

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 277

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 april 2020

In deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid (JenV), de Minister van Onderwijs, Cultuur, en Wetenschap (OCW), de Minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media (BVOM), de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), over de laatste stand van zaken met betrekking tot de bestrijding van COVID-19. Met deze brief doe ik ook diverse moties en toezeggingen af die zijn gedaan tijdens eerdere Kamerdebatten, en reageer ik, waar relevant, op schriftelijke vragen van uw Kamer.

We hebben ingrijpende maatregelen moeten nemen om de verspreiding van het coronavirus maximaal te kunnen controleren. We zien daar nu gelukkig de eerste effecten van. De cijfers in de ziekenhuizen en op de intensive careafdelingen zijn hoopgevend, maar de druk op de zorg is nog steeds enorm. Verpleegkundigen en artsen werken dag en nacht om goede zorg te leveren aan patiënten die getroffen zijn door het coronavirus en daarnaast moet ook de reguliere zorg zo snel mogelijk weer worden opgestart. Iemand met kanker heeft net zo dringend hulp nodig als een COVID-19-patiënt met zeer ernstige klachten. Ook de situatie in de verpleeghuizen is nog altijd zeer zorgwekkend. Ik wil daarom benadrukken dat behoedzaamheid geboden is. De feiten geven daar aanleiding toe.

Ik begrijp heel goed dat mensen zich afvragen hoe lang het nog duurt voordat zij hun leven weer kunnen oppakken, wanneer zij weer op bezoek kunnen bij kwetsbare familieleden of vrienden, wanneer de economie weer van het slot kan, of wanneer zij weer naar school, de kapper of het terras kunnen. We zien dat het inmiddels weer drukker op straat begint te worden, met alle risico's van dien. Een snelle versoepeling van de maatregelen moet niet leiden tot een nieuwe piek in het aantal besmettingen. Het gevolg is meer druk op de mensen in de zorg, meer slachtoffers en ook meer uitgestelde operaties en behandelingen van mensen

met andere ziektes. Dat willen we op alle mogelijke manieren voorkomen en dat vraagt blijvend zelfbeheersing van ons allemaal. Op basis van de adviezen van deskundigen hebben we nu bereikt dat het virus zich beheerst verspreidt en dat de druk op de zorg daalt. Dat is een gezamenlijke inspanning van onze samenleving. We moeten ons echter goed realiseren dat we nog helemaal aan het begin staan van de volgende fase in het bestrijden van deze uitbraak. De daling in het aantal besmettingen kan alleen doorzetten als we ons goed aan de maatregelen en adviezen blijven houden. De stappen die we vandaag kunnen zetten zijn stappen, die volgens het Outbreak Management Team geringe effecten op de verspreiding van het virus hebben. Het gaat hierbij om stappen die we kunnen zetten met betrekking tot de basisscholen en kinderopvang, en mogelijkheden voor georganiseerd sporten in de buitenlucht voor jongeren tot en met 18 jaar. Hieronder ga ik verder op de versoepeling van deze maatregelen in. Alle andere maatregelen blijven van kracht. Ook dit licht ik toe in onderstaande paragraaf.

1. Maatregelen en adviezen

Het OMT is op maandag 20 april bijeengekomen om een vervolgadvisie uit te brengen over de aanpak van de COVID-19 uitbraak. Bij de advisering zijn drie ankerpunten van belang, die ik ook in mijn vorige brief heb benoemd¹:

- a) Een acceptabele belastbaarheid van de zorg. Ziekenhuizen moeten goede zorg aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg kunnen leveren. De nu uitgestelde, planbare zorg moet op korte termijn weer kunnen worden opgestart;
- b) Het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
- c) Het zicht houden op en het inzicht hebben in de ontwikkeling van de verspreiding van het virus.

Bij het doen van aanpassingen in het maatregelenpakket spelen naast deze ankerpunten nog twee factoren een rol: het sociaal-maatschappelijke effect dat de maatregelen hebben en het economische effect. Daarnaast realiseert het kabinet zich dat elke versoepeling van de maatregelen tot een toename kan leiden van het gebruik van de openbare ruimte en het gebruik van het openbaar vervoer. Ik heb het OMT daarom gevraagd hier bij de advisering rekening mee te houden.

Het OMT-advisie is bij deze brief gevoegd². Bij het opstellen van het advies heeft het OMT, naast de drie ankerpunten die ik hierboven heb benoemd, ook rekening gehouden met de schadelijke gevolgen van maatregelen op de samenleving en de economie, en het behouden van draagvlak. De adviezen van het OMT zijn, door het op dezelfde dag georganiseerde, Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) bekrachtigd. De Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) heeft besloten om de volgende stappen te zetten.

Aanpassingen onderwijs en kinderopvang

1) Primair onderwijs en kinderopvang (gedeeltelijk) weer verder open

Goed onderwijs is van groot belang voor de ontwikkeling van (jonge) kinderen. Daarom gaat de aandacht van het kabinet allereerst uit naar de mogelijkheden die er zijn om het onderwijs en de daaraan verbonden kinderopvang stap voor stap weer fysiek op te starten. Per 11 mei is het verantwoord om het primair onderwijs weer gedeeltelijk te openen. In zijn

¹ Kamerstuk 25 295, nr. 249

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

advies heeft het OMT aangegeven dat de gezondheidsrisico's voor kinderen beheersbaar zijn. Het is voor kinderen onderling op school niet nodig om anderhalve meter afstand te houden. Dat geldt wel zo veel mogelijk voor de afstand tussen kinderen en volwassenen. Hierbij wordt rekening gehouden met het feit dat afstand houden voor bepaalde categorieën leerlingen in de praktijk lastig zal zijn, zoals kleuters. Voor de bescherming van ouders en docenten worden protocollen opgesteld. Volwassenen dienen onderling wel afstand te houden.

Het uitgangspunt hierbij is dat elke leerling weer de helft van zijn of haar tijd op school is en daardoor telkens maar de helft van het aantal leerlingen op school is. Dat maakt het mogelijk om klassen te halveren. Daarnaast loopt de noodopvang voor kinderen van ouders met een cruciaal beroep door.

Binnen het primair onderwijs gaat ook het speciaal (basis)onderwijs helemaal open. Omdat daar sprake is van kleine groepen, kunnen die leerlingen al wel de hele week naar school. Ook hier hoeft geen anderhalve meter afstand tussen leerlingen gehandhaafd te worden, maar wel zo veel mogelijk tussen leerlingen en volwassenen. Het leerlingenvervoer voor deze leerlingen zal op de reguliere manier gebeuren; ook daar geldt zoveel als mogelijk is het hetzelfde afstandscriterium tussen leerlingen en volwassenen. De exacte uitwerking van het leerlingenvervoer volgt nog voor 11 mei.

Een cruciale voorwaarde hierbij is dat het voor docenten mogelijk wordt om zich laagdrempelig te kunnen laten testen wanneer zij 24 uur klachten hebben die passen bij COVID-19, en na triage door een arts. De uitwerking hiervan zal ik samen met betrokken sectoren richting 11 mei voorbereiden. Docenten die behoren tot medische risicogroepen krijgen het advies om niet deel te nemen aan het onderwijsproces op locatie. Uiteraard blijft ook gelden dat kinderen en leerkrachten met klachten thuisblijven.

Uiteraard vergt dit veel van het onderwijs. Het is aan de scholen om hier zorgvuldig invulling aan te geven. Door de gezamenlijke onderwijsorganisaties (de PO-Raad en de bonden) is een protocol opgesteld. Scholen zullen zelf invulling moeten geven aan dit protocol en kunnen het toespitsen op de eigen situatie. Dit doen zij als schoolteams in overleg tussen bestuur, schoolleiding en leraren, in samenspraak met de medezeggenschapsraad.

Dit betekent dat de school op basis van het protocol heldere afspraken maakt. Daar gaat het om afspraken over de mogelijkheid tot het testen van personeel, over het niet fysiek inzetten van leraren uit risicogroepen en het niet toelaten van zieke kinderen en leraren. Specifieke vragen moeten worden geregeld in een goed gesprek tussen werkgever en werknemer.

2) Kinderopvang weer open

Ook de kinderopvang gaat op 11 mei weer open. Voor kinderdagverblijven en gastouders geldt dat zij op de reguliere tijden opengaan. De BSO zal hetzelfde regime volgen als de basisscholen. Zij zijn alleen open voor en na schooltijden. Op dagen dat kinderen naar school gaan, is de BSO voor hen beschikbaar. Op andere dagen dus niet. Scholen en BSO's zullen met elkaar in overleg moeten over de manier waarop de aansluiting tussen school en BSO zo goed mogelijk gerealiseerd kan worden. We gaan de komende periode gebruiken om de afspraken rond gedeeltelijke openstelling verder uit te werken. De huidige compensatieregeling wordt

voortgezet zolang het maatregelenpakket voortduurt. Van ouders wordt verwacht dat ze nog steeds zo veel mogelijk thuiswerken.

Voor de kinderopvang geldt geen afstandscriterium tussen kinderen onderling en tussen kinderen en medewerkers. De komende weken worden benut om nader uit te zoeken wat hiervoor nodig is. Hierbij spelen een aantal belangrijke uitzoekpunten om de opvang van kinderen op een zo veilig mogelijke manier plaats te laten vinden. Dit betekent onder meer dat het aantal contactmomenten tussen volwassenen (Pedagogisch Medewerkers (PM-ers) onderling en tussen PM-ers en ouders) zo beperkt mogelijk blijft. Momenteel ontwikkelen branchepartijen samen met het Ministerie van SZW een protocol met maatregelen om ervoor te zorgen dat het risico op transmissie tussen volwassenen en tussen volwassenen en kinderen zo klein mogelijk is. Daarbij wordt bijvoorbeeld aandacht besteed aan de haal- en brengmomenten.

Het OMT adviseert pedagogisch medewerkers (PM-ers) en gastouders die behoren tot de risicogroepen nog niet met kinderen te laten werken. Dit betreft mensen van 70 jaar of ouder en die onderliggende aandoeningen hebben waardoor er een verhoogde kans is op een ernstig beloop van de ziekte. De komende weken zoeken we uit om hoeveel PM'ers en gastouders dit gaat en welke eventuele oplossingen er mogelijk zijn om ervoor te zorgen dat er voldoende aanbod van verantwoorde kinderopvang is, ook met het oog op de verwachting dat er dan nog behoefte aan noodopvang is van ouders in cruciale beroepen.

3) Noodopvang

a. Noodopvang in de meivakantie

Sinds maandag 16 maart zijn scholen en de reguliere kinderopvang gesloten. Kinderen van ouders in cruciale beroepen en vitale processen, alsmede kinderen die zich in kwetsbare situaties bevinden, worden in deze periode opgevangen in de zogenoemde noodopvang. De gemeenten spelen bij het aanbieden van de noodopvang een coördinerende rol. Er is een goede samenwerking tussen rijksoverheid, gemeenten en kinderopvangorganisaties op dit punt. Dit heeft ervoor gezorgd dat er – letterlijk van de ene op de andere dag – in tijden van grote onzekerheid voor iedereen, een goed draaiende noodopvang voor kinderen tot stand is gekomen. We blijven er de komende tijd aan werken om dit goed draaiend te houden.

We merken dat de aankomende meivakantie leidt tot vragen over de organisatie van de noodopvang. De meivakantie loopt tot uiterlijk 10 mei. Waar de meivakantie al is gestart op 18 april, geldt dat daar (net als in heel Nederland) de noodopvang voor kinderen van ouders in cruciale beroepen doorgaat. Ook is er noodopvang voor kwetsbare kinderen die in een onveilige thuissituatie verkeren. Nu het kabinet heeft besloten de sluiting na 28 april te verlengen tot en met 10 mei, zorgen gemeenten, scholen en kinderopvangorganisaties er samen voor dat er ook voor de periode erna voldoende noodopvang is. Bij knelpunten zullen onderwijs en kinderopvang gezamenlijk zoeken naar oplossingen, waarbij de gemeente coördineert. Dit kan maatwerk per regio zijn. Het belang van kinderen en hun ouders staat hierbij voorop.

b. Noodopvang als kinderopvang en scholen weer open zijn

Voor wat betreft de noodopvang na de meivakantie voor kinderen van ouders in cruciale beroepen en kwetsbare kinderen geldt dat de huidige systematiek doorloopt. Voor de noodopvang gedurende de dag vindt

nader overleg plaats over hoe deze wordt ingevuld door gemeenten, scholen en kinderopvang. Gemeenten blijven verantwoordelijk voor het realiseren van noodopvang in avond, nacht en weekend.

4) Voortgezet onderwijs vanaf 1 juni open

Scholen in het voortgezet onderwijs (inclusief het praktijkonderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs) zijn op dit moment al open voor de examens en de noodopvang voor kwetsbare leerlingen. Voor deze scholen geldt dat het grotere voedingsgebied zorgt voor een groter epidemiologisch risico. Op basis daarvan is het nu nog niet verantwoord het voortgezet onderwijs verder te openen. Het voortgezet onderwijs kan na 1 juni opstarten onder voorwaarde dat 1,5m in acht genomen kan worden.

5) Middelbaar beroepsonderwijs en hoger onderwijs

Voor het middelbaar beroepsonderwijs (mbo) en het hoger onderwijs geldt dat niet en worden de maatregelen in ieder geval verlengd tot 20 mei. In de week voorafgaand aan 20 mei zal worden bekeken of en hoe het mbo en hoger onderwijs weer fysiek onderwijs kan aanbieden. Het OMT schat op dit moment in dat het toestaan van fysiek onderwijs in het middelbaar beroepsonderwijs en het hoger onderwijs een reëel risico vormt op verdere, te brede of te snelle verspreiding van het virus.

Het RIVM gaat in kaart brengen wat de effecten van het versoepelen van deze maatregelen zijn en betreft hierbij ook de ervaringen in andere landen waar de basisscholen weer openen. De experts blijven nauwgezet volgen hoe zich dit in andere landen ontwikkelt. In dit kader adviseert het OMT om eerst het effect van de voorgestelde versoepeling in het basisonderwijs af te wachten voordat het onderwijs op de overige niveaus wordt hervat.

Aanpassingen maatregelen sporten

Sporten is belangrijk voor iedereen en levert een belangrijke bijdrage aan gezondheid en welbevinden. Het kabinet heeft steeds aangegeven dat individueel sporten, zoals hardlopen, fietsen, of wandelen kan. Zeker in deze tijd blijft bewegen belangrijk, nu we noodgedwongen meer aan huis gebonden zijn. Gedwongen binnen zitten vraagt extra veel van kinderen en jongeren, zeker omdat de risico's voor hen kleiner zijn. Vandaar dat het kabinet, op basis van het OMT-advies, heeft besloten dat georganiseerde sportactiviteiten in de buitenlucht vanaf 29 april onder de volgende voorwaarden weer mogelijk zijn voor kinderen en jongeren:

- Voor kinderen tot en met 12 jaar geldt dat zij vanaf 29 april weer in de buitenlucht in georganiseerd verband mogen trainen. Het blijft bij onderlinge potjes en trainen, want officiële wedstrijden leiden tot reizen en meer contacten, en dus tot een hoger verspreidingsrisico.
- Voor jongeren in de middelbare schoolleeftijd, 13 tot en met 18 jaar geldt dat zij ook meer ruimte krijgen om georganiseerd te sporten in de buitenlucht. Het gaat hier zowel om sporten in de openbare ruimte als sporten op een buitensport accommodatie. Hierbij geldt echter wel dat er gesport moet worden op 1,5 meter afstand. Ook hier zijn officiële wedstrijden niet mogelijk.

Het kabinet heeft gemeenten gevraagd sportactiviteiten via buurtsportcoaches en/of via verenigingen te faciliteren en te organiseren. Het is de bedoeling dat zoveel mogelijk kinderen en jongeren de kans krijgen om mee te doen, dus ook de niet-leden van een vereniging. Sanitaire faciliteiten, kleedkamers en kantines bij sportclubs blijven nog wel gesloten. Ook is het niet de bedoeling dat ouders langs de lijn staan.

