaar toeneemt, omdat mensen in het najaar over het algemeen meer luchtwegklachten hebben. Om voorbereid te zijn op de stijging van de vraag naar testen in het najaar verken ik verdere terugvalopties om de capaciteit verder te verruimen. Daaronder vallen ook innovatieve methoden zoals gepoold testen, het gebruik van nieuwere moleculaire testprotocollen en andere innovaties zoals de mogelijkheid om het virus te meten in adem. Met een forse uitbreiding van het testbeleid gaat ook een substantieel financieel beslag gepaard.

c) Bron- en contactonderzoek

Opsporing van de verspreiding van het virus is van groot belang om de circulatie ervan zo laag mogelijk te houden. In de nieuwe fase zal het testen daarom gecombineerd moeten worden met intensief bron- en contactonderzoek. Daarmee spoor je besmette personen en de herkomst van de besmetting zo snel mogelijk op zodat voorkomen wordt dat anderen worden besmet. Bron en contactonderzoek is een belangrijke taak van de GGD. Vanaf 12 maart is de richtlijn voor bron- en contactonderzoek gewijzigd omdat het virus inmiddels zo breed verspreid was. Het brononderzoek werd vanaf dat moment losgelaten, maar het contactonderzoek liep door. Het onderzoek is in die periode vooral gericht geweest op kwetsbare mensen. Inmiddels voeren alle GGD'en contactonderzoek uit in flink opgeschaalde vorm en bereiden ze zich voor op verdere opschaling. Het OMT heeft in zijn laatste advies het nieuwe protocol bron- en contactopsporing gepubliceerd en geaccordeerd. Met dit protocol wordt een actiever bron- en contactonderzoek voorgeschreven. Bovendien wordt geadviseerd dat huisgenoten van bevestigde patiënten 14 dagen in strikte thuisquarantaine gaan. Vandaag is het nieuwe protocol gepubliceerd. De GGD'en hebben zich hierop voorbereid en zijn klaar voor verdere opschaling.

Bij bovenstaande kunnen digitale toepassingen behulpzaam zijn. Daarbij gaat het om digitale ondersteuning van bron- en contactonderzoek en ook van bijvoorbeeld vroegtijdige detectie of medische begeleiding op afstand. Met bovenstaande geef ik invulling aan de motie van het lid Pieter Heerma c.s. waarin de regering wordt verzocht om een uitgebreid en effectief bron- en contactonderzoek beleid voor te bereiden, en de kamer hierover zo snel als mogelijk te informeren.¹⁰ Met bovenstaande acht ik ook de Kamervragen van het lid Asscher (PvdA) over een alternatief voor een corona-app beantwoord.¹¹

¹⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 282

¹¹ 2020Z07145

d) Digitale ondersteuning

Om de epidemiologische behoeften en eisen aan digitale ondersteuning in kaart te brengen heb ik de GGD verzocht een *Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19*¹² in te richten. De Taskforce heeft inmiddels een programma van eisen opgesteld voor ondersteuning van contactonderzoek door de GGD. Een tweede programma van eisen is in ontwikkeling, namelijk voor thuisrapportage in het kader van «*early warning*». Ik houd er rekening mee dat er nog meer verzoeken om digitale ondersteuning zullen komen van de Taskforce. Hiertoe richt ik binnen mijn ministerie een *programma Realisatie digitale ondersteuning* in. Dit programma zal worden ondersteund door diverse overheidsonderdelen met veel ervaring met het ontwikkelen, beproeven en beheren van digitale toepassingen – bijvoorbeeld de DigiD-app – en door deskundigen van buiten de overheid. Ik zal mij ook laten adviseren door een begeleidingscommissie en een gedragswetenschappelijke taskforce die is samengesteld door het RIVM. Ook betrek ik vele experts, vanuit bijvoorbeeld de AP en het NCSC, bij het traject. Als eerste zal in het programma gewerkt worden aan een «*proof of concept*» voor digitale ondersteuning van contactonderzoek op basis van het opgestelde programma van eisen. Dit zal leiden tot een open source app op basis van het afgelopen week door Apple en Google gepubliceerde «*framework*». Ik verwacht u in de tweede helft van mei te kunnen informeren over de eerste resultaten.

Voor de digitale ondersteuning van «thuis rapporteren» zijn in de marktconsultatie drie categorieën naar voren gekomen. Deze geef ik elk een andere opvolging:

- *Ondersteuning van de GGD en het RIVM in het kader van vroegtijdige detectie*
De Taskforce digitale ondersteuning bestrijding COVID-19 bereidt hiertoe, zoals hierboven gemeld, een programma van eisen voor. Op basis daarvan zal ik besluiten over de realisatie en opvolging. Ik verwacht u hierover in de tweede helft van mei te kunnen informeren.
- *Vroegtijdige diagnostiek en opvolging van klachten in de eerste en tweede lijn*
Uit de marktconsultatie blijkt dat er al veel verschillende oplossingen in de zorg in gebruik zijn. Ik adviseer instellingen voor medisch specialistische zorg en huisartsen die nog geen begeleiding aanbieden, dit wel te realiseren. Zij kunnen bijvoorbeeld te rade gaan bij hun koepelorganisatie of bij collega's die al wel begeleiding op afstand bieden.
- *Algemene toepassingen voor mensen zelf zoals Thuisarts.nl*
Hierbij adviseer ik het gebruik van toepassingen die gebaseerd zijn op de RIVM-richtlijnen. U kunt daarbij bijvoorbeeld denken aan thuisarts.nl en aan apps die beschikbaar zijn gesteld in de GGD Appstore (www.ggdappstore.nl).

e) Intensiveren surveillance

Doel van surveillance is inzicht te verkrijgen in de ontwikkeling en verspreiding van het virus en daarmee ook input voor de vraag of we onze maatregelen moeten bijstellen. Daarvoor zet ik verschillende instrumenten in die dit inzicht geven en waarmee we vragen kunnen beantwoorden als: hoe verspreidt het virus zich, loopt het aantal besmettingen op, hoe ontwikkelt de R0 zich, zijn er verschillen tussen regio's?

De basis van de surveillance is de meldplicht bij een A-ziekte. Ik vul dit aan met andere vormen van monitoring, zoals de NIVEL peilstations, die op

¹² In de Taskforce hebben het RIVM, de GGD, virologen en epidemiologen zitting

basis van het advies van het OMT uitgebreid zal worden, syndroomsurveillance, de sterfte monitoring, de monitoring van bezetting IC capaciteit, de virologische dagstaten en de infectieradar.

Ook werk ik aan beter inzicht in het aantal en type besmettingen bij instellingen, het incorporeren van de gegevens die door huisartsen verzameld worden, het onderzoek naar aanwezigheid van COVID-19 in rioolwater, het uitbreiden van peilstations en het toevoegen van serologische surveillance. Ook deze gegevens zijn belangrijk voor aanscherping van het beeld. Al deze gegevens komen beschikbaar voor het RIVM en daarmee voor het totaalbeeld. Het verloop van de verspreiding van het virus is namelijk een belangrijk meetlat waarop we beoordelen of we maatregelen kunnen versoepelen of moeten overgaan tot strengere maatregelen.

Omdat de beschikbare indicatoren met vertraging informatie geven adviseert het OMT anonieme data van telecomproviders beschikbaar te maken. Ik heb daarvoor, na overleg met de autoriteit persoonsgegevens, de telecomproviders gevraagd hun data ten behoeve van de wetenschappelijke behoefte van het RIVM aan het RIVM ter beschikking te stellen.

f) Serologische testen

Het OMT adviseert sterk in te zetten op serologische surveillance. De taskforce serologie heeft advies gegeven over de strategie rond serologisch testen met de kennis van nu. Dit advies behelst inzet op drie componenten: 1) populatie-brede representatieve studies; 2) specifieke populatiestudies (bijvoorbeeld bij zorgwerkers); en 3) inzet voor individuele patiëntendiagnostiek.

Momenteel is het nog onbekend hoe het zit met het verband tussen het hebben van antistoffen na besmetting en de mate en duur van (volledige) bescherming tegen her-infectie. De taskforce serologie adviseert daarom vooralsnog om serologische testen niet toe te passen voor het veilig verklaren van individuen. De taskforce serologie adviseert om in te zetten op vervolgonderzoeken naar de relatie tussen antistoffen en immuniteit. Dit zijn langdurige studies met meerdere meetmomenten. Er wordt internationaal samengewerkt om zo snel mogelijk een goed beeld te krijgen van de rol van de antistoffen.

Vrijdag 1 mei jl. zijn testmaterialen Nederland binnengekomen voor ongeveer een miljoen serologische testen. Op advies van het RIVM heb ik mij gericht op een bepaalde serologische test, een zogenaamde ELISA test. Deze hoeveelheid testen is toereikend om per direct in te zetten voor aanvullende diagnostiek bij zieke patiënten als dat nodig is; voor de bevolkingsonderzoeken die nu al lopen; en om gericht onderzoek uit te voeren op het dichten van lacunes in kennis zoals hierboven beschreven. Ik neem het advies van de taskforce over inzet op de verschillende componenten over. De taskforce geeft hier verdere invulling aan.