Voor iedereen boven de 18 jaar verandert niets. Voor hen geldt dat zij nog geen georganiseerde sportactiviteiten kunnen doen. Wel kunnen zij individueel blijven trainen in de openbare ruimte door bijvoorbeeld een rondje te gaan hardlopen of fietsen met gepaste afstand tot anderen.

i. Topsporters

Topsporters mogen vanaf 29 april trainen op aangewezen trainingslocaties, in overleg met NOC-NSF en de KNVB. Dit kan alleen als daarbij anderhalve meter afstand en de hygiënemaatregelen van het RIVM in acht worden genomen. Ook hier zijn officiële wedstrijden niet mogelijk.

Maatregelen die van kracht blijven of worden verlengd

Er zijn verschillende maatregelen die vanwege de risico's die daarmee gepaard zijn nog niet kunnen worden versoepeld. Het gaat hierbij om de volgende maatregelen:

1) Evenementen

Ik heb het OMT ook gevraagd een uitspraak te doen over de vraag of er – gegeven de nu beschikbare kennis – een gerede kans is dat evenementen ook na 1 juni geschrapt zouden moeten worden. Het OMT heeft aangegeven in te schatten dat het risico voor de volksgezondheid dat gepaard gaat met het toestaan van evenementen, een reëel risico op te snelle en te brede verspreiding van het virus oplevert. Omdat het OMT niet verwacht dat dit op korte termijn verandert, adviseren zij het verbod op evenementen voor langere tijd te verlengen. Het kabinet heeft daarom besloten dat het huidige verbod op evenementen tot 1 juni wordt verlengd tot 1 september. De reden hiervoor is dat het voor dergelijke evenementen (bijv. Pinkpop, de Vierdaagse, of de Zwarte Cross) complex is om de 1,5 meter afstand op een veilige manier te organiseren. Ook vanwege de lange voorbereidingstijd van dit type evenementen, en de daarbij horende kosten, is vroegtijdige helderheid van belang. Met de veiligheidsregio's worden de verlenging van de aanwijzing en de daarbij horende noodverordening nader uitgewerkt. Dit betekent ook definitief geen betaald voetbal tot 1 september.

2) Contactberoepen

Voorlopig is uitoefening van contactberoepen – de kappers, masseurs, nagelstudio's – niet mogelijk. De onzekerheden voor deze beroepen zijn nog te groot. Die onzekerheid zit onder andere in de vraag of het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen – waaronder mondkapjes – voor de contactberoepen nuttig en nodig is. Daarover krijgen we in de komende weken een breder advies van het Outbreak Management Team en dan volgt een nieuwe afweging.

Voor (para)medische beroepen gold al een uitzondering op het verbod op het uitoefenen van contactberoepen, mits daar een individuele medische indicatie voor bestaat en de beoefenaar alle hygiënevereisten kan naleven. Onder die condities kunnen zij dus hun vak blijven uitoefenen. Hierop wordt later in deze brief nader ingegaan.

3) Ouderenzorg

Het OMT heeft aangegeven dat het nog te vroeg is om de bezoekenregeling in verpleeghuizen te verruimen. De kans op introductie en verspreiding in verpleeghuizen wordt nog te groot geacht. Ik ga hier verderop in mijn brief nader op in. Voor zelfstandig wonende kwetsbare ouderen (boven de

70 jaar) geldt dat zij door één of twee vaste personen met enige regelmaat kunnen worden bezocht. Hier is voor gekozen omdat deze groep ouderen zich goed aan de maatregelen houdt, en het effect van nauwelijks bezoek ontvangen kan zijn dat ouderen ontregeld raken waarbij hulp niet of te laat wordt ingeschakeld.

4) Andere maatregelen die ongewijzigd blijven tot en met 19 mei

Alle eet- en drinkgelegenheden blijven vooralsnog gesloten omdat het dit moment niet mogelijk is om maatregelen af te bouwen waar grotere groepen mensen met elkaar in contact komen. Dit geldt ook voor sport- en fitnessclubs, sauna's, casino's, speelhallen, en seksinrichtingen. Ook de maatregelen die zien op samenkomsten en groepsvorming blijven van kracht. Voor bioscopen, theaters, concertzalen, bibliotheken, musea en erfgoed met een publieksfunctie geldt dat zij vallen onder de maatregelen in het kader van de beperking van het openbare leven, wat betekent dat deze dicht moeten blijven tot en met 19 mei. Een deel van de culturele sector heeft zijn activiteiten al geschrapt voor langere duur, gezien bijvoorbeeld de grote voorbereidingstijd ervan. Dat is een begrijpelijk besluit geweest.

In de week vóór 20 mei beoordeelt het kabinet wat er voor de periode daarna nodig is. De komende weken worden door de sectoren benut om zich middels protocollen voor te bereiden op eventuele (gedeeltelijke) opening waarin de 1,5 meter maatregel centraal staat. Daarbij staat de veiligheid van personeel en bezoekers voorop. Verder blijft dus ook na 28 april gelden: blijf zoveel mogelijk thuis. Werk ook thuis. Als je een frisse neus wilt halen of boodschappen wilt doen, doe dat dan zoveel mogelijk alleen. Houdt anderhalve meter afstand. Was je handen zo vaak je kunt. Hoest en nies in je elleboog. En als je ziek bent: blijf thuis. Dat heeft ons gebracht op het punt waar we nu zijn. Het punt waar we heel voorzichtig weer wat maatregelen kunnen versoepelen.

Handhaving

De handhaving verloopt op enkele incidenten na nog steeds goed: mensen zijn zich bewust van de maatregelen en houden zich er over het algemeen goed aan. De aanwijzingen van handhavers worden door vrijwel iedereen goed opgevolgd. Wel was er afgelopen weekend, met name op zondag, een toename van mensen in de publieke ruimte zichtbaar: er gingen meer mensen naar buiten. Dit kan (tijdelijk) zorgen voor een toename in de handhaving, maar de situatie blijft over het algemeen goed beheersbaar. In totaal zijn er door de politie ongeveer 5500 bekeuringen uitgeschreven sinds het begin van de handhaving van de coronamaatregelen.

Stappen in de volgende fase

Vanwege de risico's die verspreiding van het coronavirus met zich meebrengt, gaat het aanpassen van maatregelen met kleine stappen. Sommige maatregelen zullen we in stappen kunnen afbouwen, maar we moeten er ook rekening mee houden dat nieuwe maatregelen noodzakelijk kunnen zijn. Alleen zo kunnen we de verspreiding van het coronavirus maximaal controleren, de belastbaarheid van de zorg op een acceptabel niveau houden en kwetsbare mensen goed beschermen. We zullen er rekening mee moeten houden dat dit deze stap-voor-stap aanpak nog maanden duurt. Het is daarbij van belang dat om een zorgvuldige en transparante besluitvorming te organiseren waarin we verschillende invalshoeken en afwegingen betrekken.

Het deskundigenadvies van het Outbreak Management Team blijft een cruciale rol vervullen in de afweging die het kabinet maakt. Daarnaast is het van belang dat we ook de economische en sociaal-maatschappelijke invalshoek een duidelijke plek geven.

2. Persoonlijke beschermingsmiddelen

a. Stand van zaken beschikbaarheid van beschermingsmiddelen

Het kabinet blijft alles op alles zetten om zoveel mogelijk persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar te krijgen voor de Nederlandse gezondheidszorg. In vorige Kamerbrieven heb ik u geïnformeerd over de verschillende sporen die hiervoor worden gevolgd: de inkoop van beschermingsmiddelen via het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH), de productie van beschermingsmiddelen in Nederland en het hergebruiken van beschermingsmiddelen.

Inkoop beschermingsmiddelen via het LCH

Het LCH heeft tot doel om, zonder winst oogmerk, schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen in te kopen voor de Nederlandse gezondheidszorg om daarmee te voorzien in de extra behoefte naar deze middelen als gevolg van het Coronavirus.

Dit betekent dat zorginstellingen ook zelf nog schaarse beschermingsmiddelen kunnen inkopen via hun reguliere kanalen. Dit past binnen de huidige afspraken, mits zorginstellingen de inkoop via hun eigen kanalen ook betrekken bij wat zij daarenboven nog aanvragen bij de ROAZ in het kader van het verdeelmodel en dus niet meer aanvragen dan ze nodig hebben. De schaarse hulpmiddelen moeten immers zo zorgvuldig mogelijk worden verdeeld.

In de mondiale markt voor persoonlijke beschermingsmiddelen die behoorlijk gespannen is, zijn de reguliere leveranciers op dit moment niet altijd voldoende in staat om voldoende middelen te leveren. De Minister voor MZS bepaalt welke producten het LCH centraal inkoopt en heeft bepaald dat LCH de producten aan zorginstellingen uitlevert tegen pre-Corona tarieven. Dit om zorginstellingen in deze zware coronacrisis in staat te stellen om hun medewerkers zo drempelloos mogelijk van veilige persoonlijke beschermingsmiddelen te voorzien.

Het LCH is een open consortium, een privaat-publieke samenwerking waarin partijen belangeloos samenwerken en hun kennis, expertise en infrastructuur op gebied van inkoop en distributie van persoonlijke beschermingsmiddelen bundelen en delen. Naast de initiatiefnemers, de gezamenlijke inkooporganisatie van de academische ziekenhuizen samen met het Ministerie van VWS, hebben zich inmiddels andere organisaties aangesloten. Het LCH werkt samen met grote professionele supply chain partners die hun distributie en logistieke netwerken ter beschikking stellen om producten naar Nederland te krijgen (Skyteam/KLM) of om binnen Nederland producten te distribueren naar alle zorginstellingen (OneMed/QRS en Mediq). Verder leveren vele professionals uit onder andere zorginstellingen, adviesbureaus, defensie en overheidsinstanties een actieve bijdrage aan het LCH en wordt het LCH gefaciliteerd door de branchevereniging FHI.

Het LCH heeft op dinsdag 21 april laten weten dat er meer dan 50 miljoen chirurgische maskers, meer dan 80 miljoen adembeschermingsmasker (FFP1, FFP2, FFP3), meer dan 50 miljoen jassen en schorten en ruim 120 miljoen handschoenen in bestelling staan. Dit is voor chirurgische

maskers minder dan wat ik u vorige week berichtte. Dit wordt verklaard doordat bestellingen in de diverse schakels in de complexe logistieke keten alsnog kunnen afvallen. Het gaat dan bijvoorbeeld om producten die uiteindelijk minder of niet geleverd kunnen worden of producten die kwalitatief niet goed genoeg zijn. Met betrekking tot de kwaliteit wordt op drie momenten in het proces gecontroleerd, namelijk bij de fabrikant, in het warehouse in Azië en bij binnenkomst bij het LCH via een onafhankelijk teststraat van het RIVM.

Via de speciaal opgezette luchtbrug met Azië komt nu vrijwel dagelijks een vliegtuig binnen met daarin persoonlijke beschermingsmiddelen voor de Nederlandse zorg. Het LCH geeft aan dat er de komende week bijna 2,75 miljoen FFP2 maskers in Nederland aankomen, samen met nog eens 13 miljoen chirurgische maskers. Bij de levering voor de komende dagen zitten meer dan 7 miljoen handschoenen en 1,8 miljoen isolatiejassen.

Met bovenstaande acht ik ook Kamervragen van het lid Kerstens (PvdA) van 17 april 2020 beantwoord³.

Productie in Nederland

Het Ministerie van VWS, in nauwe samenwerking met het Ministerie van EZK, ondersteunt initiatieven voor productie van hulp- en beschermingsmiddelen. Vorige week heb ik u geïnformeerd over verschillende initiatieven voor de productie van beademingsapparatuur en mondkapjes. Auping is deze week met haar eerste test run van mondkapjes gestart. Afpro is in afwachting van de machines waarmee zij wil gaan produceren en is bezig met de noodzakelijke certificering van haar mondkapjes. Tijdens het vorige debat stelde het lid Jetten (D66) de vraag of de besluitvorming rond de productie van het bedrijf Afpro sneller had gekund. De eerste contacten met Afpro vonden plaats op 19 maart jl. Het productieteam bij het LCH heeft het bedrijf sindsdien geïnformeerd over productspecificaties, ondersteund door te helpen de benodigde machine en grondstoffen uit China naar Nederland te krijgen en door 3 april jl. een toezegging te doen voor een eerste order. Ik concludeer dan ook dat er redelijkerwijs niet eerder tot productie gekomen had kunnen worden.

Vorige week zijn de laatste technische, preklinische en klinische testen uitgevoerd met beademingsapparatuur die de afgelopen weken door Demcon is ontwikkeld. Deze testen zijn positief verlopen. Daarnaast is door de notified body Dekra een rapportage uitgebracht over de technische specificaties van het apparaat. Ook dit rapport was positief, evenals de «expert opinie» van het IC-expertteam. Samen met de IGJ heeft het Ministerie van VWS naar deze bevindingen gekeken en op grond daarvan is de conclusie getrokken om Demcon over te laten gaan tot levering van de door het Ministerie van VWS bestelde 500 apparaten voor Nederland. Omdat de voorkeur blijft uitgaan naar beademingsapparatuur met een CE-certificaat zal de Demcon-apparatuur, conform het advies van het IC-expertteam, uitsluitend in noodsituaties worden ingezet.

Bij de ontwikkeling van productie in Nederland willen we voortvarend, maar ook zorgvuldig, te werk gaan. Het doel hierbij is om schaarse hulp- en beschermingsmiddelen, zoals bijvoorbeeld mondkapjes, in Nederland te produceren waarbij we ook verzekerd zijn van voldoende aanvoer van materialen en grondstoffen. Soms kan het daarom nodig zijn om met combinaties van bedrijven te werken. Om risico's te spreiden is het bij het opzetten van Nederlandse productie verder van belang om in te zetten op verschillende productielijnen.

³ Aanhangsel Handelingen II 2019/20, nr. 2601

Ik waardeer de inzet van bedrijven enorm. De voorbeelden hierboven illustreren de voortvarendheid en daadkracht waarmee veel bedrijven in Nederland aan de slag zijn. Als overheid willen we bedrijven zorgvuldig behandelen en willen we voorkomen dat de overheid goed bedoeld onnodig ingrijpt in het gelijke speelveld tussen bedrijven. Dit is des te meer van belang omdat voor een groot aantal bedrijven in Nederland geldt dat zij directe negatieve effecten ondervinden van deze crisis. Voor nu werkt de Nederlandse overheid met de bedrijven die in Nederland gaan produceren samen door hen te ondersteunen bij praktische zaken en ook door, via het LCH, afnamegaranties af te geven. Daarnaast wordt gewerkt aan het formuleren van marktverkenningen waar bedrijven aan kunnen deelnemen.

Hergebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen

De Minister voor MZS heeft het RIVM gevraagd om een richtlijn op te stellen over wie wanneer welke jassen en schorten moet gebruiken. De taskforce Test-, Werk- en Infectiepreventiebeleid van het Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding verwacht aankomende week met de richtlijn te komen. Zoals aangegeven in mijn vorige Kamerbrief heeft het RIVM ook gekeken naar het hergebruik van spatbrillen en spatschermen. Inmiddels zijn de adviezen van het RIVM, opgesteld in samenspraak met een drietal deskundigen inzake steriele medische hulpmiddelen, gepubliceerd op de website van het RIVM. Het is de verantwoordelijkheid van de instelling om vooraf de brillen en schermen te controleren op kwaliteit. Richting gebruikers is het voor instellingen van belang duidelijk aan te geven dat het om hergebruikte producten gaat, en dat een gebruiker daarom vooraf de brillen en schermen goed moet controleren op mogelijke defecten.