Ondanks dat zowel het RIVM als de IGJ adviseren en waarschuwen voor het gebruik van de serologische sneltesten, zijn er signalen dat deze testen worden verkocht en toegepast. Ik wil benadrukken dat de verkoop van dergelijke corona-sneltesten aan consumenten voor thuisgebruik niet is toegestaan. Vooral omdat de uitslag bij individuele personen kan zorgen voor schijnveiligheid wat gevaarlijk kan zijn zowel voor de persoon in kwestie als de samenleving. De inspectie houdt actief toezicht naar aanbieders van testen en handhaaft indien daar aanleiding toe is. De inspectie werkt daarbij samen met de FIOD en het Openbaar Ministerie. De inspectie vult haar rol als markttoezichthouder deels in door in de

gaten te houden welke testen (verplicht) worden aangemeld bij het CIBG/Farmatec en deels onderzoekt de inspectie systematisch of aanbieders van testen op de Europese markt zich houden aan de geldende wetgeving. De inspectie identificeert daarnaast door meldingen van derden en door proactieve web-searches potentieel malafide testen en aanbieders. Deze informatie wordt onderling gedeeld tussen de inspectie en collega toezichthouders van andere lidstaten van de Europese Unie. Op deze manier heeft de inspectie een actueel en integraal beeld van de testen op de Europese markt. Met bovenstaande acht ik Kamervragen (2020Z07032) van de leden Marijnissen en Hijink (SP) van 20 april 2020 beantwoord.

g) Geen eigen risico voor coronatest

Tijdens het Kamerdebat van 8 april jl. over de ontwikkelingen rondom het coronavirus, heb ik naar aanleiding van een vraag van het lid Van Kooten-Arissen (vKA) toegezegd dat ik met verzekeraars in gesprek zou gaan over de informatievoorziening op hun websites over het betalen van eigen risico voor een coronatest (Handelingen II 2019/20, nr. 67, Debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus). Naar aanleiding van gesprekken met huisartsen, GGD en verzekeraars kan ik u melden dat de kosten van de diagnostiek bij deze patiëntgroepen vergoed worden uit het Openbare Gezondheidszorgbudget, ook als de huisarts de test afneemt. De kosten komen niet ten laste van de zorgverzekering van de patiënt en hij betaalt dus ook geen eigen risico. Ik heb met verzekeraars gesproken over deze financieringsroute en hen verzocht om de informatie op hun websites daarop aan te passen.

4.2. Bescherming en zorg kwetsbare mensen

a) Verpleeghuiszorg

De bezoeksregeling verpleeghuizen was ingegeven door de noodzaak om bewoners en zorgverleners te beschermen tegen COVID-19 en om verdere verspreiding van het virus te voorkomen. Het gegeven dat er nagenoeg geen nieuwe locaties met een besmetting bijkomen, laat zien dat de bezoeksregeling in combinatie met andere maatregelen effectief is. Tegelijkertijd is de persoonlijke en sociale impact groot. Voor mensen in de laatste fase van hun leven en voor hun naasten is onderling contact van essentieel belang. Er zijn al veel initiatieven opgezet om contact mogelijk maken en het belangrijk dat deze initiatieven doorgaan.

Nu het ernaar uit ziet dat de COVID-crisis langere tijd gaat duren en de situatie beter onder controle lijkt door de afname van het aantal nieuwe meldingen en verdenkingen, wil het kabinet bewoners en hun naasten perspectief bieden op een gefaseerde en gecontroleerde versoepeling van de bezoeksregeling. Het kabinet heeft mede op basis van de expertise van de veldpartijen een voorstel voor de bezoeksregeling ingediend bij het OMT. Dat is tot stand gekomen in overleg met de sector en met actieve inbreng van een brede klankbordgroep bestaande uit bestuurders, zorgprofessionals, wetenschappers, ethici en vertegenwoordigers van bewoners en naasten. Het is ook besproken met de ANBO, KBO-PCOB en Mantelzorg Nederland. Het kabinet heeft het OMT om advies over de randvoorwaarden gevraagd. Het OMT heeft vastgesteld dat, hoewel versoepeling van de bezoeksregeling onvermijdelijk risico's met zich meebrengt, het voorstel voorziet in een weloverwogen aanpak, waarbij deze risico's door middel van een gefaseerde en gecontroleerde aanpak worden geminimaliseerd.

Het kabinet heeft daarop besloten in iedere GGD-regio een locatie te laten «vooruit leren» met een versoepelde bezoekenregeling. De beoogde startdatum is 11 mei. De verantwoordelijke directeur Publieke Gezondheid van een regio zal deze week een zorgorganisatie benaderen met een verzoek tot deelname. De betreffende locatie maakt een inhoudelijk plan voor de invulling van de landelijk geldende randvoorwaarden.

De eerste randvoorwaarde waaraan de betreffende zorgorganisatie moet voldoen is dat de organisatie vrij is van besmettingen. Daarnaast zien de randvoorwaarden voor de organisatie onder andere op:

- Monitoring met betrekking tot besmetting met COVID-19;
- Naleving van de gestelde regels en goed zicht op welbevinden;
- Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen;
- Strikte naleving (hygiëne-) richtlijnen van het RIVM;
- Voldoende testcapaciteit;
- Voldoende personeelsbezetting.

De randvoorwaarden voor bezoekers betreffen:

- Afspraken over frequentie en duur van het bezoek;
- Het bezoek bestaat uit één vaste bezoeker per bewoner;
- Persoonlijke hygiënemaatregelen;
- De spreiding van bezoek over de dag en over de week;
- Bezoek vindt plaats op 1,5 meter afstand, ook van zorgverleners en andere bewoners en er wordt enig toezicht op het bezoek gehouden;
- Uiteraard dient de bezoeker vrij te zijn van klachten die kunnen duiden op COVID-19 of andere klachten.

ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, Verenso, V&VN en NIP zullen een handreiking opstellen over de praktische invulling van de bezoekenregeling op lokaal niveau. Verenso heeft een notitie opgesteld voor het medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen.

In de week voorafgaand aan 25 mei wordt besloten over de tweede fase, waarin wordt opgeschaald naar meer locaties. Vervolgens gaat deze in per 25 mei. Ook deze organisaties moeten voldoen aan de gestelde randvoorwaarden voor organisatie van de bezoekenregeling.

Het uiteindelijke perspectief is dat de huidige bezoekenregeling voor geheel Nederland versoepeld wordt.

Voor deelname aan het «vooruit leren» is het daarnaast van belang dat de cliëntenraad, ondernemingsraad, verpleegkundig adviesraad/ professionele adviesraad, het management en de specialist ouderengeneeskunde van de betreffende locatie hebben ingestemd. De directeur Publieke Gezondheid van de desbetreffende GGD-regio selecteert welke zorginstelling mag beginnen met het opdoen van ervaring met de aangepaste bezoekenregeling.

Gelet op het afvlakkend aantal COVID-19 besmettingen en een afvlakkend aantal locaties dat voor het eerst een COVID-19-besmetting meldt, acht ik een voorzichtige stap verantwoord en vanuit het perspectief van bewoners en hun naasten wenselijk. Om tot een gecontroleerde versoepeling van de bezoekenregeling te komen is draagvlak nodig en ik ben de partijen erkentelijk dat het is gelukt om met een invulling te komen die perspectief biedt aan bewoners en hun naasten. In mijn brief aan de veiligheidsregio's van 24 april jl.¹³ betreffende de verlenging van de maatregelen COVID-19 zijn bepalingen voor verpleeghuizen en andere kleinschalige woonvormen in de ouderzorg opgenomen. Daarbij is aangegeven dat er een uitzondering mogelijk is voor pilotlocaties.