Internationaal

Vorige week was er veel aandacht voor beschikbaarheid en het beleid omtrent de inzet van mondkapjes in andere Europese landen; met name ook naar aanleiding van besluitvorming van België en Duitsland. In Duitsland wordt het dragen van mondkapjes in het openbaar vervoer en winkels geadviseerd. In België is het advies om mondkapjes te dragen waar afstand houden niet mogelijk is. In beide gevallen gaat het daarbij niet om medische maskers, maar de inzet van zogenoemde «comfort-» of «community masks». Ik heb, conform de motie⁴ van de leden Dijkhoff en Klaver, het Outbreak Management Team gevraagd in kaart te brengen of en op welke wijze de inzet van mondkapjes kan bijdragen aan een verantwoorde exit-strategie. Het OMT heeft aangegeven dat er, in afwachting van het afwegingskader voor contactberoepen, nog geen voldoende duidelijkheid is over het gebruik van adembescherming buiten de zorg. Dit vraagstuk zal in het eerstvolgende OMT nader uitgewerkt en besproken worden.

b. Verdeling beschermingsmiddelen in de zorg

Zorgmedewerkers moeten in een veilige omgeving kunnen werken en hiertoe ook de bescherming krijgen die past bij de handelingen die zij moeten uitvoeren. De beschermingsmiddelen die we ter beschikking hebben, moeten dan ook eerlijk worden verdeeld zodat medewerkers die ze het hardst nodig hebben ze ook daadwerkelijk krijgen. Sinds 13 april jl. is het nieuwe verdeelmodel van kracht. Naar aanleiding daarvan heeft GGD GHOR Nederland mij maandag 20 april jl. laten weten dat inmiddels de meerderheid van de chirurgische mondkapjes en de FFP1-maskers

⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 251

aan de langdurige zorg wordt uitgeleverd. Het merendeel van de FFP2-maskers wordt uitgeleverd aan de curatieve zorg. Dit is conform verwachting, gegeven de typen handelingen die in de verschillende sectoren worden uitgevoerd en het bijbehorende besmettingsrisico voor de zorgmedewerker.

De verloskundigen en kraamverzorgenden hebben hun zorgen ten aanzien van de beschikbaarheid van persoonlijk beschermingsmiddelen met een brief bij mij onder de aandacht gebracht. Vorige week heb ik u al bericht dat het nieuwe verdeelmodel de komende weken doorontwikkeld zou blijven worden. Kraamverzorgers, verloskundigen, (jeugd-)GGZ en de jeugdzorg zijn nu opgenomen in het verdeelmodel. Ook de zorg door mantelzorgers wordt betrokken bij de verdeling. Dit betekent dat ook zij, conform de RIVM-richtlijnen, beschermingsmiddelen geleverd kunnen krijgen als dat passend is bij de zorg die zij verlenen. Juist ook voor deze groep is het van belang goed aan te geven wanneer welke bescherming nodig is bij zorg aan mensen met (verdenking op) COVID-19. Hiermee acht ik de Kamervragen van het lid Kerstens (PvdA) van 7 april 2020⁵ en de Kamervragen van het lid Kerstens (PvdA) van 15 april 2020⁶ beantwoord.

Signalen IGJ en Inspectie SZW

Ik heb, zoals toegezegd tijdens het debat op 16 april jl., een tweet geplaatst met daarin de contactgegevens van het Landelijk Meldpunt Zorg van de IGJ en de inspectie SZW (Handelingen II 2019/20, nr. 68). Ook heb ik, zoals tijdens hetzelfde debat toegezegd, de IGJ en de inspectie SZW gevraagd om actief na te gaan of er zorginstellingen zijn waar op dit moment niet volgens de huidige RIVM-richtlijnen gewerkt kan worden vanwege een tekort aan hulpmiddelen.

De Inspectie SZW heeft in haar meest recente rapportage over de week van 6 tot 10 april jl. aangegeven dat er sector breed 74 meldingen uit de gezondheids- en welzijnszorgsector zijn. Deze rapportage gaat dus over de week voordat het nieuwe verdeelmodel van kracht was. De inspectie SZW gaat momenteel al deze meldingen na en voorziet deze van goede opvolging. Het grootste deel is al teruggebeld.

De IGJ legt in het algemeen contact met alle zorgaanbieders van de verpleeghuiszorg, maar bijvoorbeeld ook met de thuiszorg, en in die gesprekken vraagt zij onder meer of de zorginstelling de zorg die nodig is, nog steeds georganiseerd krijgt, of er voldoende beschermingsmiddelen zijn en of de organisatie is aangesloten bij de regionale structuren. Tussen 14 en 17 april jl. heeft de IGJ 27 signalen ontvangen over persoonlijke beschermingsmiddelen en 21 signalen ontvangen over testbeleid. Alle meldingen zijn met de betrokkenen besproken en er is op passende wijze actie genomen. Ik blijf hierover in contact met de inspectie SZW en IGJ.

3. Zorg voor patiënten in de curatieve sector

In eerdere brieven heb ik uw Kamer geïnformeerd over het weer opschalen van zorg die is uitgesteld vanwege de corona-crisis. De NZa geeft aan dat het aantal verwijzingen van huisartsen en andere verwijzers is gedaald van ruim 100.000 in de weken voor week 12 naar 35.000 per week. Het beeld van de verschillende provincies is sterk vergelijkbaar. De NZa ziet wel verschillen tussen specialismen. Zo zijn de specialismen gynaecologie/verloskunde en cardiologie minder teruggevallen dan de specialismen dermatologie en orthopedie. Ten opzichte van 2019 zijn er

⁵ Aanhangsel Handelingen II 2019/20, nr. 2603

⁶ Aanhangsel Handelingen II 2019/20, nr. 2635

360.000 minder verwijzingen geweest (opgeteld vanaf week 11). Daarnaast schat de NZa in dat als gevolg van de coronacrisis ook ca. 290.000 verwijzingen waarschijnlijk niet zijn opgevolgd. Dit betekent dat veel consulten en behandelingen moeten worden ingehaald.

Het vergt de komende tijd een grote inspanning van de zorgverleners om dit met elkaar in goede banen te leiden en de lasten goed te kunnen verdelen over het land, zodat het overall werkbaar blijft. Daarom is meer landelijke en regionale afstemming nodig dan normaal bij dit soort zorg. Het Ministerie van VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om de opschaling van de planbare reguliere zorg voor mensen zonder COVID-19 te coördineren. De focus ligt in eerste instantie op de meest urgente planbare ziekenhuiszorg. Het gaat bijvoorbeeld om zorg voor mensen met kanker, hartproblemen, vaatproblemen en neurologische problemen. Het opschalen van de meest urgente reguliere zorg moet gestructureerd en gecontroleerd gebeuren, rekening houdend met deze belangrijke uitgangspunten:

- Het flexibel beschikbaar blijven van voldoende COVID-19 capaciteit (zowel IC als buiten de IC) en voldoende IC-capaciteit in den brede.
- Een verantwoorde belasting van het zorgpersoneel, passend bij de draagkracht van het personeel op wie nu zo'n zwaar beroep wordt gedaan als gevolg van de COVID-19-epidemie. Bij de opschaling van de reguliere zorg wordt dat nadrukkelijk meegenomen. Gegeven de specifieke omstandigheden kunnen werkgevers en werknemers goede afspraken maken die recht doen aan het belang van de medewerker en aan dat van de zorg.
- Voer alleen zinnige en gepaste zorg uit⁷, verleen waar het kan zorg op afstand (e-health), houdt bij de opschaling al rekening met De Juiste Zorg op de Juiste Plek door de Juiste Zorgverlener (JZOJP). Zorgvernieuwing en gepast gebruik kunnen bijdragen aan de snelheid waarmee ziekenhuizen en klinieken kunnen opschalen. De afgelopen tijd zien we dat meer zorg op afstand wordt geleverd. Dit vasthouden waar dat mogelijk is, draagt eraan bij dat de capaciteit in ziekenhuizen en klinieken zoveel mogelijk wordt benut voor zorg die ook daar geboden moet worden. Met het oog op leren en ontwikkelen zet de NZa zich in om goede voorbeelden in dit kader te delen.

Het opstarten van de meest urgente reguliere zorg in ziekenhuizen gebeurt langs vier lijnen, waarbij er een intensieve samenwerking is tussen NZa, VWS en het LCPS:

- 1) Om de urgentie van de zorgvragen te bepalen is een **concrete landelijke urgentielijst** opgesteld, die aangeeft welke urgente reguliere ziekenhuiszorg als eerste moet worden opgeschaald en welke zorg daarna aan de beurt is. Het Landelijk Centrum Patiënt Spreiding (LCPS) heeft hiervoor een lijst met diagnoses opgesteld, die vervolgens door de wetenschappelijke verenigingen, leden van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), voorzien is van een urgentie indicatie. Het Zorginstituut Nederland heeft de lijst gevalideerd. Met deze indeling op basis van urgentie⁸ wil de NZa zorgprofessionals houvast bieden bij het opstarten van de zorg. Door deze lijst landelijk te gebruiken en op regionaal niveau de voortgang te monitoren, zorgen we er bovendien voor dat verschillen in snelheid van het opstarten en opschalen zichtbaar worden. Dit is nodig om actie te ondernemen als blijkt dat mensen in regio's die relatief zwaar getroffen zijn door het coronavirus met hun zorgvraag veel langer

⁷ Inzichten uit verbeteringsmomenten van Zinnige Zorg of de implementatieagenda van Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) kunnen hierbij houvast bieden.

⁸ De NZa hanteert een classificatie naar urgentie waarmee klachten behandeld moeten worden: < 24 uur, < 1 week, < 2 weken, < 1 maand, < 2 maanden, < 3 maanden en > 3 maanden.

moeten wachten op passende zorg dan mensen in minder zwaar getroffen regio's. De urgentielijst is leidend in het opstarten van zorg en de financiële kaders moeten daar ondersteunend aan zijn.

- 2) **Bij de afstemming over de concrete opschaling is de regio in principe leidend**, omdat lokaal en regionaal de zorgvraag en het zorgaanbod anders (georganiseerd) zijn en de opschaling dus ook om regio-specifieke oplossingen kan vragen. Dit wordt opgepakt door de bestaande regionale structuren van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en haar aangesloten ROAZ-en. Op dat schaalniveau zijn zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij uitstek in de positie om hierin verstandige keuzes te maken. De NZa heeft met het LNAZ, zorgverzekeraars en brancheverenigingen besproken dat het ROAZ hier een belangrijke rol in kan vervullen als de organisatorische eenheid waar de opschaling besproken en gevolgd kan worden. Deze week bespreekt de NZa uitgebreid met betrokken partijen hoe dit er in de praktijk uit komt te zien. Daarbij zijn afspraken belangrijk over hoe regionale zorgorganisaties betrokken worden, de rol van zorgverzekeraars om te sturen op de urgentielijst en het inzetten van hun zorgbemiddelingsfunctie, hoe opschalingsplannen voor reguliere zorg worden besproken, hoe aan bovenstaande uitgangspunten voldaan wordt en hoe de opschaling (waar en hoeveel) in cijfers is te monitoren. De basishouding is: urgentie gaat vóór productie en samenwerking gaat vóór competitie. Het principe van solidariteit geldt ook tussen regio's: we willen voorkomen dat er landelijk grote verschillen ontstaan tussen patiënten met een vergelijkbare zorgvraag. Bij knelpunten die (regionaal of bovenregionaal) ontstaan onderneemt de NZa actie om tot oplossingen te komen.
- 3) Regio's nemen **evenredig de IC-zorg voor COVID-19-patiënten op zich**, om ervoor te zorgen dat alle patiënten in Nederland gelijke toegang hebben tot non-COVID zorg, ongeacht de woonplaats. Bij een evenredige spreiding van COVID-19-patiënten op de Nederlandse IC's, hebben patiënten met andere aandoeningen overal dezelfde toegang tot de benodigde zorg. Het LCPS draagt zorg voor deze evenredige spreiding van COVID-19 patiënten. Regio's worden opgeroepen om de komende tijd hun uitplaatsingsverzoeken af te stemmen op het richtpercentage van het LCPS. Dat betekent dat sommige regio's minder nieuwe IC-patiënten moeten uitplaatsen, of juist meer IC-patiënten moeten overnemen van andere regio's.
- 4) Om ervoor te zorgen dat tijdens de opschaling van de urgente reguliere zorg voldoende COVID-19 capaciteit (zowel IC als buiten de IC) en voldoende IC-capaciteit in den brede beschikbaar is, moet een **bandbreedte van noodzakelijk beschikbare IC-capaciteit voor het komende half jaar** worden vastgesteld. Hierbij zal nadrukkelijk rekening worden gehouden met de draagkracht van het personeel. Ik ga met de FMS in gesprek wat er voor nodig is om deze vraag te beantwoorden. Dit in samenspraak met VenVN, NFU, NVZ en LNAZ.

De focus in de aanpak van de NZa ligt nu op het weer opschalen van de urgente reguliere zorg. Dat heeft prioriteit. De NZa werkt ook aan de opstart van de overige ziekenhuiszorg en ook wordt snel een start gemaakt met onder meer de ggz, huisartsenzorg, wijkverpleging, paramedische zorg en mondzorg. Ook de revalidatiezorg heeft de aandacht, omdat veel COVID-19 patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen zijn, vaak revalidatiezorg nodig hebben.

Vooruitlopend op de opschaling van zorg binnen de aanpak van de NZa, zien we ook dat veel zorgprofessionals momenteel zelf al voorbereidingen treffen om weer meer zorg te kunnen verlenen, zoals professionals uit de mondzorgsector. Dat past binnen de kaders die de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Zorgverleners zijn cf. de werkwijze op basis

art. 2 van de Wkkgz zelf verantwoordelijk voor het opstellen van richtlijnen, veldnormen en professionele standaarden, ook waar het gaat om het mogelijk maken onder de huidige omstandigheden en binnen de geldende beperkende maatregelen op basis van de adviezen van het RIVM, veilige en goede zorg te kunnen leveren. Voor de behandeling van (para)medische beroepen gold al een uitzondering op het verbod op het uitoefenen van contactberoepen, mits daar een individuele medische indicatie voor bestaat en de beoefenaar alle hygiënevereisten kan naleven. Initiatieven om de zorg weer op te kunnen schalen zijn vanuit het oogpunt om alle zorg weer op normaal niveau te brengen een begrijpelijke stap, maar dat kan wat mij betreft alleen binnen in ieder geval de volgende randvoorwaarden gebeuren:

- a. De inzet op deze zorg gaat nooit ten koste van de noodzakelijke COVID-19-zorg (IC, non-IC, operatiekamers). Onttrekking van personeel, persoonlijke beschermingsmiddelen, apparatuur en geneesmiddelen die voor de COVID-19 zorg noodzakelijk zijn, is niet acceptabel.
- b. De inzet op deze zorg brengt de opschaling van de noodzakelijke urgente reguliere zorg op de NZa-urgentielijst niet in gevaar. Onttrekking van personeel, persoonlijke beschermingsmiddelen, apparatuur en geneesmiddelen die voor de zorg op de NZa-urgentielijst noodzakelijk zijn, is niet acceptabel.

Uiteindelijk gaat het erom dat we de uitdagingen – om zowel goede zorg aan COVID-19-patiënten te blijven bieden als ook om de reguliere zorg voor alle andere patiënten weer op het normale niveau te krijgen – steeds scherper in samenhang en in balans kunnen bezien. Bovenstaande plannen en acties zijn daarbij een belangrijke richtinggevende stap. Partijen in de zorg kunnen met bovenstaand plan aan de slag. Ik zal, samen met de toezichthouders, nauwlettend in de gaten houden hoe dit verloopt en waar nodig aanvullende acties ondernemen.

4. Zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis

Er is dankzij forse inspanningen van de directeuren publieke gezondheid (DPG-en) en de betrokken zorgpartijen in de regio's voor dit moment voldoende zorgcapaciteit voor kwetsbare patiënten buiten het ziekenhuis gerealiseerd. Op 20 april heb ik wederom overleg gevoerd met de DPG-en om de stand van zaken in de regio's te bespreken. Er zijn landelijk 3206 bedden gerealiseerd, waarvan 1220 bezet (peildatum 16 april jl.). Daarnaast zijn nog eens 3832 bedden beschikbaar die op korte termijn kunnen worden ingezet. Er is dus een totaalcapaciteit van 7038 bedden. Dit aantal ligt lager dan het aantal waar ik u vorige week over heb geïnformeerd. De reden hiervoor is dat de capaciteit voor cohortverpleging binnen bestaande instellingen (COVID-units) niet meer in deze uitvraag wordt meegenomen. In de praktijk geven instellingen er veelal de voorkeur aan om deze units te benutten omdat daarbij zorg dichtbij kan worden gerealiseerd.