¹³ Kenmerk 1679465–204590-PG

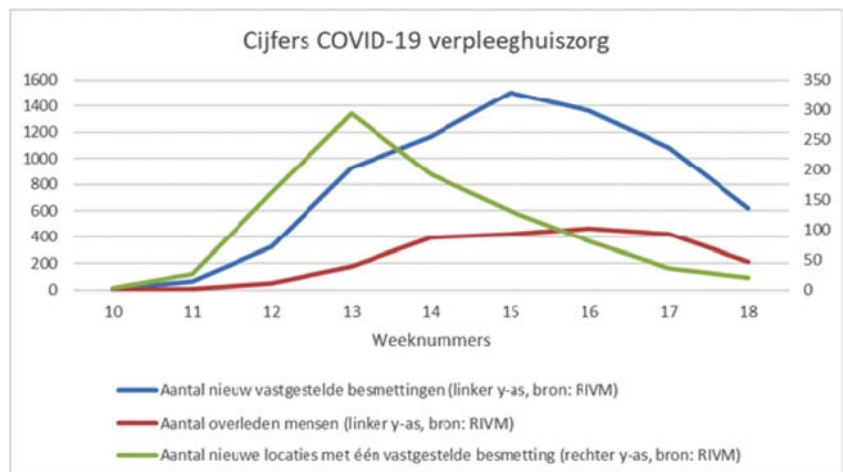
Met bovenstaande acht ik ook Kamervragen van het lid Kerstens (PvdA) van 29 april jl.¹⁴ beantwoord. Ook mijn toezegging aan het lid Van der Staaij (SGP) over de mogelijkheden voor een bezoeksregeling in verpleeghuizen en hier pilots voor op te zetten doe ik hiermee gestand.

i. Zicht op en inzicht in ontwikkelingen verpleeghuizen

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

- Het RIVM (peildatum 4 mei) schat dat tot nu toe bij ongeveer bijna 7.100 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ongeveer 2.150 mensen als overleden zijn gemeld.¹⁵ Het totaal aantal verdenkingen van een COVID-19-besmetting bedraagt ruim 4.200.¹⁶
- Op 1 januari jl. woonden circa 120.000 zeer kwetsbare mensen in een verpleeghuis. Dit betekent dat bij ongeveer 6% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en ongeveer 2% van de bewoners is overleden. Ongeveer de helft van de mensen die besmet zijn geraakt, zijn ondertussen hersteld.
- Het aantal locaties waar sprake is (geweest) van een bevestigde besmetting van 1 of meer personen is 948.¹⁷ Dit is ongeveer 40% van het totaal aantal verpleeghuislocaties in Nederland.

Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen of verdenkingen hiervan neemt per week af. Dit geldt ook voor het aantal mensen dat is overleden en het aantal meldingen van «nieuwe verpleeghuislocaties» met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting. In onderstaand figuur is deze ontwikkeling weergegeven.



Figuur 3 Cijfers COVID-19 verpleeghuiszorg

¹⁴ 2020Z07651

¹⁵ Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met bevestigde COVID-19.

¹⁶ Dit cijfer komt uit registraties uit de EPD's. Omdat dit een vrijwillige registratie is, is deze registratie niet compleet. Ook hier geldt dat er sprake is van onder registratie.

¹⁷ In de melding van bevestigde COVID-19 besmetting ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

ii. Vervolgaanpak verpleeghuizen

In de uitbraakfase was de doelstelling om zo snel mogelijk het aantal nieuwe besmettingen omlaag te brengen en om te zorgen dat we kwetsbare mensen zo goed mogelijk beschermen.

Nu algemene maatregelen langzaam versoepeld worden, gaat het erom dat we de verpleeghuisbewoners zo goed mogelijk blijven beschermen. Daarvoor gaan we het volgende doen:

1. Bijeenbrengen van de kennis die de zorgaanbieders nodig hebben om het virus buiten de deur te houden. Deze kennis wordt opgebouwd uit onderzoek op crisisdagboeken van verpleeghuizen, algemene kennis over hygiëne en infectiepreventie, internationale voorbeelden, voorbeelden uit «Waardigheid en Trots op locatie», de richtlijnen van o.a. het RIVM en Verenso. Deze kennis bij elkaar vormt een leidraad/checklist voor de verpleeghuizen.
2. We verspreiden de kennis en bieden ondersteuning. Als een zorgaanbieder hulp nodig heeft, bieden we «hands on» ondersteuning via de GGD-en en «Waardigheid en Trots op locatie».
3. We monitoren de ontwikkeling van het virus via (1) de RIVM-gegevens, (2) de GGD-en en (3) gebruik van de kennis en ondersteuningsaanbod. Dit wordt o.a. zichtbaar via informatievoorziening op de site van de RIVM, de monitor van de GGD-en en rapportages over het gebruik van de kennis en de ondersteuning en de resultaten daarvan.

b) Gehandicaptenzorg/bezoekregeling

De gehandicaptenzorg kent sinds 23 maart een bezoekregeling die uitgaat van «nee, tenzij». Het «tenzij» werd door zorgaanbieders tot nu toe restrictief ingevuld en beperkt gebruikt. Dit is verdedigbaar vanuit het risico op besmetting en verspreiding. Tegelijkertijd is het ingrijpend voor naasten en bewoners, voor wie naast een algemeen gevoel van gemis en eenzaamheid ook gevolgen kunnen optreden voor hun fysieke of emotionele gezondheid. Gelet op de nieuwe fase die we als samenleving ingaan, adviseert de VGN haar leden om voorzichtig toe te werken naar stapsgewijze versoepeling van de bezoekregeling. Als eerste stap heeft de VGN vanaf 29 april een nieuw, landelijk afwegingskader gepubliceerd dat meer ruimte laat om het «tenzij» in te vullen.

Zo kan meer rekening worden gehouden met bijvoorbeeld de leeftijd, zodat verruiming van het bezoek voor kinderen onder 12 mogelijk wordt. Ook de duiding van een locatie of woning met een laag risico hoort daarbij. Daarnaast ontstaat er ook meer energie en ruimte om te werken aan alternatieve invullingen van bezoek, zoals beeldbellen, maar ook een aparte ruimte voor bezoek (bezoekershuisjes) of het ontvangen van bezoek buitenshuis. Als volgende stap wordt binnen de gehandicaptenzorg gekeken naar meer maatwerk per locatie, om zo van een «nee, tenzij» naar een «ja, mits» te komen. In een volgende brief informeren we u hierover nader.

i. Zicht op en inzicht in ontwikkelingen gehandicaptenzorg

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

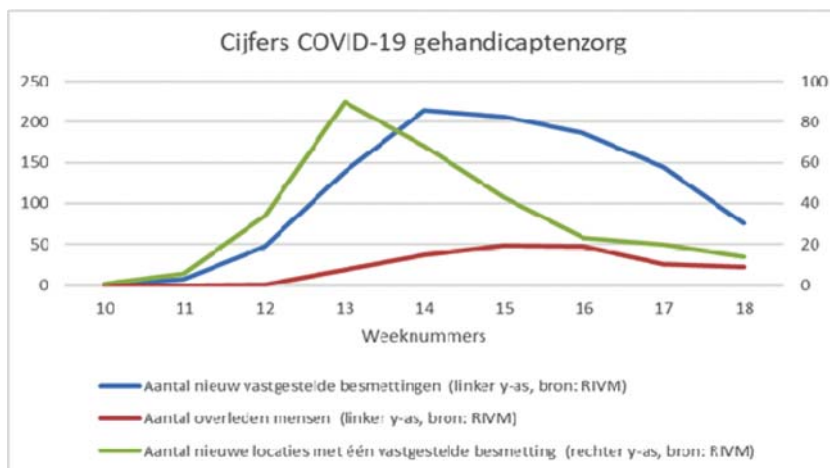
- Het RIVM (peildatum 4 mei) schat in dat tot nu toe bij ruim 1.000 bewoners van gehandicaptenzorginstellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, waarvan zo'n 200 mensen zijn

overleden.¹⁸ Het totaal aantal verdenkingen van een COVID-19-besmetting is ruim 1.000.¹⁹

- Het aantal gehandicaptenzorglocaties waar sprake is van ten minste één bevestigde COVID-19 besmetting is zo'n 300.²⁰ Dit is ongeveer 12% van het totaal aantal locaties.

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

In onderstaand figuur is deze ontwikkeling weergegeven.



Figuur 4 Cijfers COVID-19 gehandicaptenzorg

c) Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

De impact van de huidige crisis op onze mentale gezondheid is een blijvend aandachtspunt. Mede namens de Staatssecretaris van VWS wil ik de zorgprofessionals in de ggz complimenteren met het werk dat zij momenteel verzetten. Ook zij blijven zoeken naar de beste manier om mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, zo goed mogelijk te helpen.

In dat kader is het van belang dat de richtlijn «ggz en corona», die door de veldpartijen is opgesteld en is onderschreven door het RIVM, onlangs opnieuw is geactualiseerd. Op <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/ggz-en-corona-richtlijn/richtlijn> is sinds 1 mei een nieuwe versie van de richtlijn beschikbaar. In deze versie worden nieuwe stappen gezet voor het verder opschalen en opstarten van de geestelijke gezondheidszorg. Dat betekent onder meer dat voorwaarden worden geschetst voor het opstarten van algemene groepsbehandelingen. Dit in aanvulling op de

¹⁸ Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met bevestigde COVID-19

¹⁹ Dit cijfer komt uit registraties van een onlinedatabase. Omdat dit een vrijwillige registratie is, is deze registratie niet compleet. Ook hier geldt dat er sprake is van onderregistratie.

²⁰ In de melding van bevestigde COVID-19 besmettingen ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om een bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

voorwaarden voor groepsbehandelingen voor kwetsbare groepen binnen de ggz. Verder adviseert de richtlijn ambulant werkende teams om laagdrempelig weer te starten met huisbezoeken en face-to-face contact. De richtlijn beschrijft de voorwaarden waaronder dit veilig kan plaatsvinden. Het is namelijk niet altijd mogelijk of wenselijk om de zorg voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen digitaal of op afstand te leveren. Een volgende actualisatie van de richtlijn staat gepland voor 19 mei.