Ook op het gebied van informatievoorziening en randvoorwaarden wordt voortgang geboekt. Op 15 april heb ik in de brief gesproken over een informatievoorzieningssysteem dat aangeeft hoe de opdrachten op diverse thema's door de DPG-en regionaal verloopt. Dit systeem is inmiddels tot stand gekomen en heeft een eerste integraal beeld van de regionaal en landelijk beschikbare extra bedden, testcapaciteit, verdeling van PBM opgeleverd. De komende weken wordt dit systeem verder verfijnd en geautomatiseerd, zodat er bijvoorbeeld minder handmatig hoeft te worden ingevoerd. Daarnaast wordt er hard gewerkt om overal de organisatorische en financiële randvoorwaarden op orde te krijgen or

leveren, bijvoorbeeld om de coördinatie verder te verbeteren. Ik verwacht dat dit op korte termijn volledig op orde komt.

5. Testen, traceren en rapporteren

Het testbeleid is sinds 2 weken uitgebreid naar zorgmedewerkers en patiënten met klachten buiten het ziekenhuis. Het aantal afgenomen testen is gestegen van 4000 per dag naar circa 7000 per dag. Mijn inzet is om alle belemmeringen weg te nemen om zorgmedewerkers te laten testen. Ik geef hieronder op verschillende aspecten een korte update op de stand van zaken.

Benutten labcapaciteit en beschikbaarheid testmaterialen

Zoals ik eerder heb aangegeven is onder de Landelijke Coördinatie-structuur Testcapaciteit nu een landelijk laboratoriumnetwerk voor het coronavirus gevormd. Meer dan 40 medisch-microbiologische en enkele niet-medische laboratoria zijn samen in staat om 17.500 tests per dag uit te voeren. Bij uitbreiding van het aantal uren zou dit zelfs kunnen oplopen tot 29.000 tests per dag. Daarmee is ook voor de aanstaande verruiming van het testbeleid voldoende capaciteit beschikbaar (leraren en medewerkers kinderopvang).

Met dank aan inspanningen van de Speciaal Gezant hebben de grootste leveranciers van laboratoriummaterialen (Roche, ThermoFisher, Qiagen en Biomerieux) duidelijke toezeggingen gedaan voor de komende maanden. Dit geeft mij het vertrouwen dat de laboratoria in staat zullen zijn structureel meer testen uit te voeren. Ook verwacht ik dat komende weken kan worden gestart met de productie van enkele kritische producten zoals de lysisbuffer en de plastic well plates. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met Roche en andere partijen. Daarnaast wordt dankzij inspanningen van de Speciaal Gezant komende week gestart met de productie van afnamemateriaal. Het betreffen de swabs (wattenstokjes) die onderdeel zijn van de afname kit. Dinsdag 21 april is de eerste batch in Nederland geproduceerde swabs opgeleverd. De huidige productie staat op 17.500 swabs per dag, en eind april zal dit opgeschaald zijn naar 30.000 per dag. Tegelijkertijd wordt er nog een neus en keelwab model bij het RIVM gevalideerd. Na een positieve evaluatie van het RIVM, kunnen deze modellen vanaf komende week ook geproduceerd kunnen worden. Gezamenlijk zullen deze productielijnen de bevoorrading van swabs veiligstellen. Ik ben verheugd met dit resultaat.

Testen zorgverleners

Het aantal door de GGD'en geteste personen ligt momenteel rond de 1500 per dag. Dat betekent dat er nog veel ruimte is voor het afnemen van meer testen. Vorige week bereikten mij signalen dat er nog barrières zijn bij het testen. Zo verloopt de toeleiding richting GGD-testfaciliteiten nog niet optimaal, zijn er verschillen tussen regio's en waren er vragen over de financiering van het testen. Ik heb uw Kamer toegezegd dat ik terug zou komen op de inspanningen om alle werknemers in de zorg met klachten soepel via de GGD te laten testen.

De doorlooptijd van het proces tussen triage door de arts, monsterafname, uitvoeren van de test en terugkoppeling van het resultaat moet wat mij betreft zo soepel en snel mogelijk verlopen. Er moet geen enkele belemmering zijn in het testen van zorgverleners. Dat vraagt om duidelijkheid over rollen en financieringsaspecten. Ik heb daarom alle betrokken zorgkoepels hier een brief over gestuurd om meer duidelijkheid te scheppen. In deze brief geef ik onder andere aan dat het testen van zorgmedewerkers op welke besmetting dan ook in principe een werkge-

versverantwoordelijkheid is. In het geval van COVID-19 is, vanwege de bijzondere situatie, ervoor gekozen om de GGD te vragen de organisatie voor testen van medewerkers buiten het ziekenhuis op zich te nemen. Bedrijfsartsen en instellingsartsen kunnen de triage uitvoeren en doorverwijzen naar de GGD voor de test. GGD'en zijn bereid de triage te doen als er geen andere arts beschikbaar is. Dit kan het geval zijn bij kleinere zorginstellingen. Zij kunnen hierover met de GGD in hun regio afspraken maken. In mijn opdracht wordt gewerkt aan een IT-systeem dat de keten van triage, aanvraag tot terugkoppeling uitslag van de test, automatiseert en vergemakkelijkt. Wat betreft financiering onderstreep ik in mijn brief aan de zorgkoepels nogmaals dat er geen sprake van mag zijn dat zorgmedewerkers de testen zelf moeten financieren. Financiering van de testen verloopt via de GGD. Op mijn verzoek onderzoekt een landelijke projectgroep, gekoppeld aan de LCT, of verdere optimalisatie van het proces van testen mogelijk is. Met bovenstaande acht ik de Kamervragen van lid Hijink⁹ van 20 april jl. beantwoord.

Uitbreiden testbeleid

In navolging van het advies van het OMT om basisscholen, kinderdagverblijven, speciaal onderwijs en buitenschoolse opvang te openen na de meivakantie, adviseert het OMT om laagdrempelig testen van het personeel werkzaam in deze sectoren mogelijk te maken, als ze klachten hebben. Ik neem dit advies van het OMT over en de uitwerking hiervan zal ik samen met betrokken sectoren en het LCT richting 11 mei voorbereiden.

Testen binnen handhaving en toezicht

Ook professionals in handhaving en toezicht krijgen te maken met het Coronavirus. Het kan zijn dat zij tijdens hun werk worden bespuugd of behoest door iemand die het coronavirus heeft. Dit risico lopen ze ook tijdens een reanimatie, vechtpartij, of aanhouding met geweld. Dit veroorzaakt onder deze professionals (politie, BOA's en medewerkers bij Dienst Justitiële Inrichtingen) onrust. Daarom kunnen ook zij getest worden. Daarvoor geldt de volgende procedure:

- De medewerker moet door een incident tijdens het werk een mogelijke besmetting hebben opgelopen
- De medewerker moet symptomen hebben ontwikkeld die passen bij COVID-19
- De medewerker heeft zich gewend tot de bedrijfsarts, die de gezondheidsklachten toetst en vervolgens de medewerker aanmeldt bij de lokale GGD.

De bedrijfsarts zal dan de medewerker toegang verschaffen tot de teststraat.

Serologisch testen

Ik heb de Taskforce Serologie gevraagd mij te adviseren over de strategie rond serologisch testen. Ik verwacht dat zij daarbij ingaat op nut en noodzaak van serologisch onderzoek op het niveau van de bevolking, specifieke doelgroepen en individuele diagnostiek. Daarbij neem ik ook mijn toezegging aan het lid Baudet (FvD) mee om het RIVM te vragen of het juiste onderzoek wordt gedaan om een uitspraak te kunnen doen over de hoeveelheid mensen in Nederland die een besmetting hebben doorgemaakt, of een grotere steekproef toegevoegde waarde kan hebben.

⁹ Aanhangsel Handelingen II 2019/20, nr. 2603

Ten slotte adviseert het OMT over de inzet van sneltesten op antilichamen. Na onderzoeken naar 16 verschillende sneltesten, concludeert het OMT dat deze sneltesten niet geschikt zijn om in te zetten voor individuele diagnostiek. Aangezien ik het belangrijk vind dat de betrouwbaarheid voldoende hoog is, neem ik dit advies van het OMT over. Uiteraard volg ik de ontwikkelingen op de voet en zal ik dit besluit heroverwegen als er betrouwbaarder sneltesten beschikbaar komen.

6. Beschikbaarheid geneesmiddelen

Zoals ik u in eerdere Kamerbrieven heb gemeld, zijn er verschillende acties in gang gezet om geneesmiddelentekorten als gevolg van de COVID-19 situatie te voorkomen. Deze acties zijn gericht op het creëren van inzicht in vraag en aanbod (voorraden), het bieden van voldoende ruimte aan veldpartijen om de acties te nemen die zij nodig achten en indien nodig het tijdig inzetten van passende overheidsmaatregelen.

Medicatie voor patiënten met COVID-19

De rapportages van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) geven inzicht in de huidige voorraad van vier categorieën essentiële IC-medicatie (sedativa, pijnbestrijding, spierrelaxantia en «overig») en de voorraad die op termijn wordt verwacht door toevoer vanuit groot-handels, fabrikanten en bereiders. Op basis van de laatste rapportage van maandag 20 april van het LCG stelt het LCG dat (voor alle vier de categorieën essentiële IC-medicatie op dit moment gemiddeld voldoende voorraden zijn (> 14 dagen). Dit beeld wordt dagelijks geactualiseerd, waarbij onder andere de bezettingsgraad van de IC bedden wordt meegenomen.

Het LCG geeft aan dat de voorraad van midazolam en noradrenaline in de afgelopen weken landelijk sterk toegenomen is. De extra voorraad van deze middelen is mede verkregen door de productie en levering vanuit bereidingsapotheken. Midazolam wordt ook buiten de ziekenhuizen gebruikt. Het LCG monitort de beschikbaarheid van onder andere dit middel inmiddels al enige tijd. In deze rapportages is geen afname van de voorraden van midazolam te zien, maar juist een toename. Dit toont aan dat er voorlopig voldoende midazolam in de markt beschikbaar is. Toch worden soms door apothekers tekorten ervaren doordat zij het niet bij hun reguliere groothandel kunnen bestellen. Het bestellen gebeurt over het algemeen bij de groothandel waar een apotheek nauw mee samenwerkt. Als deze groothandel echter het product niet beschikbaar heeft, wordt de apotheker geadviseerd het middel bij een andere groothandel te bestellen. Het LCG heeft inmiddels ook gecommuniceerd dat als verpleeghuizen vanuit hun reguliere kanaal onvoldoende midazolam kunnen krijgen, zij zich via hun eigen apotheek kunnen wenden tot de ziekenhuisapotheek in de regio.

De meest gebruikte spierverslapper op dit moment is rocuronium. De beschikbare voorraad hiervan is beperkt. De productie van rocuronium injectievloeistof door Nederlandse ziekenhuisapotheken is gecontinueerd. De grondstof hiervoor wordt vanuit een Nederlandse producent geleverd. Hiermee is een volledig Nederlandse supply chain gerealiseerd.

Het LCG bereidt zich ook voor op de effecten van het opschalen van de reguliere zorg, waarbij met name propofol ook op de operatiekamers gebruikt wordt. Het LCG gebruikt hiervoor onder andere de cijfers van het reguliere gebruik van propofol binnen ziekenhuizen.

Zoals ik ook vorige week in mijn brief heb aangegeven, verdient propofol bijzondere aandacht. De reden daarvoor is dat zowel de aanvoer van propofol (op de termijn van ca. 3 weken) als de omvang van gebruik in ziekenhuizen nog onzekerheden kent. Propofol is geen reguliere bereiding van de producerende ziekenhuisapotheken. Het LCG kijkt naar de technische haalbaarheid van ziekenhuisbereiding van propofol. Echter, zelfs als dit technisch haalbaar blijkt, is de verwachting dat deze bereidingen op zijn vroegst in juni beschikbaar kan komen. Omdat de Europese markt en de reguliere kanalen mogelijk niet voldoende kunnen voorzien in de vraag, wordt door het LCG, het Ministerie van VWS en firma's ook actief gezocht naar mogelijkheden van import van producten buiten Europa.

Overige ontwikkelingen

Het Meldpunt Geneesmiddeltekorten en -defecten houdt naast de beschikbaarheid van IC-medicatie ook de beschikbaarheid van de andere geneesmiddelen goed in de gaten. De internationale ontwikkelingen worden nauwlettend gevolgd. De aanvoer van werkzame stoffen voor de productie van geneesmiddelen uit China komt weer op gang. In India is de lock down verlengd tot 3 mei, daardoor zijn de havens grotendeels geblokkeerd en is transport over zee nauwelijks mogelijk. Er geldt nog steeds een export verbod voor hydroxychloroquine en is er een exportrestrictie voor de werkzame stoffen voor paracetamol. De exportrestricties voor geneesmiddelen die paracetamol bevatten, zijn echter vorige week wél opgeheven. Op dit moment zijn er nog geen signalen dat er sprake is van tekorten van paracetamol in Nederland.

7. Onderzoek en vaccinontwikkeling

Vaccinontwikkeling

Wereldwijd werken onderzoekers aan een vaccin tegen COVID-19. Volgens een overzicht van de WHO van 11 april jl. zijn er momenteel wereldwijd 70 vaccins in ontwikkeling. De *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI) noemt 115 initiatieven, waarvan 73 kandidaat-vaccins in een verkennende of preklinische fase.¹⁰ Het is voor Nederland belangrijk om – vooral internationaal – een bijdrage te leveren aan zowel de ontwikkeling als de productie van een eventueel vaccin. Een vaccin is immers een voorwaarde om het virus de wereld uit te krijgen. Daarom is het volgende in gang gezet:

- De speciaal gezant zal zich met name bezighouden met het nationaal en internationaal samenbrengen van private partijen en de samenwerking met de Nederlandse overheid. Hij zal ook adviseren over het eventueel ondersteunen van veelbelovende Nederlandse initiatieven rond vaccinontwikkeling en het faciliteren van productiefaciliteiten.
- Het in de brief van 15 april aangekondigde *pledging event* van de Europese Commissie (EC) zal op 4 mei plaatsvinden. Welke reikwijdte deze bijeenkomst precies zal hebben, is nog niet bekend. Er zal aandacht worden besteed aan vaccinontwikkeling. Nederland kan hierbij in ieder geval de 50 mln euro voor de *Coalition on Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI) in het vooruitzicht stellen. Op 17 april is de eerste bijeenkomst van de eerste COVID-19 Ad Hoc Group Meeting onder voorzitterschap van de EC geweest. Deze werkgroep beoogt activiteiten van lidstaten en de EC te coördineren op het gebied van klinisch onderzoek, vaccinproductie, testen en financiering. Nederland zal een actieve bijdrage aan deze werkgroep leveren.

¹⁰ <https://www.nature.com/articles/d41573-020-00073-5>.

- Ik heb het RIVM gevraagd een zogenaamde horizonscan uit te voeren waarmee een overzicht verkregen kan worden van thans lopende initiatieven rond vaccinontwikkeling en mogelijkheden voor vaccinproductie in Nederland. Het gaat hierbij zowel om publieke als private initiatieven.
- Zoals ik in mijn brief van 15 april heb aangegeven zal ik waar nodig en mogelijk de randvoorwaarden voor deze ontwikkeling en productie van een COVID-19-vaccin faciliteren.
- Het kabinet vraagt de Gezondheidsraad advies over passieve en actieve immunisatie. Passieve immunisatie gaat over het toepassen van antistoffen en actieve immunisatie betreft het toepassen van vaccins. Op het moment dat een vaccin beschikbaar is kan de Gezondheidsraad snel en doeltreffend adviseren. Belangrijke vragen zijn onder meer: op welke grond kan geprioriteerd worden tussen risicogroepen bij beperkte beschikbaarheid, hoe kan de relatie worden gelegd met de (onderzoeksresultaten van) serologische testen, en hoe kan met vaccinatie groepsimmuniteit geoptimaliseerd worden?