De structurele afstemming met de relevante veldpartijen in de ggz, zoals met uw Kamer gedeeld bij brief van 20 maart jl.²¹ zetten wij op gepaste wijze voort. De ervaring leert dat we in de huidige opzet snel kunnen acteren op signalen van veldpartijen. Ook de NZa en de IGJ zijn hierop aangesloten. De IGJ houdt, specifiek in verband met corona, structureel de vinger aan de pols bij zowel grote als kleine aanbieders in de ggz.

Een van de initiatieven die de Staatssecretaris van VWS hier wil benoemen is de inzet van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). De NVvP wil zo snel mogelijk kennis en inzicht verwerven om de zorg voor COVID-19 patiënten met psychiatrische problematiek te optimaliseren. Daartoe is zij bezig met de oprichting van een casusregister voor patiënten met psychiatrische problemen en een besmetting met COVID-19. Het optimaliseren van de geestelijke gezondheidszorg voor mensen met COVID-19 juicht de Staatssecretaris van harte toe.

d) Mensen met een beperking of chronische ziekte (thuis)

De uitbraak van COVID-19 en de maatregelen die naar aanleiding daarvan zijn genomen, zijn ingrijpend voor de thuis verblijvende mensen met een beperking of chronische ziekte, alsook voor hun naasten, mantelzorgers, zorgverleners en ondersteuners. Ook zij zullen de gevolgen hiervan ervaren en daarmee moeten kunnen omgaan. Dat kunnen wij niet voor hen wegnemen. Wat wij wel kunnen doen, is hen waar nodig en mogelijk ondersteunen in deze fase. Om, in lijn met het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, onevenredige schade, uitsluiting en achterstand van mensen met een beperking of chronische ziekte vanwege COVID-19 te kunnen voorkomen en op te heffen.

Met het oog hierop vindt sinds de uitbraak periodiek overleg met de vertegenwoordigende organisaties (Ieder(in), Per Saldo, LSR, LFB en KansPlus en MIND) plaats waarin de ervaren problematiek wordt besproken, verhelderd en van oplossingsrichtingen wordt voorzien. Parallel aan het afspreken en uitvoeren van acties wordt samen met deze organisaties gewerkt aan een (meer integrale) actieagenda voor deze doelgroep voor de korte en langere termijn. Deze agenda houdt rekening met de diversiteit van deze doelgroep en beweegt mee met de inzichten en ontwikkelingen in deze en volgende fasen van de coronacrisis. In de volgende brief aan de Kamer voor het debat over corona zal ik deze actieagenda nader toelichten.

e) Jeugd en gezin

Het vraagt veerkracht van gezinnen om met de coronamaatregelen om te gaan. Op de website van het Nederlands Jeugdinstituut zijn voor gezinnen veel praktische tips te vinden.²² Als spanningen in gezinnen hoog oplopen – ook tussen de ouders onderling – dan is het advies om tijdig contact op

²¹ Kamerstukken 25 424 en 25 295, nr. 526.

²² <https://www.nji.nl/nl/coronavirus/Ouders/Dagelijks-leven/Wat-als-spanningen-thuis-oplopen-door-coronavirus-ouders>

te nemen met de reguliere instanties voor opvoed- en relatieondersteuning, zoals de lokale gemeentelijke teams. Dit in antwoord op de vraag van het lid van der Staaij (SGP) over de inzet van relatie- en gezinstherapeuten.

Het besluit om het basisonderwijs en het buiten sporten op te starten voor kinderen en jongeren, geeft «lucht» aan gezinnen. Vanaf 11 mei mogen kinderen en jongeren tot en met 18 jaar ook weer naar de reguliere bijeenkomsten van scouting-, cultuur-, kunst- en andere jeugdverenigingen. Daarnaast gaan ook de openbare bibliotheken weer open voor jong en oud. Het heropenen van de bibliotheken is belangrijk voor de leesbevordering en leesplezier. Dit alles natuurlijk met in achtneming van de RIVM-richtlijnen.

Voor jongeren zijn de maatregelen soms wel ingewikkeld. Het is logisch dat zij veel vragen hebben: waarom mogen kinderen tot en met 12 wel zonder 1,5 meter afstand sporten en jongeren (13–18 jaar) niet? Waarom mag je niet zomaar met een groep vrienden chillen op het strand? Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) zoekt samen met deskundigen naar antwoorden op deze en andere vragen.²³ Sociale en fysieke contacten zijn essentieel voor de ontwikkeling en mentale gezondheid van kinderen en jongeren. Het NJI zal op haar website en via haar sociale media kanalen extra aandacht besteden aan jongeren in aansluiting op de campagne *somber of gespannen door het coronavirus?* van de rijksoverheid.

Er is ook een groep kinderen en jongeren voor wie een vorm van dagbesteding nodig is om te kunnen leren en ontwikkelen. Het brengt structuur, regelmaat en afleiding in hun dagelijks bestaan en ontlast de ouders en andere verzorgers of gezinsleden. Om dagbesteding, -opvang en dagbehandeling verantwoord te laten verlopen hebben VWS en NJi met de meest betrokken organisaties een handreiking opgesteld. Uitgangspunt is dat voor kinderen en jongeren die geen verkoudheidsklachten hebben zoals neusverkoudheid, loopneus, hoesten, keelpijn, koorts en/of benauwdheid de dagopvang, dagbesteding en dagbehandeling kan doorgaan.²⁴

Oplopende spanningen in gezinnen als gevolg van de coronamaatregelen kunnen het risico op fysiek, psychisch of seksueel geweld vergroten. Om mensen hiervan bewust te laten zijn, hierover met elkaar te praten en advies te vragen is op 25 april jl. een nieuwe campagne tegen huiselijk geweld en kindermishandeling gestart. Onder het bekende motto «*Het houdt niet op, totdat je iets doet*» helpt deze campagne slachtoffers en omstanders in actie te komen bij huiselijk geweld. Op de website [lkdoeietstegenhuiselijkgeweld.nl](https://www.nji.nl/coronavirus) kunnen mensen concrete tips en adviezen vinden over wat zij kunnen doen bij kindermishandeling, partnermishandeling en ouderenmishandeling. Mensen kunnen, net als anders, 24/7 (anoniem) bellen met Veilig Thuis via 0800-2000. De campagne is gericht op zowel slachtoffers als omstanders. Met het codewoord «masker 19» kunnen slachtoffers van huiselijk geweld daarnaast sinds 1 mei jl. bij de apotheek een melding doen van huiselijk geweld. Als een slachtoffer de woorden «masker 19» uitsprekt, weet de apotheker dat de klant een melding wil doen van huiselijk geweld. Daarop wordt Veilig Thuis gewaarschuwd. Het codewoord biedt zo uitkomst voor slachtoffers die in deze tijd niet naar een veilige plek kunnen om huiselijk geweld telefonisch te melden. Veilig Thuis organisaties maken zich ook zorgen over slachtoffers van huiselijk of seksueel geweld die niet zelf in staat zijn om te

²³ www.nji.nl/coronavirus

²⁴ <https://www.nji.nl/nl/coronavirus/Professionals/Handreiking-dagopvang-dagbesteding-en-dagbehandeling>

bellen. Er is daarom op verschillende locaties in het land gestart met het verbeteren van de online bereikbaarheid door een chatfunctie in te voeren. Er wordt alles aan gedaan om ook landelijk de chatfunctie komende weken gereed te hebben.

4.3. Opstarten reguliere zorg

a) NZa-traject opschalen planbare reguliere zorg

De afgelopen periode heeft terecht bij de zorg de nadruk gelegen op het behandelen van COVID-19 patiënten. Nu we zien dat het aantal COVID-19 patiënten minder toeneemt, is er weer ruimte om ook andere planbare reguliere zorg op te starten. Dit is essentieel, omdat het langer uitstellen van planbare urgente zorg tot gezondheidsschade kan leiden. Vandaar dat het Ministerie van VWS enkele weken geleden de NZa gevraagd heeft om regie te voeren op de opschaling van de planbare reguliere zorg voor mensen zonder COVID-19. De focus ligt in eerste instantie op de meest urgente planbare ziekenhuiszorg. De aanpak van de NZa bestaat uit verschillende onderdelen.

Ten eerste geeft de NZa inzicht in het aantal verwijzingen vanuit de huisarts naar het ziekenhuis en in het productieniveau (aantal patiënten, aantal polikliniekbezoeken en aantal operaties) per specialisme. Er zijn geen nieuwe data over het productieniveau in de ziekenhuizen ten opzichte van het vorige NZa rapport. Productiedata van de ziekenhuizen voor de maand april worden op 13 mei verwacht. In de daaropvolgende kamerbrief zal ik u hierover informeren.