Nationale onderzoeken

Aan ZonMw en NWO is verzocht om zo snel mogelijk interventies c.q. interventiestudies met mogelijk direct effect op de volksgezondheid als gevolg van het coronavirus te financieren. ZonMw is daarop gestart met een COVID-19 *first wave*-financieringsregeling, die vorige week is gepubliceerd; zie ook mijn brief van 15 april 2020. Het *first wave*-programma heeft een totale omvang van € 5,5 miljoen en bestaat uit acht projecten (zie bijlage voor een toelichting op deze projecten)¹¹.

Na de *first wave* COVID-19-programma zal in de tweede helft van mei een *second wave*-financieringsregeling gepubliceerd worden voor acute en urgente onderzoeksvragen¹² en zijn ZonMw en NWO daarnaast voornemens volgende week bottom-up rondes met een thematische focus te publiceren¹³. Er is door het Ministerie van VWS en OCW en NWO voor dit programma een budget van € 27 miljoen beschikbaar gesteld voor subsidies aan onderzoeks- en praktijkprojecten. Er zal ruimte zijn voor verschillende typen onderzoek (van fundamenteel tot actie-onderzoek). Naast nieuwe kennis en praktische oplossingen om de negatieve gevolgen van de pandemie te beperken is onderzoek nodig om te leren van de negatieve en positieve ervaringen, zowel nu als op de langere termijn. Het gehele programma loopt tot eind 2024 in verband met follow-up, lange termijn monitoring en de afronding van alle projecten. Gedurende het programma zullen tussentijdse resultaten worden gecommuniceerd. Ook zullen ZonMw en NWO bij de uitvoering van het programma verbinding houden met de door de Europese onderzoekstrajecten en de daarin deelnemende Nederlandse onderzoeksgroepen¹⁴ en op nationaal niveau in samenwerking en afstemming met het RIVM optrekken.

Daarnaast zijn het RIVM en GGD GHOR eind vorige week van start gegaan met een groot onderzoek naar gedrag en gezondheid, dat voor een belangrijk deel via ZonMw en door NWO wordt gefinancierd (€ 1 miljoen). Dit onderzoek wordt gedaan in samenwerking met de GGD'en in

¹¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

¹² Op urgente vragen is op korte termijn een antwoord noodzakelijk om huidige knelpunten te kunnen oplossen of vast te stellen welke maatregelen genomen kunnen worden. Daarnaast zijn er trajecten die acuut moeten starten om resultaten op te kunnen leveren voor de lange termijn.

¹³ <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/start-onderzoeksprogramma-covid-19-second-wave/>

¹⁴ https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/research-area/health-research-and-innovation/coronavirus-research-and-innovation_en

In mijn brief van 31 maart jl. heb ik u gemeld dat vanuit de Topsector Life Sciences and Health (LSH; Health~Holland) € 5 miljoen Publiek-Private-Samenwerkingsfinanciering reeds werd ingezet voor COVID-19 gerelateerde R&D en innovatie. Inmiddels zijn hiervoor ruim 35 projecten ingediend en worden deze week de eerste projecten gehonoreerd. Bovendien heeft LSH nog € 1,5–2,5 miljoen additionele inzet toegevoegd in een EUREKA-call in samenwerking met RVO om Nederlands bedrijfsleven en kennisinstellingen de optie te geven in internationale COVID-19 R&D-constructies te participeren (zie: <https://www.eurekanetwork.org/content/multilateral-call-solutions-covid-19-echo-period>).

Onderzoek naar pneumokokkenvaccinatie onder ouderen

In de brief van 8 april jl. gaf de Staatssecretaris van VWS aan dat hij de Gezondheidsraad om advies ging vragen over een eventuele herprioritering van de doelgroep voor pneumokokkenvaccinatie voor ouderen. Bijgaand ontvangt u het spoedadvies van de Gezondheidsraad hierover¹⁵. De Gezondheidsraad adviseert bij de vaccinatie te beginnen bij de mensen met de hoogste leeftijden, omdat die het meest kwetsbaar zijn. Zij hebben zowel bij ziekte door een pneumokokkeninfectie als bij COVID-19 een verhoogd risico op een ernstig beloop. De raad adviseert daarom alle 70–79-jarigen vaccinatie aan te bieden tegen pneumokokken, te beginnen bij de oudsten en afhankelijk van de beschikbaarheid van vaccin en uitvoeringsaspecten. Ook adviseert de raad mensen die longschade hebben opgelopen door COVID-19 voorlopig toe te voegen aan de groepen die op medische indicatie in aanmerking komen voor pneumokokkenvaccinatie. De Staatssecretaris staat welwillend tegenover het advies en komt zo spoedig mogelijk met een beleidsreactie. Bezien zal moeten worden of de hoeveelheid vaccin die nodig is voor deze doelgroep ook beschikbaar is of dat vooralsnog een deel van de doelgroep prioriteit krijgt.

8. Zorg voor kwetsbare mensen

Bij de bescherming van kwetsbaren mensen hanteer ik stevast de volgende concrete uitgangspunten: a) beperken fysieke en sociale contacten; b) zorgcontinuïteit en voldoende opvang van kwetsbare mensen; c) maatregelen voor personeel en kwetsbare mensen; d) sociale initiatieven stimuleren: omzien naar elkaar. In het onderstaande wordt ingegaan op de aanpak en stand van zaken per sector en waar nodig wordt verwezen naar voorgaande paragrafen.

a) Verpleeghuiszorg

Ik besef dat – naarmate de tijd vordert – het volhouden van het beperkte contact steeds meer vergt van zowel bewoners als hun naasten. Je partner, vader of ouder niet kunnen bezoeken blijft in een moeilijke tijd als deze extra zwaar. Ook voor zorgmedewerkers is dit een emotioneel zware tijd.

In het navolgende ga ik in op: 1) zicht op en inzicht in de ontwikkelingen, 2) ondersteuning aan aanbieders en zorgmedewerkers en 3) de volgende fase. Ik zal vooral ingaan op de stand van zaken van deze week en de aanvullende maatregelen in het kader van het OMT-advies.

¹⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

1) Zicht en inzicht op ontwikkelingen

Het beeld van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in verpleeghuizen van de afgelopen week ziet er als volgt uit:

- Het RIVM (peildatum 20 april) schat dat tot nu toe bij ongeveer 5.300 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ongeveer 1.430 mensen als overleden zijn gemeld.¹⁶ Er wonen momenteel circa 120.000 zeer kwetsbare mensen in een verpleeghuis. Dit betekent dat bij ongeveer 4% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en ruim 1% van de bewoners is overleden. Er zijn gelukkig ook honderden mensen die inmiddels zijn hersteld nadat COVID-19 werd vastgesteld.
- Het aantal meldingen van een bevestigde COVID-19 besmetting door «nieuwe verpleeghuislocaties» neemt af sinds de week 13 (24-29 maart), een week na de start van bezoeksregeling. Daarbij is wel sprake van een divers beeld; uitzondering op deze trend zijn de provincies Zuid-Holland, Noord-Holland en Overijssel.
- Naast de cijfers van het RIVM biedt informatie uit de Elektronische Patiënt Dossiers (EPD's) inzicht in het aantal verdenkingen van een COVID-19-besmetting in een verpleeghuis. Op 20 april bedroeg het aantal verdenkingen bijna 3600. Ook hier is sprake van onderrapportage, omdat de registratie van COVID-19 vooralsnog in ongeveer 2/3 van alle EPD's plaatsvindt.

Mensen in verpleeghuizen zijn kwetsbare mensen die gevoelig zijn voor besmettingen en extra risico hebben op ernstige klachten. Daarbij komt dat zij vaak onderling nauwe contacten hebben, waardoor de kans op een snelle verspreiding van het virus op een afdeling of locatie groot is. Daar waar het moeilijk lijkt om de verspreiding van het virus op locatie te voorkomen, blijft het evenwel bemoedigend dat het aantal meldingen per dag van «nieuwe verpleeghuislocaties» afvlakt. Het samenspel van de genomen maatregelen heeft effect. Over de resultaten van het beleid zoals verwoord in de motie van het lid Krol (50PLUS)¹⁷ kom ik later terug.

2) Ondersteuning van zorgaanbieders en zorgmedewerkers

In mijn vorige brief ben ik uitgebreid ingegaan op het ondersteuningspakket voor zorgaanbieders en zorgmedewerkers. Actiz en Verenso hebben verschillende *help desks* opgezet en Vilans en Waardigheid en Trots op locatie zetten zich in voor de ondersteuning van zorgmedewerkers en het verspreiden van goede voorbeelden.

3) De volgende fase

In de volgende fase zal mijn aanpak zich verder toespitsen op de volgende drie lijnen: (i) de bezoeksregeling (inclusief het OMT-advies), (ii) het leren van elkaar en (iii) het bevorderen van innovatieve behandelmethodes.

(i) Bezoeksregeling

Het kabinet heeft besloten verpleeghuizen te sluiten voor bezoek aan bewoners. Dit was en is noodzakelijk om bewoners, bezoekers en zorgverleners te beschermen tegen COVID-19, en om besmetting en verspreiding van het virus op verpleeghuislocaties te voorkomen. Het RIVM en het OMT constateren dat de bezoeksregeling in combinatie met de

¹⁶ 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.

¹⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 261

overige maatregelen effect heeft. Het kabinet neemt het OMT-advies over de bezoeksregeling in deze vorm te handhaven, in het belang van de bescherming van kwetsbare mensen, maar ook in het besef dat voor bewoners en hun naasten heel zwaar is om dit vol te houden. Tegelijkertijd wil het kabinet – in lijn met het OMT-advies – perspectief bieden op een verantwoorde aanpassing van de bezoeksregeling.

Het OMT oordeelt dat nader inzicht in de situatie in de verpleeghuizen nodig is, onder meer door gebruik te maken van de nu beschikbare testcapaciteit. Daartoe bereidt een aantal experts gericht onderzoek voor dat op zeer korte termijn wordt uitgevoerd. In dit onderzoek worden alle bewoners en medewerkers van twee verschillende locaties frequent getest. Het doel is om de prevalentie van het aantal besmettingen naar de daarbij behorende verschijnselen vast te stellen, alsook op welke wijze waarop de introductie en transmissie van het virus in verpleeghuizen plaatsvindt.

Daarnaast neemt het kabinet het OMT-advies over om een aantal kleinschalige pilots uit te voeren waar een verantwoorde versoepeling van de bezoeksregeling plaatsvindt. Ook deze route biedt noodzakelijk inzicht en ervaring. Een voorstel voor deze pilots is in voorbereiding door zes samenwerkende academische werkplaatsen ouderenzorg. Ik heb een groep bestaande uit bestuurders, professionals, wetenschappers, ethici en vertegenwoordigers van bewoners en naasten, gevraagd met me mee te denken over een aanpassing van de bezoeksregeling.

Gebruikmakend van deze inzichten en op basis van de feitelijke ontwikkelingen in verpleeghuizen wil ik in de komende weken een besluit nemen over een bredere aanpassing van de bezoeksregeling. Ik kom hierop in mijn volgende brief over de stand van zaken terug.

(ii) Leren van elkaar

Er zijn verschillen te zien tussen zorgaanbieders in de mate waarin zij te maken hebben met de gevolgen van COVID-19. Dit uit zich bijvoorbeeld in het aantal besmettingen van bewoners en zorgverleners en het ziekteverzuim van de zorgverleners. Dit is deels terug te voeren op de situatie in de regio, deels ook met de verschillen in aanpak. Voorbeelden van elementen die van belang zijn:

- Inrichten crisisorganisatie;
- Isolatie;
- Cohortverpleging;
- HRM- beleid gericht genoeg zorgverleners en gezond houden van zorgverleners,
- Arbeidsbeleid;
- Omgaan met verwanten;
- Communicatie met zorgverleners en communicatie met verwanten.

Het (gedegen onderbouwd) in beeld brengen van de context, de aanpak (inclusief details) en de resultaten en deze vervolgens delen kan ervoor zorgen dat zorgaanbieders van elkaar leren en effectiever worden in hun aanpak. De Academische Werkplaats ouderenzorg in Groningen ontvangt de crisisdagboeken van de zorgaanbieders die bij hen zijn aangesloten. Zorgaanbieders houden in crisisdagboeken bij hetgeen zij meemaken en doen met betrekking tot COVID-19. Deze crisisdagboeken kunnen waardevolle inzichten bieden voor andere zorgaanbieders.

Op basis van het voorgaande werk ik samen met het veld een aanpak uit hoe verpleeghuizen van elkaar kunnen leren, kennis kunnen vergaren en kennis kunnen delen. Zorginstellingen kunnen van elkaar leren op basis

van de reeds opgedane kennis. Het nog beter communiceren van de richtlijnen van RIVM en de beroepsgroepen richting de zorgmedewerkers op de werkvloer en het delen van goede voorbeelden en aanpakken (nationaal en internationaal) krijgen ook een belangrijke plek in deze aanpak. Het OMT steunt nadrukkelijk de wens van verpleeghuizen en zorgverleners om medewerkers in staat te stellen om bij constatering van een eerste COVID-19-patiënt gebruik te maken van persoonlijke beschermingsmiddelen zoals mondkapjes op de betreffende afdeling. Gebruik buiten de betrokken afdeling wordt echter afgeraden.

(iii) Bevorderen van innovatieve behandelmethodes

Ik wil naast het leren van elkaars kennis en ervaringen ook verkennen welke mogelijke effectieve behandelmethoden er zijn die bewoners en zorgverleners kunnen beschermen tegen COVID-19. Het kan daarbij ook over preventieve middelen gaan of anderszins. Deze mogelijkheden in beeld brengen, kan een middel tot lange termijnperspectief bieden. Het gaat hierbij zowel om nationaal onderzoek als naar kennis uit andere landen. Ik zal samen met deskundigen en beroepsgroepen verkennen welke studies, innovaties en onderzoeken bruikbaar zijn ter bescherming en behandeling van bewoners en zorgmedewerkers in verpleeghuizen bij COVID-19 gevallen. Uiteraard staat ook hierbij veiligheid van de ouderen voorop.

Ik beschouw hiermee de motie van de leden Marijnissen en Segers (Kamerstuk 25 295, nr. 256) als afgehandeld evenals mijn toezegging aan de heer Segers, de heer Krol en mevrouw Marijnissen op dit punt. Dit is in lijn met de motie van de leden Marijnissen en Segers (Kamerstuk 25 295, nr. 256) over analyse, eventuele verlenging van de maatregelen en het uitwerken van scenario's.

b) Gehandicaptenzorg

De voortdurende COVID-19 crisissituatie heeft ook zijn weerslag in de gehandicaptenzorg. Geen bezoek ontvangen of brengen is voor zowel cliënten als naasten zeer verdrietig. In veel gevallen is de dagbesteding gesloten en juist dagbesteding is voor mensen met een beperking erg belangrijk. Geen bezoek en geen dagbesteding heeft een grote impact op de emotionele en psychische gesteldheid van mensen. Tegelijkertijd werken alle betrokken medewerkers hard om het dagelijks leven van cliënten zo goed mogelijk door te laten lopen en degenen die ziek zijn vanwege COVID-19 te verplegen en verzorgen. De bewoners van deze instellingen wonen meestal ook in groepsverband bij elkaar, wat betekent dat ook hier de nodige maatregelen worden genomen om besmetting te voorkomen.

1) Zicht en inzicht op de ontwikkelingen

Het beeld van het aantal COVID-besmettingen en sterfte in gehandicapteninstellingen ziet er deze week als volgt uit.