Hieronder volgt een samenvatting van de meest recente nieuwe resultaten op het gebied van verwijzingen door de huisartsen. Voor de volledige resultaten verwijs ik u naar het rapport van de NZa²⁵:

- Het aantal spoedverwijzingen door de huisarts is bijna terug op het niveau van voorgaande jaren. Alleen voor kindergeneeskunde zien we dat de spoedverwijzingen nog achterblijven. Voor longziekten zijn de spoedverwijzingen sinds het begin van de coronacrisis juist gestegen. Ook het aantal verwijzingen met een verkorte toegangstijd (geen spoedzorg maar wel zorg die redelijk snel geleverd moet worden) laat veel herstel zien.
- Vanaf begin april neemt ook het totale aantal verwijzingen door de huisarts naar een medisch specialist weer toe. Dat ligt in de lijn van de verwachting, nu ziekenhuizen aangeven dat ze weer meer capaciteit beschikbaar hebben voor non-COVID-19 patiënten. De cijfers geven aan dat in de week nadat het kabinet oproep om evenementen af te gelasten en zoveel mogelijk thuis te werken, het aantal verwijzingen sterk terugvalt: van ruim 100.000 tot 39.000 in week 12 tot 26.000 in week 13 en 28.000 in week 14. Inmiddels is er sprake van een voorzichtig herstel van het verwijzingsvolume. In week 17 hebben 53.000 verwijzingen plaatsgevonden. Dit is een verdubbeling ten opzichte van het minimum in week 13.

Ten tweede heeft de NZa in samenwerking met het Zorginstituut en medisch professionals een concrete landelijke urgentielijst voor de ziekenhuiszorg opgesteld om de urgentie van zorgvragen te bepalen. Aan deze lijst is in de Kamerbrief van 21 april jl. ook aandacht besteed. In deze brief is ook aangegeven dat voor de concrete opschaling de regio in principe leidend is. Het ROAZ vervult hierbij een belangrijke rol als de organisatorische eenheid waar de opschaling van ziekenhuiszorg besproken en gevolgd kan worden.

²⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_307166_22/1/

Daarnaast is het belangrijk dat in de andere sectoren de reguliere zorg zo veel mogelijk weer wordt opgepakt. Hiervoor is de NZa de afgelopen week zeer intensief in gesprek geweest met brancheverenigingen en zorgorganisaties van andere sectoren dan de ziekenhuiszorg, namelijk de huisartsenzorg, ggz, langdurige zorg, wijkverpleging, mondzorg en paramedische zorg.

In de ggz vindt bijvoorbeeld onder andere via e-health toepassingen nog steeds behandeling plaats. Tegelijkertijd zijn er signalen dat het aantal verwijzingen naar de ggz is teruggelopen en dat de zorgvraag op termijn sterk kan toenemen. LHV, Ineen en GGZ Nederland nemen het initiatief om met behulp van een factsheet heldere informatie te bieden over hulp op psychisch vlak in deze periode. De factsheet kan cliënten en hun naasten, gemeenten, wijkteams, huisartsen en ggz ondersteunen in het tijdig hulp organiseren voor mensen die dat juist nu nodig hebben, bijvoorbeeld door tijdig te signaleren en verwijzen naar de ggz.

Ook bij de opschaling van deze zorg is het van belang om aansluiting te zoeken bij bestaande overlegstructuren en, naast een kwalitatief beeld, een objectief kwantitatief inzicht te verkrijgen in de omvang van het probleem. Centraal in de gesprekken staat dan ook welke aanpak voor de verschillende sectoren mogelijk is voor de opschaling van zorg, welke regionale structuren zich lenen voor afspraken hierover en welke knelpunten zich voordoen. Bij knelpunten die (regionaal of bovenregionaal) ontstaan onderneemt de NZa actie om tot oplossingen te komen.

Het is belangrijk dat mensen in Nederland hun weg naar de zorg weer weten te vinden en weten dat ze, ook in de coronacrisis, contact moeten blijven opnemen met hun zorgverlener. Dit kan zowel de huisarts zijn als een andere behandelaar. Mensen moeten geïnformeerd worden over waar zij terecht kunnen en op welke wijze de zorg wordt gegeven in deze tijd. Daarover zet ik samen met de NZa, de Patiëntenfederatie, RIVM en Dienst Publiek en Communicatie een landelijke informatiecampagne op.

b) Structureel en flexibel opschalen IC-zorg

In mijn brief van 21 april jl. is als een van de uitgangspunten bij het weer opschalen van de meest urgente reguliere zorg in ziekenhuizen aangegeven, dat er voldoende COVID-19 capaciteit (zowel IC als buiten de IC) en voldoende IC-capaciteit in den brede (flexibel) beschikbaar moet blijven. Het is daarom vanzelfsprekend dat de totale IC-capaciteit de komende periode hoger moet zijn, dan de 1150 plekken die beschikbaar waren voorafgaand aan de coronacrisis.

Het Ministerie van VWS en veldpartijen hebben aan het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) gevraagd om in samenwerking met betrokken partijen een voorstel te maken over de bandbreedte voor de noodzakelijk beschikbare IC-capaciteit voor de komende jaren. Het gaat dan om de benodigde structurele en flexibel op te schalen IC-capaciteit, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen COVID-19 en non-COVID-19 plekken. Daarbij wordt rekening gehouden met de beschikbare capaciteit aan personeel (waaronder de draagkracht en benodigde rustcapaciteit van verpleegkundigen, artsen en ander personeel), IC-geneesmiddelen en medische apparatuur.

Aangezien er voorlopig geen vaccin tegen COVID-19 zal zijn, het onzeker is hoe het virus zich zal gedragen in de zomer en in het najaar, en het feit dat het belangrijk is om ook de reguliere urgente planbare zorg weer op normaal niveau te kunnen uitvoeren, is het niet realistisch om te denken dat een structurele capaciteit van 1150 IC-bedden (de situatie voor de

coronacrisis) in de komende periode voldoende is om de Covid-19 zorg te kunnen borgen. Daarnaast zou dat ook niet verstandig zijn. We willen immers niet meer terug naar de situatie waar ziekenhuizen en hun verpleegkundigen en artsen onder zo'n hoge druk en snelheid de IC-capaciteit moesten opschalen. De structurele en flexibel op te schalen IC-capaciteit zal daarom de komende jaren hoger moeten zijn. Ik wil hierover landelijke afspraken maken, om te voorkomen dat in elke regio andere beslissingen worden genomen en zoals gezegd om de mensen die werken in de ziekenhuizen houvast en perspectief te bieden te bieden, zodat zij duurzaam inzetbaar blijven bij deze belangrijke zorg.

Op basis van technische berekeningen (LCPS, NVIC) wordt de structureel benodigde IC-capaciteit voor COVID-19 patiënten op gemiddeld 650 bedden geschat. Dat geldt dat in ieder geval voor de periode totdat een vaccin beschikbaar is. Deze 650 bedden (inclusief personele bezetting) hoeven overigens zeker niet altijd en in totaliteit operationeel te zijn, want de mate waarin ze bezet zijn hangt uiteraard af van het totale aantal COVID-19 patiënten op enig moment. Wel moeten deze bedden op het moment dat de vraag naar COVID-19 zorg weer toeneemt heel snel inzetbaar zijn. Het gaat hierbij dus om een flexibel opschaalbare en afschaalbare capaciteit.

Daarnaast moet ook de reguliere zorg weer worden opgeschaald om gezondheidsschade te voorkomen, wat een beslag legt op de IC-capaciteit (regulier 550 bedden). De IC dient tevens beschikbaar te blijven voor de acute zorg (regulier 350 bedden). Tenslotte is het belangrijk nog een kleine buffer van 150 bedden voor onvoorziene omstandigheden te hebben. Een optelling van het voorgaande betekent dat er naar schatting een behoefte is van zo'n 1700 benodigde IC-bedden. Duidelijk is dat een capaciteit van 1700 IC-plekken niet zomaar geregeld is.

Dit vergt veel van mensen en middelen, zeker ook zo vlak na een periode die zeer intens is geweest voor het zorgpersoneel en nog maar heel kort in de buurt komt van de bandbreedtes van voor de COVID-19 uitbraak. Dit vergt dus echt goede doordenking en een door alle partijen gedragen plan. Ik streef ernaar om begin juni met de betrokken partijen (V&VN, FMS, NVZ, NFU en de ROAZ-en) een plan gereed te hebben voor hoe we deze verhoogde capaciteit het beste kunnen realiseren. In dat plan wordt in ieder geval aandacht besteed aan de lessen die we kunnen trekken uit de afgelopen periode, over fasering en termijnen, personele bezetting en belastbaarheid van medewerkers, de precieze organisatie van de zorg op de IC en benodigde apparatuur en geneesmiddelen, maar ook hoe we sturing geven aan de capaciteitsontwikkeling in de komende periode. Ook wil ik hierbij nadrukkelijk de mogelijkheden betrekken om een beroep te doen op de IC-capaciteit van buurlanden, met name Duitsland, waar wij de afgelopen weken uitstekend mee hebben samengewerkt en waarvoor ik hier nogmaals mijn dank uitspreek.

Ik hecht eraan te blijven benadrukken dat wij bij alle scenario's voor de toekomst de draagkracht van verpleegkundigen en artsen zeer serieus nemen. We willen immers dat zij dit belangrijke vak de komende jaren op een gezonde manier kunnen blijven uitvoeren. De uitwerking van het bovenstaande zal dan ook zorgvuldig gebeuren, met medeneming van de ervaringen en de inbreng van de achterbannen van V&VN, de NVIC en de FMS.

We hopen het uiteraard niet, maar we zullen ook naar de toekomst toe voorbereid moeten zijn op een toch weer toenemende vraag naar COVID-zorg bovenop de hiervoor genoemde 1700 IC-plekken. Derhalve zal ik in de planvorming ook zorgdragen voor een additioneel flexibel op te

schalen IC-capaciteit, naar potentieel circa 3000 IC-bedden met behulp van een breder personeelsbestand en andersoortige apparatuur. Dit mede naar aanleiding van de motie van de leden Asscher en Wilders²⁶.

c) Revalidatiezorg

Door het nieuwe coronavirus komen er meer mensen op de IC en in het ziekenhuis terecht dan gebruikelijk. Ook hebben veel mensen thuis de ziekte doorgemaakt. In meer of mindere mate hebben patiënten na acute doormaking van COVID-19 behoefte aan een vervolgtraject om te kunnen revalideren. Het is van belang om zicht te krijgen op de zorgbehoefte die patiënten met COVID-19 tijdens het revalidatieproces hebben. Daarnaast moet er ook voldoende capaciteit zijn in de verschillende revalidatietrajecten en moeten zorgprofessionals voldoende kennis hebben over de behandeling. Veel beroepsgroepen en beroepsverenigingen zijn bezig om de nazorg van patiënten met COVID-19 vorm te geven en te organiseren, zoals in de medisch specialistische revalidatiezorg, geriatrische revalidatiezorg en in de eerstelijnszorg, bijvoorbeeld paramedische zorg.

Om de zorgpartijen te ondersteunen heb ik ZonMw de opdracht gegeven om de totstandkoming van een multidisciplinaire handreiking voor revalidatie/nazorg voor patiënten met COVID-19 te coördineren, als basis voor de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard. Zij betrekken hierbij alle relevante veldpartijen, waaronder ook patiëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van zorgverzekeraars. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de stappen die veldpartijen zelf al hebben gezet. Uit dit traject moet ook blijken welke patiëntgroepen er zijn en welke zorgbehoefte zij hebben. Ik verwacht dat op korte termijn een eerste versie van de handreiking zal worden opgeleverd. Daarnaast brengt de NZa in een overzicht samen hoe de revalidatiezorg na COVID-19 georganiseerd kan worden, rekening houdend met capaciteit en bekostiging. Hierbij stimuleert de NZa de juiste zorg op de juiste plek. De NZa zet onder meer data-analyse in om inzicht te krijgen in de (verwachte) toestroom en doorstroom van patiënten zodat optimaal gebruik gemaakt kan worden van de beschikbare capaciteit. Daarnaast onderzoekt de NZa in hoeverre de huidige prestaties voor de bekostiging van de zorg passend en toereikend zijn voor het herstel van COVID-19 patiënten. De verschillende initiatieven voor herstel van COVID-19 patiënten, de verwachte toestroom en doorstroom van COVID-19 patiënten die herstellen en de bekostiging van deze zorg brengt de NZa vervolgens in een overzicht samen. ZonMw en de NZa stemmen regelmatig af zodat de activiteiten goed op elkaar aansluiten.

Daarnaast heb ik het Zorginstituut om advies gevraagd of de aanspraak in de Zvw voor de eerstelijns paramedische zorg voldoende is om de revalidatiezorg voor patiënten met COVID-19 op een goede manier te kunnen bieden.

De IGJ inventariseert de actuele situatie in revalidatieklinieken met betrekking tot klinische medisch specialistische revalidatie (MSR) voor COVID-19-patiënten die op de IC hebben gelegen. De IGJ heeft afgelopen week gebeld met bestuurders van twintig revalidatieklinieken die MSR aanbieden, waarbij is gevraagd naar de huidige situatie MSR die wordt geleverd aan post IC COVID-19-patiënten, wat de verwachting is in de toestroom van patiënten en in de voorbereidingen die zijn en worden getroffen. Ook is gevraagd naar voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM), zorgprofessionals en middelen, zoals geneesmiddelen. Ook inventariseert de IGJ hoe contacten met externen verlopen, zoals met ROAZ en ziekenhuizen.

²⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 205

Ik houd uw Kamer op de hoogte van de resultaten van bovenstaande actielijnen.

d) Beschikbaarheid geneesmiddelen

Ik heb aandacht voor het borgen van de beschikbaarheid van geneesmiddelen. De geneesmiddelenmarkt is door (de gevolgen van) COVID-19 erg onvoorspelbaar geworden. Het risico op geneesmiddelentekorten kan daardoor in de komende maanden toenemen. Goed inzicht in de voorraden en de (verwachte) vraag zijn cruciaal om op tijd dreigende tekorten te signaleren en preventieve actie te kunnen nemen om zo daadwerkelijke tekorten zo veel mogelijk te voorkomen.

Sinds enkele weken monitort het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) de voorraden en vraag van de corona-gerelateerde IC-medicatie. Het verheugt me zeer dat de partijen in de gehele geneesmiddelenketen²⁷ ingestemd hebben om ook voor de algemene geneesmiddelenvoorziening een monitor in te richten. Hiermee worden ook niet-corona gerelateerde geneesmiddelen gemonitord. Dit gebeurt tijdelijk, namelijk zolang de coronacrisis aanvullende risico's met zich meebrengt. Op 7 mei zal de wekelijkse monitor van de vraag en de voorraden van geneesmiddelen bij groothandels en firma's van start gaan. Partijen leveren de benodigde informatie op vrijwillige basis aan. De monitoring is gebaseerd op een risicogerichte lijst, die gefaseerd wordt ingevoerd. In de eerste maand wordt als proef gestart met een lijst van circa 25 middelen. Het College ter Beoordeling Geneesmiddelen (CBG) is verantwoordelijk voor de triage van de uitkomsten van de monitor, waarbij zij de impact van het beeld uit de monitoring in kaart brengt.

Het uitgangspunt hierbij is dat de partijen zelf preventieve maatregelen nemen om de situatie te verbeteren (bijvoorbeeld door het versterken van de voorraad of het inkopen van alternatieven). Als er drempels zijn voor een individuele marktpartij om maatregelen te nemen, wordt in de Werkgroep geneesmiddelentekorten besproken hoe deze weggenomen kunnen worden. Daarbij kan het ook gaan over de inzet van overheidsmaatregelen, zoals logistieke of diplomatieke ondersteuning om geneesmiddelen of grondstoffen naar Nederland te krijgen, afzetgaranties of het loslaten van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) maximprijs voor een specifiek geneesmiddel als de maximprijs belemmerend is voor de inkoop. Deze maatregelen zijn altijd maatwerk en gelden voor specifieke geneesmiddelen waarbij een overheidsinterventie proportioneel en effectief is. Per geval zal besloten worden of en onder welke voorwaarden een maatregel wordt ingezet.

Vanwege de sterke internationale dynamiek, zijn, ondanks bovengenoemde aanpak, tekorten nooit volledig uit te sluiten. Verminderde productiecapaciteit door lockdowns, tekorten aan grondstoffen en logistieke uitdagingen door bijvoorbeeld exportverboden spelen daarin een grote rol. Er vindt hierover veel contact plaats op diplomatiek niveau, zowel Europees als bilateraal. Kortgeleden heeft de Indiase overheid de export van drie partijen Hydroxychloroquine naar Nederland goedgekeurd. Dit is mede het resultaat van de goede diplomatieke betrekkingen.

²⁷ De leveranciers van geneesmiddelen (de VIG, BOGIN en GLN), de groothandels (BG Pharma, VES), de Stichting Farmaceutische Kerngetallen, de stichting Dutch Hospital Data (DHD), Farmanco en Farminform.

Op 1 mei waren 846 bedden in coronacentra bezet, waren 2171 bedden beschikbaar en was er de mogelijkheid om (snel) op te schalen tot een totaal van ruim 6000 tijdelijke bedden in Coronacentra. Ook de komende periode blijft voldoende capaciteit voor zorg aan kwetsbare patiënten met COVID-19 buiten het ziekenhuis nodig. GGD-GHOR heeft op basis van een model een prognose gemaakt hoe groot deze capaciteit landelijk moet zijn. Uitgangspunten in het model zijn dat reguliere zorg in ziekenhuizen weer is opgestart en instellingen in de VVT, GHZ en GGZ de zorg voor patiënten met COVID-19 zoveel mogelijk binnen de eigen instelling leveren. GGD-GHOR berekent voor de komende jaren de benodigde landelijke capaciteit van gemiddeld 850 bedden met een bandbreedte van 300–2000 bedden. Daarbij houdt GGD-GHOR rekening met fluctuaties in de bezetting van coronacentra als gevolg van pieken en dalen in de epidemie. Vanzelfsprekend wordt de beschikbaarheid en de bezetting van de capaciteit goed gemonitord.