- Het RIVM (peildatum 20 april) schat in dat tot nu toe bij zo'n 810 bewoners van gehandicapteninstellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, waarvan ongeveer 150 mensen zijn overleden¹⁸

¹⁸ Doordat tot april 6 na 1 à 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

- Het aantal gehandicaptenzorglocaties waar sprake is van ten minste één bevestigde COVID-19 besmetting ongeveer 260.¹⁹ Dit is ongeveer 10% van het totaal aantal locaties.
- Uit de onlinedatabase van het Radboud UMC, waaraan 60 organisaties deelnemen, blijkt dat AVG-artsen 799 verdenkingen hebben gemeld en dat bij 281 patiënten COVID-19 met een test is vastgesteld. Het aantal mensen dat is overleden en waar COVID-19 is bevestigd, is 29.
- Om nog beter zicht te krijgen op de ontwikkelingen zijn afspraken gemaakt dat de registraties over een (verdenking van) COVID-19 besmetting uit de onlinedatabase gedeeld gaan worden met het RIVM. Het aantal bevestigde COVID-19 besmettingen in de gehandicaptenzorg is toegenomen ten opzichte van vorige week. Ook voor gehandicapteninstellingen geldt dat mensen vaak dichtbij elkaar leven, waardoor de kans op een snelle verspreiding van het virus op een afdeling of locatie groot is. Daarnaast is het bemoedigend dat het aantal meldingen per dag van «*nieuwe gehandicaptenlocaties met COVID-19*» niet is toegenomen. Daarop lijkt ook hier het samenspel van de in de afgelopen periode genomen maatregelen effect te sorteren.

2) Ondersteuning van zorgaanbieders en zorgmedewerkers

In mijn vorige brief ben ik uitgebreid ingegaan op het ondersteuningspakket voor zorgaanbieders en zorgmedewerkers. Vilans zet zich in voor de ondersteuning van zorgmedewerkers en het verspreiden van goede voorbeelden. De VGN verzamelt kennis over de uitvoeringspraktijk en mogelijke verbeterpunten en deelt deze kennis onder haar leden. Ook vanuit VWS is bijna dagelijks contact met de zorgaanbieders om zicht te krijgen op de uitvoeringspraktijk, goede voorbeelden en zorgen die er leven.

Ik heb het lid Segers (CU) toegezegd terug te komen op het signaal dat medewerkers in de gehandicaptenzorg zouden moeten betalen voor hun COVID-19-test. In paragraaf 5 over het testen ben ik gegaan op wat de laatste stand van zaken, ook op dit punt.

3) De volgende fase

De aanpak voor de gehandicaptenzorg kenmerkt zich door enerzijds het bieden van goede en veilige zorg in deze COVID-19 crisistijd en anderzijds de kwaliteit van leven aan bewoners zo goed mogelijk vorm te geven en ruimte te bieden waar dat mogelijk is. Dan gaat het bijvoorbeeld om de bezoekersregeling. In navolging van de verpleeghuissector gaat het ook bij de gehandicaptenzorg om bezoekersregeling die recht doet aan de identiteit van de sector. Ik kom in mijn volgende brief daarop terug.

c) Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

De Staatssecretaris van VWS wil in deze brief opnieuw benadrukken hoe belangrijk het is dat we gedurende deze periode extra aandacht hebben voor de mentale gezondheid van ons allemaal. De situatie waarin wij verkeren heeft in verschillende mate impact op iedereen: denk aan mensen die hun baan verliezen of vereenzamen, zorgprofessionals en mantelzorgers en zorgvrijwilligers betrokken bij de zorg aan mensen met het coronavirus, patiënten die in het ziekenhuis zijn behandeld vanwege een coronabesmetting, en patiënten in de ggz die al een mentale

¹⁹ 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 postcode locatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

kwetsbaarheid kenden. Tegen deze achtergrond heeft de Staatssecretaris van VWS de uitvoering van de motie van het lid Segers c.s. aangaande preventieve maatregelen voor mentaal welzijn²⁰ ter hand genomen. Hierover bent u vorige week geïnformeerd.

Elders in deze brief wordt uiteengezet hoe wij via een publiekscampagne gericht op mentale gezondheid mensen willen steunen en handvatten willen geven om verder te komen.

Ondertussen wordt er door de zorgprofessionals in de ggz hard gewerkt om mensen ook gedurende deze periode goede zorg te verlenen. De Staatssecretaris van VWS heeft u reeds eerder geïnformeerd over de richtlijn «ggz en corona», die door de veldpartijen is opgesteld en is onderschreven door het RIVM. Partijen zijn voortdurend bezig om deze richtlijn te actualiseren, zodat zorgverleners in de ggz beschikken over de meest actuele handvatten voor het veilig verlenen van zorg. Op dit moment wordt gewerkt aan een versie 3.0 van deze richtlijn. De verwachting is dat die deze week wordt gepubliceerd²¹.

d) Kwetsbare mensen thuis

Voor de zorg en ondersteuning thuis werken we langs drie lijnen:

- **Zorgcontinuïteit** - Het uitgangspunt is de zorg en ondersteuning thuis zo goed als mogelijk te continueren. Waar dit niet gaat is het belangrijk alternatieven te bezien en deze goed vorm te geven. Zo raken kwetsbare mensen niet verstoken van de noodzakelijke zorg en hulp. Hiertoe zijn richtlijnen opgesteld in afstemming met het veld voor dagbesteding voor ouderen, voor hulp bij het huishouden en hulpmiddelenzorg²² waarin is aangegeven wat binnen de adviezen van het RIVM kan worden gedaan. VGN en Iederin komen nog met een richtlijn voor dagbesteding en mantelzorg voor mensen met een beperking. Met partijen in het veld en patiënten- en cliëntenorganisaties zullen we een vinger aan de pols houden of de richtlijnen ook worden opgevolgd.
- **Zorgverleners** – Indien zorgverleners die mensen thuis verzorgen (pgb gefinancierde zzp-ers, pgb gefinancierde informele zorg en onbetaalde mantelzorgers) *vermoeden* dat hun cliënt corona verschijnselen heeft, kunnen zij contact opnemen met de huisarts zodat de cliënt getest kan worden. Zorgverleners die zelf klachten krijgen kunnen zich ook laten testen. Ook worden deze zorgverleners nu meegenomen in de nieuwe verdeling van PBM. We werken momenteel aan een betere distributie van de persoonlijke beschermingsmiddelen voor deze groep zorgverleners. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie van het lid Krol (50PLUS) over aandacht geven aan de positie van mantelzorgers in het verdeelmodel van beschermende middelen²³. Indien het thuis met de cliënt niet langer gaat en de zorgverlener wegvalt, worden crisisplaatsen geregeld, dat kan bijvoorbeeld een andere zorglocatie zijn. Dit verloopt via de huisarts. Specifiek voor mantelzorgers is daarnaast een richtlijn gemaakt over welke hulp en ondersteuning er voor hen beschikbaar is (de zogenaamde zorgladder). De mantelzorglijn bij Mantelzorg.nl is er voor vragen die mantelzorgers hebben.
- **Mensen en hun naasten** - Aangezien door het OMT tot nu toe geadviseerd is geen kwetsbare mensen te bezoeken vanwege het

²⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 230.

²¹ <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/ggz-en-corona-richtlijn/richtlijn>

²² <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/04/16/zorg-voor-kwetsbare-mensen-die-thuis-wonen-nader-uitgewerkt>

²³ Kamerstuk 25 295, nr. 263

gevaar hen te besmetten, ligt sociale isolatie en eenzaamheid op de loer. Ook worstelen mensen met zingevingsvraagstukken. Er zijn veel initiatieven op gang gekomen eenzaamheid van mensen thuis te helpen verlichten. Diverse organisaties, zoals de Luisterlijn, het Rode Kruis, de ANBO en KBO PCOB/NOOM, hebben hulplijnen ingericht die bereikbaar zijn voor een hulpvraag of een luisterend oor. Er zijn ook platforms die de vele initiatieven verbinden aan vragen van mensen thuis zoals NLvoorElkaar, MijnBuurtje, WeHelpen en #NietAlleen. Soms zijn bij mensen thuis diepere levensvragen aan de orde. Een gesprek met een geestelijk verzorger kan dan een mogelijkheid zijn. De toegang tot geestelijke verzorging in de buurt, wordt weergegeven op de website geestelijkeverzorging.nl. Ondertussen heeft het kabinet het nieuwe OMT-advies overgenomen. Voortaan geldt: wijs bij zelfstandig wonende kwetsbare ouderen één of twee vaste personen aan die de oudere met enige regelmaat blijven bezoeken.

e) Maatschappelijke opvang, incl. dak- en thuislozen

Dak- en thuisloze mensen hebben over het algemeen een zwakkere gezondheid. Het is wenselijk goed zicht te krijgen op de gevolgen van de coronacrisis voor deze specifieke groep, zodat waar nodig aanpassingen in de aanpak kunnen worden gedaan. Om die reden heeft de Staatssecretaris van VWS de Nederlandse Straatdokters Groep gevraagd onderzoek uit te voeren naar de kenmerken, klachten, ziektebeloop en sterfte aan corona bij dak- en thuislozen. Het gaat daarbij zowel om dak- en thuisloze mensen waarbij er sprake is van een verdenking van besmetting, als degene die hierop positief zijn getest. Dit onderzoek start naar verwachting eind van deze maand. Het Ministerie van VWS wordt periodiek over de (eerste) resultaten geïnformeerd en bespreekt deze met VNG en Valente om te bezien of aanvullende maatregelen nodig zijn.

f) Jeugd

De maatregelen tegen het coronavirus hebben grote invloed op de zorg voor kinderen en jongeren in de residentiële jeugdhulp, inclusief jeugd-ggz en zorg voor jongeren met een verstandelijke of lichamelijke beperking. Nabijheid en fysiek contact zijn vaak belangrijk om deze kinderen te begeleiden of zich veilig te laten voelen. Een algehele bezoekersstop is daarom niet wenselijk, wel moeten professionals, ouders/opvoeders en kinderen de richtlijnen van het RIVM in acht nemen. Het is maatwerk of face to face contact mogelijk is. Bezoek is echter niet mogelijk als ouders of verzorgers klachten als keelpijn, hoesten of koorts hebben of als er indicaties zijn dat het kind of de jongere besmet is. Dan is nodig dat kinderen, ouders en hulpverleners op alternatieve wijze contact onderhouden, bijvoorbeeld via raambezoek of digitaal. Op de website van het Nederlands Jeugdinstituut worden de RIVM-richtlijnen en daarop gebaseerde adviezen voor de jeugdzorg op een toegankelijke wijze ontsloten voor kinderen/jongeren, ouders/opvoeders en jeugdprofessionals.²⁴ Jeugdprofessionals kunnen op die website ook terecht voor informatie welke beschermingsmiddelen ze in welke situatie dienen te gebruiken. Jeugdprofessionals die directe zorg verlenen aan kinderen of jongeren en die minimaal 24 uur symptomen van COVID-19 hebben komen in aanmerking om getest te worden.²⁵ Ook voor gescheiden ouders en hun kinderen hebben de coronamaatregelen grote gevolgen. VWS verleent een eenmalige bijdrage aan Villa Pinedo voor het laagdrempelig beschikbaar stellen van onlinetrainingen aan gescheiden ouders.

²⁴ <https://www.nji.nl/nl/coronavirus/Professionals/Fysiek-contact-in-een-residentiele-omgeving-bij-het-coronavirus>

²⁵ Inzet en testbeleid zorgmedewerkers instellingen voor jeugdzorg | LCI richtlijnen

g) Veilig thuis

Met onderstaande acht ik de Kamervragen gesteld op 8 april door de leden Bergkamp en Diertens²⁶ beantwoord. Juist in deze tijd moet er meer specifieke inzet zijn op het voorkomen en signaleren van huiselijk geweld. Om deze reden neem ik aanvullende maatregelen in de bestaande aanpak voor huiselijk geweld en kindermishandeling. Deze aanpak heb ik toegelicht in de brief «COVID-19 update stand van zaken» van 15 april 2020. Onderdeel hiervan is een publiekscampagne die ik met de Minister voor Rechtsbescherming ontwikkel met handelingsperspectieven voor slachtoffers en omstanders. Deze start binnen een week.

Ook bezie ik of de huidige manieren van melden voldoende bekend en voldoende laagdrempelig zijn. Voorbeelden uit het buitenland neem ik hierbij mee. Ik onderzoek de mogelijkheid van een landelijke chatfunctie van Veilig Thuis en het invoeren van een codewoord bij apotheken, zoals in Frankrijk en Spanje ingevoerd is, waardoor zij sneller kunnen melden aan Veilig Thuis.

Veilig Thuis is in Nederland immers het advies- en meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling. Daarom bezie ik of een dergelijke chatfunctie daar georganiseerd kan worden. Daarnaast is de politie er op momenten dat sprake is van noodsituaties en 112 wordt gebeld. Veilig Thuis en politie werken intensief samen om veiligheid voor slachtoffers te helpen organiseren samen met de hulpverlening. Dat kan in sommige gevallen ook betekenen dat slachtoffers een beroep moeten doen op de vrouwenopvang. Ik volg de ontwikkelingen hier op de voet en heb deze week, net als vorige weken, geen signalen gehad dat de capaciteit van de vrouwenopvang niet toereikend is.

Daarnaast zijn er verschillende bestaande initiatieven, zoals de chatfunctie van Fier. Fier ziet momenteel een stijging in het aantal gesprekken en unieke bezoekers. Er zijn veel initiatieven van hulplijnen en chatfuncties die in deze tijd een luisterend oor en hulp bieden. Deze ontwikkeling ondersteunt mensen in situaties waarbij spanningen oplopen en huiselijk geweld of kindermishandeling aan de orde is. Ik merk daarbij op dat ik dergelijke initiatieven een warm hart toedraag, maar het belangrijk vind om daarnaast ook zaken te kanaliseren. We hebben ook een landelijke telefoonlijn en chat via MIND Korrelatie opengesteld om advies te kunnen vragen als spanningen tussen partners uit de hand dreigen te lopen of extra opvoedvragen te kunnen stellen hoe om te gaan met de nieuwe thuissituatie. Dit maakt het melden en hulp vragen zo eenduidig en makkelijk mogelijk. In verschillende campagnes wordt aandacht besteed aan de hulplijnen die landelijk zijn ingesteld.

In Caribisch Nederland is ook specifieke aandacht nodig. Vanwege de zorgen over de kwetsbare gezinnen en personen, heeft ieder openbaar lichaam extra maatregelen genomen: op elk eiland zijn speciale Coronawerkgroepen ingericht met vertegenwoordigers van het openbaar lichaam, de plaatselijke hulpverleningsorganisaties en de politie. Zij hebben een overzicht van de kwetsbare gezinnen en personen en organiseren wat nodig is om hen te ondersteunen. Zo heeft Bonaire een opvang geregeld voor kinderen in de knel en worden voedselpakketten uitgedeeld. St Eustatius heeft in samenwerking met de Kindertelefoon Aruba een email-hulplijn geopend en op Saba kan telefonisch contact gezocht worden bij vragen, en voor hulp. Het Zorg- en Veiligheidshuis blijft operationeel waar het de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling betreft. Er is nauw contact met de coördinatoren huiselijk geweld en kindermishandeling van de drie openbare lichamen voor

²⁶ Aanhangsel Handelingen II 2019/20, nr. 2604

afstemming en uitwisseling van *best practices* onderling. Met hen wordt ook gekeken of er *best practices* uit Europees Nederland zijn die van meerwaarde kunnen zijn op de eilanden en ook goed toepasbaar zijn in de Caribische context. De Staatssecretaris van VWS zal u binnenkort nader informeren over de voortgang van het Bestuursakkoord Huiselijk geweld en kindermishandeling dat in 2017 tussen het Ministerie van VWS en de drie openbare lichamen is gesloten.

h) Geestelijke verzorging

Geestelijk verzorgers vallen binnen de groep van cruciale beroepen onder de categorie zorg en maatschappelijke ondersteuning. Nadere informatie hierover is te vinden op de website van de rijksoverheid met vragen en antwoorden over het coronavirus.

i) Maatschappelijke initiatieven

Nu de coronacrisis al weken voortduurt is het belang van maatschappelijke initiatieven onverminderd groot. Bijvoorbeeld het initiatief in het onderhouden van contact om vereenzaming tegen te gaan. De manieren om met elkaar in contact te blijven en invulling te geven aan de dag blijven gestaag groeien. Een veelgebruikte weg hiervoor is via de post. Bijvoorbeeld met kaartenacties voor ouderen, waaronder acties van PostNL met Hallmark (100.000 kaarten), Greetz en de Spar. Ook werkt de Sanoma Groep samen met KBO-PCOB, PostNL en Greetz om 134.000 edities van de Libelle en de Margriet gratis te bezorgen bij ouderen.

Daarnaast is er een actie om 120.000 eenzame mensen te verblijden met een boeket bloemen via Redjeboeketje, in samenwerking met de Zonnebloem. Ook via digitale wegen probeert men met elkaar in contact te blijven. Voor velen is dit een nieuwe manier om familie en naasten toch even te kunnen «zien». Zo werkt helpdigitaal.nl samen met verschillende partijen om tablets met een videobel-systeem bij ouderen aan te leveren en te ondersteunen met digitale hulp op afstand. Bovendien ontstaan er innovatieve en creatieve manieren om naasten en familie op afstand te ontmoeten, zoals de bezoekershuisjes en «flexotels» bij zorginstellingen.

9. Caribisch Nederland

Stand besmettingen, opgenomen patiënten en overledenen COVID-19-virus

De laatste gegevens van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien: Aruba (97), Sint Maarten (68), Curaçao (14), Sint Eustatius (2), Saba (2) en Bonaire (2). Thans liggen er op Sint Maarten 5 mensen op de IC, op Aruba 3 en op Curaçao 1. Op Sint Maarten zijn inmiddels 10 mensen overleden aan de gevolgen van het virus. Op Aruba zijn inmiddels 2 mensen overleden. Op Curaçao is 1 persoon overleden aan de gevolgen van COVID-19.

Uitbreiding IC-capaciteit

Het Ministerie van VWS heeft de afgelopen weken hard gewerkt om de IC-capaciteit in het Caribisch deel van het Koninkrijk te vergroten. Daartoe zijn de ziekenhuizen in het Caribisch deel van het Koninkrijk versterkt met 42 extra IC-beademingsplekken, bedoeld voor de inwoners van alle zes de eilanden. Op woensdag komt het benodigde extra personeel op Aruba en Curaçao aan. Dit wordt ingehuurd via een internationaal medisch uitzendbureau.

De ziekenhuizen in Caribisch Nederland en de ziekenhuizen in de drie landen zetten zich in om onderling de acute en essentiële zorg te waarborgen. Hiertoe zijn de zorgmogelijkheden in het ziekenhuis in Curaçao vergroot. Voor zeer specialistische acute zorg die niet beschikbaar is in het Caribisch deel van het Koninkrijk worden incidenteel artsen vanuit Nederland ingevlogen. Normaliter gaan deze patiënten naar Colombia. Dat is op dit moment, met uitzondering van prematuur geborenen, niet mogelijk omdat de grenzen van Colombia zijn gesloten. Daarom wordt een andere optie in de regio onderzocht.

10. Personeel in de zorg

Als gevolg van de COVID-19-epidemie draaien veel zorgverleners op dit moment overuren. Uiteindelijk zullen zij met het oog op hun duurzame inzetbaarheid en de continuïteit van zorg ook hun rustmomenten moeten pakken. Bij de opschaling van de reguliere zorg zal daarom nadrukkelijk gekeken moeten worden naar het vraagstuk van uitrusten en herstel van zorgverleners. Gegeven de specifieke omstandigheden kunnen werkgevers en werknemers goede afspraken maken die recht doen aan het belang van de medewerker en aan dat van de zorg. Dit is ook een nadrukkelijk uitgangspunt bij het weer opschalen van de meest urgente reguliere zorg. Ik heb de Chief Nursing Officer (CNO) gevraagd om mij te adviseren over de transitie naar reguliere zorg met daarbij in het bijzonder aandacht voor de draagkracht van verpleegkundigen en de positionering van verpleegkundigen binnen ziekenhuizen. Ik leg voor wat betreft het uitrusten en herstel van de huidige zorgverleners ook expliciet de verbinding met extrahandenvoordezorg.nl waar zich heel veel mensen hebben gemeld om als zorgprofessional te helpen. In dit kader wordt op dit moment een uitvraag voorbereid aan alle in de database opgenomen personen om te inventariseren of zij op de middellange en langere termijn nog beschikbaar zijn om bij te springen in de (reguliere) zorg.

Ruim 21,5 duizend mensen hebben zich gemeld bij www.extrahandenvoordezorg.nl. Daarvan zijn er ruim 15 duizend gebeld, bijna 6 duizend mensen zijn voorgesteld aan zorgorganisaties en daarvan zijn minimaal 1821 ook daadwerkelijk ingezet door zorgorganisaties. Daarnaast is de Nationale Zorgklas – waarmee we uitvoering geven aan de motie van het lid Krol²⁷ – van start gegaan met de eerste 62 personen vanuit onder andere KLM, maar ook vanuit zorgorganisaties Florence, Laurens, BrabantZorg en Zorggroep Elde Maasduijnen. Met de Nationale Zorgklas zetten we in op het snel mobiliseren en inzetbaar maken van extra personeel van buiten de zorg.

11. Publiekscommunicatie

De nieuwe tv-spotjes, radiospot en online middelen zijn nu een week zichtbaar. De eerste resultaten laten zien dat de campagne wordt gewaardeerd met een rapportcijfer 8,0 en door 85% van de mensen wordt herkend. De komende drie weken richten we ons op het bereiken van de jongere doelgroepen. Hierbij sluiten we aan op hun leefwereld door de vragen die jongeren hebben voor te leggen aan experts en ervaringsdeskundigen. Deze week starten de radiospots en sociale mediacampagne gericht op de mentale gezondheid. De thema's kindermishandeling, partnergeweld en ouderenmishandeling komen hierin aan bod.

²⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 233

Nieuwe informatiemiddelen

Naast de campagnes worden continu informatiemiddelen gemaakt naar aanleiding van de meest recente maatregelen en ontwikkelingen. Ook ter attentie van de veranderingen in maatregelen zoals in deze brief beschreven zal dat gebeuren. Recente voorbeelden zijn de factsheets over persoonlijke beschermingsmiddelen.

Met de aankomende Ramadan (23 april) en Koningsdag (27 april) in het vooruitzicht worden visualisaties gemaakt voor sociale media die landelijk gebruikt kunnen worden. Er is ook informatie gedeeld met ambassades zodat internationaal bekend kan worden gemaakt dat de traditionele vieringen niet door gaan. De extra inzet van (online) communicatie om te voorkomen dat er te veel drukte en besmettingsrisico ontstaat met het mooie weer, gaat onverminderd door.

Algemene publiekscommunicatie

Naar aanleiding van web statistieken en gebruikersonderzoek is rijksoverheid.nl/coronavirus toegankelijker en gebruiksvriendelijker gemaakt. In week 16 zijn daarmee 1.833.897 bezoekers bediend. Het informatienummer 0800–1351 was afgelopen week bereikbaar op de reguliere tijden, van 08:00–20:00 uur, en beantwoordde 24.132 telefoontjes.

Op sociale media is rijksbreed een bericht geplaatst over het houden van 1.5 meter afstand tot elkaar. Hiermee zijn ruim 350.000 mensen organisch (kosteloos) bereikt.

Onderzoek

Om het effect van de communicatie-inzet te onderzoeken, worden sinds 14 februari flitspeilingen gehouden onder het algemene publiek. Dit zijn korte, representatieve onderzoeken uitgevoerd onder Nederlanders van 18 jaar en ouder met als onderwerp het nieuwe coronavirus. De laatste meting laat zien dat de zorgen over het coronavirus vergelijkbaar zijn met de vorige meting van eind maart; driekwart van de Nederlanders is (heel erg) bezorgd. Men heeft vooral behoefte aan informatie over de gevolgen voor de samenleving. Het vertrouwen in de informatievoorziening en maatregelen vanuit de overheid blijft groot. 9 op de 10 vindt het nu voldoende tot goed. Ondanks een lichte daling is er nog veel begrip voor de maatregelen vanuit de overheid.

12. Internationale samenwerking

De coronacrisis vraagt wereldwijd om urgent handelen. Gecoördineerd optreden – bij voorkeur in multilateraal verband – is leidend voor dit kabinet. Dit komt flexibele, snelle en effectieve inzet van middelen ten goede. Het belang van coördinatie, coherentie en afstemming heeft Minister Kaag afgelopen weken ook benadrukt in overleg met de WHO, de EU, de VN en Financiële instellingen. Bij de toebedeling van Nederlandse bijdragen wordt daarom zoveel mogelijk aangesloten bij de steunverzoeken van deze multilaterale organisaties. Het is een gedeeld belang om de pandemie effectief en mondiaal te bestrijden door de medische en sociaaleconomische weerbaarheid van ontwikkelingslanden nu te verbeteren daarom is per direct EUR 100 miljoen euro op de BHOS-begroting vrijgemaakt ten behoeve van het bestrijden van de COVID-19 pandemie in ontwikkelingslanden en het mitigeren van de sociaaleconomische effecten. Op 2 en 14 april jl. heeft Minister Kaag de Kamer hierover geïnformeerd. Dit bedrag wordt specifiek ingezet ten

behoefte van preventie waar 15 miljoen voor is gereserveerd, humanitaire hulp waar 35 miljoen voor is gereserveerd, de overige 50 miljoen is bedoeld voor macro economische stabiliteit.

13. Financiën in de zorg

Zorgverzekeringswet

Op basis van de voorhangbrief die op 15 april aan uw Kamer²⁸ is gestuurd heeft de NZa concept beleidsregels opgesteld, die ter consultatie aan het veld zijn voorgelegd. Het betreft de continuïteitsbijdrage en de meerkostenregeling. Zoals op 15 april gemeld, wordt deze week de aanwijzing aan de NZa verstuurd. De NZa publiceert de (beleids)regels op of rond 1 mei 2020, en zijn geldig vanaf 1 maart 2020.

Wet langdurige zorg

Op 16 april heb ik een opdrachtbrief aan de NZa gestuurd waarin een nadere uitwerking wordt gegeven aan deze maatregelen die zijn genomen om te voorkomen dat zorgaanbieders in de langdurige zorg door de coronacrisis in financiële problemen komen. Concreet gaat het ook hier om de maatregelen die toezien op vergoeding van extra kosten die zorgaanbieders maken en op de compensatie van gedeelde omzet. Zorgverzekeraars Nederland heeft met een brief de nadere uitwerking bij alle zorgaanbieders in de langdurige zorg nogmaals onder de aandacht gebracht.

Sociaal Domein

VNG en het Rijk hebben op 25 maart bestuurlijke afspraken gemaakt over het bieden van financiële zekerheid en ruimte aan zorgorganisaties en professionals. Afsproken is dat financiering van de omzet wordt doorgezet op het niveau van voor de corona-crisis. Op deze wijze personeel en expertise tijdens de coronacrisis zoveel mogelijk van waarde en zijn deze ook na de crisis beschikbaar. VNG heeft in een handreiking nadere invulling aan de afspraak voor omzetgarantie gegeven zodat gemeenten eenduidig vorm geven aan het bieden van omzetzekerheid aan hun aanbieders in het Sociaal Domein²⁹.

Eigen bijdragen Wmo tijdens Covid-19

In de huidige situatie kan het – gegeven van RIVM-aanwijzingen – zo zijn dat zorg en ondersteuning niet of niet meer op de gebruikelijke wijze kan worden geleverd. Zorgaanbieders zijn opgeroepen om – vanwege de getroffen maatregelen – waar mogelijk volwaardige alternatieve vormen van zorg en ondersteuning te bieden. Het kan ook voorkomen dat zorg en ondersteuning in zijn geheel geen doorgang kan vinden, op verzoek van de cliënt, of als resultaat van overleg van aanbieder en cliënt. Deze situatie doet zich naar huidig inzicht met name voor bij voorzieningen die op grond van de Wmo toegekend zijn, in het bijzonder bij hulp bij het huishouden en bij voorzieningen als begeleiding en dagbesteding. Cliënten in de Wmo betalen in 2020 als regel een vast tarief van € 19 per maand (het abonnementstarief) voor ondersteuning, ongeacht het aantal voorzieningen dat zij op grond van de Wmo ontvangen. Indien de beoogde Wmo-ondersteuning feitelijk in enige maand niet wordt geboden, geldt de lijn dat de eigen bijdrage die maand niet wordt gefactureerd. Eén en ander overeenkomstig het door uw Kamer in 2019

²⁸ Kamerstukken 25 295, 29 689 en 33 628, nr. 274

²⁹ <https://vng.nl/nieuws/afspraken-continuïteit-financiering-sd-uitgewerkt>

tijdens de wetsbehandeling Wmo abonnementstarief benoemde uitgangspunt.

Bij het vaststellen van dit uitgangspunt, dat is uitgewerkt in een zogenaamd «start-stopbeleid», was geen rekening gehouden met het in deze omvang geconfronteerd worden met het niet of anders leveren van de ondersteuning waartoe beschikt is. Integendeel, er werd uitgegaan van een relatief beperkt aantal situaties waarin dit het geval zou zijn. Bijvoorbeeld het tijdelijk stoppen van een voorziening in verband met tijdelijk verblijf in een ziekenhuis.

De toepassing van de beleidslijn start-stop tijdens de huidige crisis zou echter betekenen dat gemeenten nu, in overleg met aanbieders, voor het totale cliëntenbestand Wmo zouden moeten bezien in welke individuele situaties de eigen bijdrage gestopt zou moeten worden (en wanneer deze weer gestart zou moeten worden). Dit leidt onherroepelijk tot veel onduidelijkheid, discussies en bezwaarprocedures en daarmee voor alle betrokken partijen een onevenredig grote (administratieve) uitvoeringslast bezorgen. Los van de vraag of deze exercitie in opzet al uitvoerbaar is, zou dit gemeenten en zorgaanbieders afleiden van de grote opgaven waarvoor zij in deze tijd gesteld zijn. Om die reden vind ik dit geen reële optie.

Gelet op het voorgaande heb ik besloten dat Wmo-cliënten, exclusief cliënten met de voorzieningen beschermd wonen en opvang³⁰, ³¹ in elk geval voor de maanden april en mei geen eigen bijdrage hoeven te betalen. Ik hecht hierbij te benadrukken dat mijn inspanningen en die van gemeenten en aanbieders erop gericht zijn om zo snel en zo veel zoveel mogelijk – in goed overleg met de cliënten – continuïteit van Wmo-ondersteuning te bewerkstelligen, ook in deze tijd. Regulier waar het kan, alternatief waar nodig en mogelijk.

Het CAK vraag ik zorg te dragen voor de uitvoering van dit besluit. Het CAK informeert cliënten op korte termijn over dit besluit en draagt zorg voor een correcte administratieve afhandeling en lastenverlichting voor gemeenten, zorgaanbieders en burgers. Met de VNG ga ik in overleg over compensatie van de in de betreffende maanden door gemeenten gederfde inkomsten uit eigen bijdragen. Ik ben partijen erkentelijk dat zij zich op korte termijn bereid hebben getoond om deze oplossing mogelijk te maken om zo de uitvoering van de zorg en ondersteuning te ontlasten gedurende deze crisis.

Kosten beschermingsmaterialen

Sinds enkele weken coördineert en verzorgt het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) de inkoop en distributie van beschermingsmaterialen. Door de wereldwijd grote vraag liggen de prijzen van deze beschermingsmaterialen momenteel hoger dan gebruikelijk. Ik heb besloten om het verschil tussen de gebruikelijke prijs en de actuele kostprijs te dekken (prijs-effect). Aangezien zorgaanbieders te maken hebben met een hoger dan regulier gebruik van beschermingsmaterialen, zullen zij desondanks met hogere kosten worden geconfronteerd (volume-effect). Voor de vergoeding van deze hogere kosten is de toezegging van zorgverzekeraars over de omgang met meerkosten, op basis van de NZa-regels, van toepassing.

³⁰ Voor beschermd wonen geldt dat er geen signalen zijn over het (in groten getale) stoppen van voorzieningen. Bij opvang is de heffing van de bijdrage gekoppeld aan het gebruik, waardoor automatisch geen bijdrage verschuldigd is wanneer de opvang niet wordt gebruikt.