5. Vaccinontwikkeling

In mijn eerdere brieven heb ik u laten weten dat het zo snel mogelijk ontwikkelen en beschikbaar krijgen van een werkend vaccin tegen COVID-19 de hoogste prioriteit heeft. Daarom heb ik eerder een bijdrage van 50 miljoen euro aangekondigd aan de *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI). Daarnaast heeft de EU op 4 mei jl. het initiatief genomen voor de start van een mondiaal pledging eventproces voor de versnelling van de mondiale financiering voor het internationale onderzoek naar diagnostica, therapeutica en vaccins. Doel is dat met vereende internationale bijdragen wordt vanaf 4 mei de komende weken getracht wordt 7,5 miljard euro bij elkaar te brengen om noodzakelijke onderzoek en ontwikkeling te financieren. De Minister-President heeft in zijn statement aangegeven dat Nederland 192 miljoen euro heeft vrijgemaakt voor onder meer Covid-19 gerelateerd onderzoek en ontwikkeling, internationaal vaccinonderzoek en ontwikkelings samenwerking. U bent eerder geïnformeerd over de onderdelen van de Nederlandse toezegging.²⁸

Om te komen tot een impuls op het gebied van vaccinontwikkeling en uiteindelijk productie, zet ik in op drie sporen:

- **Onderzoek en ontwikkeling:** Het kabinet wil onderzoek naar het coronavirus en het ontwikkelen van een COVID-19 vaccin zo veel mogelijk faciliteren. In eerdere Kamerbrieven heb ik uiteengezet op welke manier het kabinet hieraan bijdraagt.
- **Productie:** Het kabinet wil, waar nodig en mogelijk, de randvoorwaarden voor de ontwikkeling en productie van een COVID-19-vaccin faciliteren. Samen met de speciaal gezant (dhr. Feike Sijbesma) zet ik in op het stimuleren van productie, binnen de eigen landsgrenzen en/of initiatieven met een duidelijke Nederlandse link om als Nederland een bijdrage te leveren. Er wordt in samenwerking met diverse experts een selectie gemaakt van kansrijke initiatieven.
- **Aankoop, distributie en immunisatie:** Er wordt gestart met de voorbereiding van distributie en het opzetten van een nationale vaccinatiecampagne. Ambitie hierbij is dat in het bijzonder risicogroepen en bijvoorbeeld ook gezondheidswerkers als eersten zo goed mogelijk worden beschermd.

²⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 249, Kamerstuk 21 501-04, nr. 228 en Kamerstuk 33 625, nr. 293.

6. Stand van zaken Caribisch Nederland

De laatste gegevens van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien: Aruba (100), Sint Maarten (76), Curaçao (16), Sint Eustatius (2), Saba (2) en Bonaire (2). Thans liggen er op Sint Maarten 1 patiënt op de IC, op Aruba 2 en op Curaçao 1. Op Sint Maarten zijn inmiddels 13 mensen overleden aan de gevolgen van het virus. Op Aruba zijn 2 mensen overleden. Op Curaçao is 1 persoon overleden aan de gevolgen van COVID-19.

Tweede OMT-advies Cariben

Op 24 april 2020 heeft het OMT een tweede advies over de Cariben opgeleverd. Het advies is bij deze brief gevoegd²⁹. Op basis van de drie eerdergenoemde ankerpunten op het gebied van volksgezondheid zijn er adviezen geformuleerd voor de korte, middellange en lange termijn.

Inzet van het Ministerie van VWS is om de geadviseerde OMT-maatregelen voor de korte en middellange termijn te realiseren. Zo zijn er 42 extra beademingsapparaten naar het Caribisch deel van het Koninkrijk gegaan. Er is medisch personeel ingehuurd via een internationaal medisch uitzendbureau. De inzet daarvan op Curaçao en Aruba heeft enige vertraging opgelopen vanwege een positieve COVID-19-test bij één van de personeelsleden bij aankomst op Curaçao. De teams zullen vanaf 5 mei weer op deze eilanden zijn. Voorts zullen er inspanningen worden verricht om de diensten publieke gezondheidszorg duurzaam te versterken.

Wat betreft de lange termijn, stelt het OMT Cariben vast dat er op dit moment onvoldoende adequate maatregelen zijn om toerisme weer toe te laten op de eilanden en tegelijkertijd import van nieuwe patiënten te voorkomen. Indien er geen structurele maatregelen worden genomen, bestaat het risico dat toeristen te veel beslag op de beperkte zorgcapaciteit kunnen gaan leggen. Mede gezien het lange behandeltraject – blijft dan onvoldoende capaciteit beschikbaar voor de lokale zorgbehoefte. In de komende weken zal samen met de landen een plan opgesteld moeten worden om de zorgcapaciteit (IC-capaciteit, acute zorg en electieve zorg) zo in te richten dat er in een grotere zorgbehoefte kan worden voorzien om zowel de lokale bevolking als ook toeristen te kunnen bedienen. Pas als ook de toegang tot de zorg voor beide groepen gewaarborgd kan worden, is het toelaten van toeristen realistisch.

7. Advisering aan het kabinet over de sociaaleconomische aspecten van de coronacrisis

De Tweede Kamer heeft op 22 april een motie aangenomen van het lid Segers c.s.³⁰ waarin de regering wordt verzocht in overweging te nemen naast het OMT ook andere experts te laten adviseren en bijvoorbeeld een impact management team in te stellen dat het kabinet vanuit een breder perspectief kan adviseren over de transitiestrategie en de sociale en economische effecten van de crisismaatregelen.

De Minister-President heeft in reactie op die motie aangegeven dat het kabinet welwillend tegenover dat idee staat en er nader op terug zal komen. Hieronder zet ik uiteen hoe het kabinet de advisering over de sociaaleconomische aspecten van de coronacrisis vorm wil geven.

²⁹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

³⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 289

Het sociaaleconomische terrein is uiterst breed. Daarom streeft het kabinet niet naar één adviesgroep, maar ziet het voordeel in meer dan één lijn van advisering om recht te doen aan de breedte van maatschappelijke belangen en betrokken wetenschapsterreinen. Het kabinet heeft er voor gekozen niet zelf een adviescollege samen te stellen maar gebruik te maken van een drietal relevante recente initiatieven:

Denktank coronacrisis

De denktank is in de tweede helft van maart ontstaan uit een initiatief van de voorzitter van de SER om met o.a. kennisinstellingen, deskundigen en sociale partners de ontwikkelingen m.b.t. de coronacrisis te volgen met als doel om voortvarend:

- Kennis te verzamelen en uit te wisselen over economische en sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen;
- Oplossingsrichtingen voor een zo goed mogelijk economisch herstel aan te geven; alsmede knelpunten te signaleren op sociaal-maatschappelijk terrein en daarvoor oplossingen aan te reiken;
- Praktische voorstellen te ontwikkelen.

COVID-19 overleg Planbureaus en RIVM

De Planbureaus SCP, CPB, PBL en RIVM (voor het deel dat volksgezondheidsverkenningen maakt) hebben in lijn met hun wettelijke taak de handen ineengeslagen om het kabinet multidisciplinair te adviseren over de gevolgen van de coronacrisis en daarbij aangrijpingspunten te bieden voor beleid. Zij intensiveren daarmee hun al bestaande rol in de advisering richting zowel het beleid en de NCTV als de politiek, in het licht van de huidige crisis. Het SCP heeft daarbij vooral aandacht voor de kwaliteit van leven en samenleven, en kan de scheidslijnen tussen diverse groepen belichten. Het CPB kijkt naar de gevolgen voor de economie op korte, middellange en lange termijn. Daarbij wordt zowel gekeken naar het te voeren beleid tijdens deze crisis als naar het beleid gericht op de economische positie na deze crisis. Het PBL kijkt naar de gevolgen van de coronacrisis voor klimaat en energie, natuur en landbouw, wonen en mobiliteit, evenals grondstoffengebruik. Het RIVM kijkt in deze context naar de gevolgen van crisis en ingezette beleidsmaatregelen op het gebied van ziekte en gezondheid, gezondheidsdeterminanten, preventie en gezondheidszorg in Nederland. Zoals gebruikelijk betrekken de planbureaus waar relevant ook andere wetenschappers bij hun adviezen.