³¹ Mensen worden niet vrijgesteld van de verschuldigde eigen bijdragen voor verstrekte hulpmiddelen en woningaanpassingen, maar de eigen bijdrage daarvan wordt om uitvoeringstechnische redenen gedurende deze maanden niet geïnd.

14. Slimme digitale oplossingen

Op 6 april heeft het OMT mij geadviseerd zo snel mogelijk de mogelijkheden voor ondersteuning van bron- en contactonderzoek met behulp van mobiele applicaties te onderzoeken. In mijn brief van 7 april heb ik reeds aangegeven dat bij een intensiever testbeleid onlosmakelijk het intensiveren van contactonderzoek hoort en dat ik daarom verken welke apps binnen een beleid van testen, traceren en thuisrapportage in de volgende fase kunnen worden ingezet. Cruciale randvoorwaarden zijn privacy, informatieveiligheid, grondrechten, nationale veiligheid en toegankelijkheid. Een andere randvoorwaarde is vrijwillig gebruik. Op basis van deze uitgangspunten ben ik gestart met de verkenning naar digitale middelen ter ondersteuning van het bron- en contactonderzoek. Dit heb ik toegelicht in mijn brief van 7 april. Op 8 april heeft uw Kamer ingestemd met de motie van het lid Jetten c.s.³² waarin mij werd verzocht «hierover zo spoedig mogelijk duidelijkheid te geven aan het parlement, waarbij het uitgangspunt is dat de inzet van deze apps proportioneel is en de apps op het gebied van privacy voldoen aan de bestaande wetgeving zoals de AVG, en de Autoriteit Persoonsgegevens bij deze uitwerking betrokken zal worden». In mijn brief van 15 april³³ heb ik u geïnformeerd over de Uitnodiging in de vorm van een marktconsultatie die ik heb gedaan aan aanbieders van apps en experts om te komen met voorstellen voor werkende slimme digitale oplossingen ter ondersteuning van de volgende fase in het maximaal controleren van Covid-19.

De marktconsultatie ben ik gestart om snel mogelijk de mogelijkheden voor ondersteuning van bron- en contactopsporing door de GGD met behulp van mobiele applicaties te onderzoeken. Ik kreeg van veel leveranciers en experts de boodschap dat dergelijke oplossingen al bestaan en binnen korte tijd ingevoerd kunnen worden. Ik heb daarom in korte tijd een brede verkenning gedaan of er een inzetbare app voor traceren van contacten bestaat en of deze een zinvolle aanvulling kan zijn op de volgende fase en eventuele toekomstige maatregelen. Ik heb als onderdeel van de marktconsultatie met een «appathon» opgehaald wat er technisch mogelijk is en aan welke randvoorwaarden een app moet voldoen om bij experts en het publiek voldoende vertrouwen te verkrijgen om te komen tot breed gebruik. Daarnaast heeft de GGD de afgelopen dagen de eisen waaraan digitale ondersteuning van bron- en contactopsporing moet voldoen om de GGD echt te ondersteunen steeds preciezer vormgegeven.

De uitvraag is ook internationaal gedaan, gebruik makend van de Europese Toolbox. Inmiddels zijn 5 Europese landen gestart met digitale middelen die het bron- en contactonderzoek ondersteunen. In Oostenrijk, Noorwegen, Tsjechië, IJsland en Cyprus wordt inmiddels gebruik gemaakt van apps. In veel andere landen worden voorbereidingen getroffen om tot een dergelijke app te komen. Duitsland was bijvoorbeeld voornemens de app in te voeren na Pasen, maar heeft besloten dit met drie weken uit te stellen. Een pandemie bestrijden stopt niet bij de grens. Daarom heeft Nederland intensief bijgedragen aan de door de Europese Commissie gepubliceerde Aanbeveling³⁴ en «Toolbox»³⁵ voor lidstaten voor apps ter ondersteuning van bron- en contactopsporing en de aanbevelingen ook overgenomen.

De zichtbare inzet van alle betrokkenen in aanloop naar en tijdens de appathon heeft geleid tot een breed maatschappelijk debat, en daar ben ik blij mee. Ook met de kritische noten die gekraakt werden. Ik denk niet licht

³² Kamerstuk 25 295, nr. 223

³³ Kamerstuk 25 295, nr. 249.

³⁴ https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/5_en_act_part1_v3.pdf

³⁵ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/covid-19_apps_en.pdf

over de invoering van digitale ondersteuning van bron- en contactopsporing. Ik zal geen concessies doen aan de randvoorwaarden. De eventuele invoering van rtk, zo meldde ik u vorige week al, zal gepaard moeten gaan met wetenschappelijk onderzoek. Daarom ben ik ook blij met de discussie en opvolgend verslag³⁶ van de Gezondheidsraad waar wetenschappelijke thema's staan benoemd met betrekking tot het gebruik van een dergelijke app. Ik deel de conclusie dat niet de technologie zelf de uitweg uit de lockdown zal bieden, maar het gedrag van de mensen in de samenleving.

In de bijlage schets ik het proces dat de afgelopen dagen heeft plaatsgevonden ten aanzien van apps ter ondersteuning van bron- en contactopsporing door de GGD³⁷.

Thuis rapporteren

De inzet van apps kan ook bij thuisrapporteren behulpzaam zijn. Zo kunnen apps hier mogelijk de reguliere monitoring van contacten minder arbeidsintensief voor GGD'en maken en het bereik daarmee vergroten. Het doel van een thuis rapportage-app is het ondersteunen in de uitvoering van de follow-up fase van het bron- en contactonderzoek van de GGD om zo COVID-19 maximaal te kunnen controleren.

Er bestaat al een groot aantal symptomencheckers of vragenlijsten, die op basis van klachten een inschatting kunnen maken van mogelijke COVID-19 besmetting, zoals bijvoorbeeld de corona vragentest van Thuisarts.nl. Deze is vrij toegankelijk voor iedereen en kan helpen in het beoordelen en het vergroten van bewustzijn van klachten die passen bij COVID-19. Daarnaast bestaan er al hulpmiddelen waarmee symptomen periodiek worden uitgevraagd en door mensen op afstand kunnen worden opgevolgd of begeleid, zodat bijvoorbeeld een medewerker van een medisch team contact op kan nemen als hier aanleiding toe is. Dit monitoren en rapporteren via digitale middelen kan ook naast de follow-up van bron- en contactonderzoek gebruikt worden. We zien van dergelijke toepassingen al veel mooie voorbeelden in Nederland, onder andere vanuit het OLVG in Amsterdam (nagevolgd door vele andere ziekenhuizen).

Met mijn Uitnodiging van zaterdag 11 april om voorstellen in te dienen heb ik ook gevraagd om voorstellen voor dergelijke rapportage apps. Het spreekt voor zich dat ook deze middelen binnen de geldende wet- en regelgeving vallen en daarbinnen alleen met toestemming gegevens delen. De komende weken wil ik deze bekijken en zien of, en zo ja welke, deze op een slimme wijze onderdeel kunnen zijn van de volgende fase. Reeds bestaande initiatieven zoals van het OLVG neem ik daarin mee. Zo kan ik dergelijke hulpmiddelen voor iedereen maximaal toegankelijk maken.

Hoe verder?

De conclusie van de appathon is dat de getoonde apps nog niet aan alle gestelde eisen voldoen. Ook de uitkomsten van het broncode onderzoek en de pentesten³⁸, het oordeel van de Autoriteit Persoonsgegevens³⁹ en

³⁶ <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/overige/2020/04/20/verslag-wetenschappelijke-discussiebijeenkomst-covid-19-apps-als-onderdeel-van-een-exitstrategie>

³⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

³⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2020/04/19/rapportage-veiligheidstest-potentiele-corona-apps/Rapportage+ministerie+van+VWS+corona-apps+19042020.pdf>

³⁹ <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/sites/default/files/atoms/files/onderzoeksrapportage-bron-en-contactopsporingsapps.pdf>

de privacy-analyse van de Landsadvocaat⁴⁰ tonen dit aan. De publieke beproeving heeft duidelijk gemaakt wat ons nog te doen staat. Daarnaast is ook duidelijk geworden dat de eisen die de GGD stelt aan digitale ondersteuning van bron- en contactonderzoek nog preciezer moeten worden, dat er terechte waarborgen nodig zijn voor eerdergenoemde randvoorwaarden en dat gedragswetenschappelijke begeleiding bij het succesvol introduceren van eventuele apps cruciaal is.

Ik zet daarom de volgende stappen, die gelijktijdig en uiteraard in nauwe afstemming en samenhang worden gezet:

- *Precisering van de epidemiologische eisen van digitale ondersteuning*
De GGD richt op mijn verzoek een taskforce in die de epidemiologische eisen formuleert aan digitale ondersteuning van de verschillende fasen. Daarin zullen tenminste het RIVM, de GGD, virologen en epidemiologen zitting hebben. Deze week zullen zij de nadere eisen aan digitale ondersteuning van bron- en contactopsporing opleveren, zodat eventuele bouw kan starten. Daarmee geef ik ook invulling aan het advies van de AP, dat de eisen die de overheid stelt klip en klaar moeten zijn en de kaders duidelijk.

In het licht van een fasegewijze strategie is ook al eerder het belang genoemd van digitale thuisrapportage en van begeleiding door medici op afstand. Ik heb de taskforce daarom meegegeven de in de marktconsultatie tot nu toe opgehaalde voorstellen te beschouwen die zien op thuis rapporteren, op begeleiding van patiënten op afstand en op andere manieren van digitale ondersteuning. Daarbij heb ik de taskforce gevraagd te komen met voorstellen voor de inpassing in het proces en implementatie daarvan. Bij dit alles is er ook een samenhang tussen invoering van digitale ondersteuning van bron- en contactonderzoek en testcapaciteit. Immers, hoe meer mensen getest worden, hoe meer mensen een melding van mogelijke besmetting krijgen en daarmee handelingsadvies nodig hebben. En hoe meer mensen gevolgd en (wellicht) getest zullen moeten worden. Ik heb de taskforce meegegeven de digitale ondersteuning van de volgende fase daarom in samenhang met het testbeleid en de testcapaciteit te ontwikkelen.

- *De juiste mensen samenbrengen om te komen tot goede, open source, software*

Mede op basis van de conclusies van KPMG, de Landsadvocaat, het college van de Rechten van de Mens en de AP, heb ik besloten nu geen opdracht te geven voor de inzet van een of meer specifieke oplossingen zoals die tot nu toe zijn ingediend. Ik ben echter wel onder de indruk van de kracht van alle app-bouwers die ik aan het werk heb gezien en van hun lef om op zo korte termijn deel te nemen aan een publieke beproeving van hun voorstellen. Ik heb ook geconstateerd dat er een goede basis in kennis en vergevorderde oplossingen is om verder op te bouwen. Daarom is het mijn inzet om snel te kunnen beschikken over een team met de juiste bouwers en ook met experts op het gebied van onder andere informatieveiligheid, privacy, grondrechten, nationale veiligheid en inclusie. Mensen die in staat zijn om samen de digitale ondersteuning te realiseren die nodig is volgens epidemiologen en die voldoet aan alle randvoorwaarden.

Ik wil komen tot het juiste team, met de juiste mensen. Ik onderzoek nog de passende wijze om te komen tot een dergelijk team. De opdracht die ik zal meegeven aan dat team is om een digitale toepassing te realiseren om bron- en contactopsporing te ondersteunen.

⁴⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2020/04/19/samenvatting-privacy-analyse-contactonderzoeksapps/Samenvatting+privacy-analyse+contactonderzoeksapps.pdf>

Vorige week in het debat meldde ik u dat ik openbare broncode eis. Ik heb besloten nog een stap verder te gaan. Het team dat aan het werk zal gaan krijgt de opdracht mee om alle oplossingen die ze maken open source te doen zijn.

- *Zorg dragen voor waarborgen ten aanzien van informatieveiligheid, privacy, grondrechten en nationale veiligheid*
Informatieveiligheid, privacy, grondrechten en nationale veiligheid zijn uiterst belangrijke randvoorwaarden bij de ontwikkeling en de toepassing van dit soort applicaties. Ik zorg voor voldoende checks op dit proces. Want snelheid en zorgvuldigheid moeten blijven samen gaan. Dat betekent dat de relevante partijen (de AP, het College voor de Rechten van de Mens, het NCSC en de NCTV) nauw betrokken blijven. Niet alleen nu bij het formuleren van de eisen en de beoordeling van de stappen die ik zet en de voorstellen die ik doe, maar ook bij de stappen daarna. Zo worden de apps voordat deze beschikbaar komen voor het publiek ook getoetst op de gevolgen voor de nationale veiligheid en de grondrechten van burgers.
Door aan de voorkant rekening te houden met dergelijke risico's wordt bijgedragen aan het creëren van het noodzakelijke draagvlak en een solide implementatie op basis van geldende wet- en regelgeving. Vertrouwen in de toegevoegde waarde en de aanpak van bron- en contactopsporing is essentieel voor het kunnen realiseren van een bijdrage aan de gezondheid en veiligheid door de inzet van mobiele applicaties. Wanneer het vertrouwen wegvalt als gevolg van breder gebruik van de data, veiligheidsincidenten of misbruik zal de app niet meer gebruikt worden en wordt het vertrouwen in de overheid ondermijnd.
Binnen die context zijn randvoorwaarden en beveiligingsvereisten geformuleerd waaraan de applicaties moeten voldoen om de risico's voor de nationale veiligheid en informatieveiligheid te beperken. Deze criteria zijn meegenomen in de marktconsultatie en worden betrokken in het verdere selectieproces. Ook zullen criteria op het gebied van digitale inclusie worden meegenomen, dit houdt in dat de apps begrijpelijk en toegankelijk moeten zijn voor zoveel mogelijk mensen. Ik zal op deze en de eerdergenoemde eisen ook weer het publiek en experts betrekken.
- *Nader uitwerken wat er gedragskundig nodig is voor zinvolle toepassing*
Nog duidelijker is geworden dat gedragswetenschappelijke begeleiding nodig is om een goed beeld te hebben bij ongewenste neveneffecten en die waar mogelijk van maatregelen te voorzien. Gezien dit belang richt ik ook hier een taskforce voor in. Ik heb het RIVM bereid gevonden om deze taskforce samen te stellen en daarbij gevraagd wetenschappers te betrekken. Naar aanleiding van de adviezen van de AP en het College voor de Rechten van de Mens overweeg ik, onder meer om ongewenste neveneffecten tegen te gaan, ook de wettelijke verankering van een verbod op verplichting door derden van het gebruik van apps die bedoeld zijn ter ondersteuning van de volgende fase.

Het is mijn voornemen u volgende week nader te informeren over het vervolg. Mijn verwachting is dat over vier weken een goed vervolgbesluit zal kunnen nemen over of en hoe apps kunnen worden ingezet ter ondersteuning van bron- en contactonderzoek en op welke wijze deze dan eventueel kan worden geïntroduceerd.

15. Overig

Ik heb uw Kamer toegezegd terug te komen op de vraag uit het plenair debat (d.d. 16 april) over het reproductiegetal uit de technische briefing van 1 april jl. Ik heb voor u de sheets van de technische briefing bekeken⁴¹. Tijdens het debat heb ik u ook aangegeven dat de technische briefing nog te bekijken is. De heer van Dissel heeft geen specifiek reproductiegetal genoemd maar op basis van de grafiek, die voortkomt uit modellen en dus per definitie omgeven is met onzekerheden, kan ik me voorstellen dat de indruk bij externen is ontstaan dat de R0 op dat moment rond de 0.3 zou zijn. De heer van Dissel heeft dat echter niet gezegd.

Tot slot

Deze coronacrisis is voor ons allemaal ingrijpend. We zetten nu voorzichtige stappen op de weg naar het nieuwe normaal. Dat betekent dat we de maatregelen met elkaar moeten volhouden. Ik blijf u op de hoogte houden van nieuwe ontwikkelingen.

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

⁴¹ Kamerstuk 25 295, nr. 248