Advisering lokaal domein; tijdelijke adviesgroep sociaal-maatschappelijke gevolgen COVID-19

Ten derde onderhoudt het kabinet al gedurende deze hele crisis intensieve contacten met het lokaal bestuur. Dat liep in de eerste plaats via het Veiligheidsberaad waarin de voorzitters van de 25 veiligheidsregio's wekelijks overleg hebben met de Minister van J&V en de NCTV over het verloop van de crisis en de te nemen maatregelen. Twee leden van het Veiligheidsberaad nemen ook steeds deel aan de vergaderingen van de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing. Recent heeft de burgemeester van Amsterdam het initiatief genomen om enkele vertegenwoordigers uit het lokaal bestuur en wetenschappers uit de sociale wetenschappen bijeen te brengen om voor de korte termijn het kabinet en het lokaal bestuur te adviseren over noodzakelijke maatregelen gericht op de sociale omstandigheden van burgers en de sociale stabiliteit in gemeenten als gevolg van de coronacrisis. Bij die besprekingen zijn ook de ministers van Justitie en Veiligheid en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid uitgenodigd om goede kennisuitwisseling te bevorderen. Ondertussen zijn de

gezamenlijke gemeenten in VNG-verband bezig hun adviesrol verder uit te werken voor de langere termijn.

Werkwijze

Alle drie genoemde adviesgroepen hebben het voordeel dat ze al gestart zijn en geen formele instelling behoeven. Ze zijn onafhankelijk van het kabinet en bepalen zelf wie ze willen betrekken bij hun werk. Zij geven hun adviezen enerzijds ongevraagd, namelijk op ieder moment dat ze van mening zijn dat ze inzichten en kennis hebben opgedaan die kabinet en Kamer zou kunnen helpen in hun afwegingen over beleid. Schriftelijke adviezen worden dan ook altijd openbaar gemaakt. Daarnaast kan het ook zo zijn dat er gerichte adviesaanvragen kunnen komen.

Het kabinet verwacht van deze groepen niet zozeer adviezen over individuele maatregelen die in de crisis moeten worden genomen (bijvoorbeeld over het al dan niet opheffen van beperkingen voor een specifieke sector). Dat verhoudt zich slecht met het tempo van de crisisbesluitvorming op de korte termijn. Het kabinet en ook de groepen zelf zien hun rol meer liggen in het analyseren van en adviseren over de ontwikkelingen in de komende weken en maanden, waarbij juist doorsnijdende thema's belangrijke aandacht zullen vragen. Daarbij kan gedacht worden aan thema's als beschermen van kwetsbare groepen, behoud en stimulering van werkgelegenheid, en bijvoorbeeld omgaan met schaarse ruimte in een 1,5 meter samenleving.

Het kabinet heeft alle drie de groepen gevraagd zo mogelijk in de loop van mei een eerste briefadvies af te geven over die punten die zij zelf relevant achten om nu met spoed onder de aandacht van het kabinet te brengen. Daarnaast zal het kabinet de Denktank en het samenwerkingsverband van de Planbureaus op korte termijn advies vragen hoe kan worden gerealiseerd dat niet iedereen in de komende maanden weer tegelijk het OV wil gebruiken of de auto neemt. Daarbij kan gedacht worden aan gespreide werktijden van bedrijven en onderwijsinstellingen, structureel meer thuiswerken en een grotere rol voor de fiets.

Reguliere gesprekspartners

Los van bovenstaande groepen overleggen leden van het kabinet met grote regelmaat met vertegenwoordigers van belangenorganisaties uit alle denkbare sectoren, evenals met individuele bedrijven, burgers en non-profit organisaties.

Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV)

Hoewel vorderingen worden gemaakt in de aanpak is het eind van de coronacrisis nog niet in zicht. Toch lijkt het kabinet het verstandig nu alvast na te denken over de toekomstige afbouw en nazorg van deze crisis. Een vast onderdeel van die fase is een onafhankelijke evaluatie van de crisisaanpak. Gelet op de ongekende omvang en impact van de coronacrisis op onze maatschappij zijn wij van mening dat de OVV bij uitstek de positie heeft om de crisisaanpak van het kabinet in al zijn relevante aspecten te evalueren. De Minister van Justitie en Veiligheid heeft daarom namens het kabinet de OVV verzocht om dit in overweging te nemen en te laten weten of de Onderzoeksraad dit evaluatieonderzoek op zich zou willen nemen. Daarbij is aangegeven aan de OVV dat het kabinet er vanuit gaat dat de OVV zelf desgewenst een nadere afbakening maakt in het evaluatieonderzoek en in overweging neemt in hoeverre samenwerking met andere partijen zoals de rijksinspecties dienstig is ten behoeve van de evaluatie.

Het spreekt voor zich dat het kabinet alle medewerking zal verlenen aan het evaluatieonderzoek, mocht de Onderzoeksraad positief op dit verzoek reageren.

8. Advies Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) heeft op 3 mei jl. het advies *(Samen)leven is meer dan overleven* uitgebracht. De kern van het advies betreft een oproep aan de rijksoverheid om burgers, professionals, bestuurders, ondernemers en onderzoekers ruimte en vertrouwen te geven om een afweging te maken tussen de verschillende waarden die voor hen belangrijk zijn en om daar ook naar te handelen. Deze ruimte en dit vertrouwen is nodig binnen publiek vastgestelde kaders, elk in hun eigen context en vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid. De uitwerking van onderstaande adviezen kunnen dus per sector, instelling, locatie of huishouden verschillen. Bovendien roept de RVS op tot het betrekken van burgers en andere experts bij besluitvorming en implementatie.

Het advies van de RVS sluit aan bij onze voorbereiding op de volgende fase, waarbij we toe werken naar een gedeelde verantwoordelijkheid van zowel burgers en bedrijven, als de overheid. Een verantwoordelijkheid voor jezelf, je naasten en voor de samenleving. Met een aanzienlijk deel van de aanbevelingen van de RVS zijn we aan de slag.

De Raad adviseert het uitbreiden en verbreden van wetenschappelijke expertise en ervaringskennis als input voor politieke besluitvorming. Voor elke stap in de bestrijding van de COVID-19 uitbraak nemen we afgewogen besluiten. In de brief van 21 april jl. is al aangegeven dat we, naast het OMT-advies, ook andere indicatoren, zoals de sociaal-maatschappelijke en sociaaleconomische impact, betrekken. In de vorige paragraaf ben ik al ingegaan op het verbreden van de aandacht naar het maatschappelijke perspectief. Het RIVM bekijkt momenteel hoe tegemoet kan worden gekomen aan de behoefte voor meer openheid over de rekenmodellen.

Ik ben het met de RVS eens dat we moeten zoeken naar ruimte voor afweging binnen de geldende kaders op basis van de drie genoemde ankerpunten. Het benutten van de energie van onderop en het vergroten van eigenaarschap in de samenleving is belangrijk. Mede daarom betrekken we burgers bij het bron- en contactonderzoek via de te ontwikkelen app en vinden voortdurend peilingen plaats onder de bevolking.

De RVS adviseert ook om de ruimte voor samenwerking en innovatie die de crisis heeft geleverd te benutten bij het hervatten van zorg en ondersteuning in de fase na de crisis. Deze waardevolle notie neem ik graag mee in het vervolg.

Ook pleit de Raad voor het zo snel mogelijk (gecontroleerd) weer open te doen voor bezoekers van verpleeghuizen en zorginstellingen, waarbij maatwerk en kwaliteit van leven een grotere rol bij de afwegingen moeten spelen. Daarnaast adviseert de RVS om bij het versoepelen van de crisismaatregelen rekening te houden met kwetsbare groepen, waar de sociale- en gezondheidsrisico's als gevolg van de crisisaanpak het grootst zijn. Er is nadrukkelijke aandacht voor kwetsbare mensen en de impact van het virus en de maatregelen voor hen. In deze brief bent u geïnformeerd over de kleinschalige pilots voor een verantwoorde versoepeling van de bezoekenregeling. Ook in de communicatie is aandacht voor kwetsbare mensen.

Tot slot staan we stil bij de bredere impact van het virus op onze kwaliteit van leven. Vanzelfsprekend onderkennen we het belang van het spreken over de kwaliteit van leven en het levenseinde. Het Ministerie van VWS werkt momenteel aan de uitwerking van een motie van de leden Laan-Geselschap (VVD), Tellegen (VVD), en Dijkstra (D66)³¹ uit die oproept tot het maken van een aanpak voor het stimuleren van het tijdige gesprek tussen huisarts en patiënt over het levenseinde.

Tot slot

Ik ben onder de indruk van het doorzettingsvermogen en de betrokkenheid van onze samenleving. Deze zijn van cruciaal belang geweest om uit de uitbraak en naar de overgangsfase te komen. Het kabinet zet met de in deze brief aangekondigde maatregelen een betekenisvolle stap. Doorzettingsvermogen en betrokkenheid zullen we ook voor de huidige periode nog volop nodig hebben. Dit is essentieel voor het bestrijden van het virus. We kunnen niet zonder elkaar in deze uitdaging, maar komen samen vooruit.

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

³¹ Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 40