

Vergaderjaar 2020–2021

**25 295**

## **Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 543**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 september 2020

#### **1. Inleiding**

Het coronavirus is inmiddels al ruim een half jaar onder ons. Na de eerste golf van besmettingen in maart en april, die het leven kostte aan ruim 6.000 Nederlanders en een ongekend beslag legde op de (ziekenhuis)zorg in ons land, kwamen we vanaf mei tijdelijk in iets rustiger vaarwater. De laatste weken is het aantal besmettingen echter weer snel opgelopen. Zodanig zelfs dat het nodig bleek om in een aantal regio's aanvullende maatregelen te nemen. In mijn brief van 18 september heb ik uw Kamer daarover geïnformeerd<sup>1</sup>. Om te voorkomen dat het aantal besmettingen verder toeneemt, het aantal COVID-19 patiënten in de ziekenhuizen verder oploopt en er nog meer maatregelen nodig zijn is het van belang dat we ons aan de basisregels moeten blijven houden: werk zoveel mogelijk thuis, was regelmatig je handen, houd anderhalve meter afstand, vermijd drukte en laat je testen bij klachten.

Dat het aantal besmettingen oploopt komt doordat we het steeds moeilijker vinden om ons aan de maatregelen te houden. Dat is natuurlijk logisch, want het is heel menselijk om dicht bij elkaar te willen zijn. Maar het is toch echt nodig dat we voorlopig afstand bewaren. Door maatregelen waar mogelijk regionaal te nemen in plaats van landelijk, zoals in het begin van de coronacrisis, zorgen we er in ieder geval voor dat mensen in regio's waar het wel goed gaat niet onnodig belast worden. Daarnaast zetten we steeds meer in op communicatie naar specifieke doelgroepen, zoals jongeren, jongvolwassenen, mensen met een migratie-achtergrond, ouderen en mensen met een beperking. Hiermee willen we vanuit de overheid iedereen maximaal ondersteunen om de maatregelen vol te houden.

<sup>1</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 542

Dat dit een heel ingrijpende situatie is voor individuele Nederlanders en de samenleving als geheel is helder. Gelukkig zijn er inmiddels steeds meer positieve ontwikkelingen en vooruitzichten te melden. Wereldwijd werken farmaceuten aan de ontwikkeling van een vaccin. De Europese Commissie zet zich in om namens alle lidstaten van de Europese Unie zogenoemde *advance payment agreements* te sluiten met aanbieders van een kansrijk kandidaat-vaccin tegen COVID-19. Verkennende gesprekken met zes verschillende vaccinproducenten zijn succesvol afgesloten; met twee producenten is het contract inmiddels getekend. Enkele van deze vaccins bevinden zich momenteel in de laatste testfase. Het is nog onduidelijk wanneer deze studies worden afgerond, maar het is mogelijk dat nog in het laatste kwartaal van dit jaar resultaten beschikbaar komen. Indien deze testresultaten succesvol zijn, kunnen de vaccins in de eerste maanden van 2021 beschikbaar zijn. In mijn brief over de vaccinatiestrategie, die parallel met deze aan uw Kamer wordt gestuurd, ga ik hier verder op in.

Verder heb ik goede hoop dat met de inzet van snelle antigentesten en innovatieve testmethoden die momenteel worden ontwikkeld, de samenleving steeds meer open kan in de periode dat het virus nog onder ons is. In mijn brief van 18 september jl. heb ik geschetst welke ontwikkelingen er op dit terrein spelen.

### *Leeswijzer*

In deze brief ga ik allereerst in op de stand van zaken rondom testen en traceren (paragraaf 2). Vervolgens zal ik meer toelichten over de Coronamelder (paragraaf 3). Daarna breng ik u op de hoogte over de doorontwikkeling van het dashboard (paragraaf 4). Daaropvolgend ga ik in op de stand van zaken rondom vaccins (paragraaf 5), opschaling IC/klinische bedden (paragraaf 6), opschalen reguliere curatieve zorg (paragraaf 7), persoonlijke beschermingsmiddelen (paragraaf 8), kwetsbare ouderen in verpleeghuizen (paragraaf 9), kwetsbare ouderen thuis (paragraaf 10), kwetsbare ouderen thuis (paragraaf 11), andere kwetsbare groepen (paragraaf 12), innovatieve behandelingen (paragraaf 13), actuele ontwikkelingen COVID-19-situatie in het Caribisch deel van het Koninkrijk (paragraaf 14), bonus voor zorgprofessionals (paragraaf 15), aandacht voor elkaar (paragraaf 16) en publiekscommunicatie (paragraaf 17). In de laatste paragraaf (paragraaf 18) zal ik ingaan op diverse onderwerpen zoals de tegemoetkoming voor amateursportorganisaties (TASO), onderzoek Q-koorts en COVID-19, C-support, het artikel «A Smoking Gun»: Infectious Coronavirus Retrieved From Hospital Air uit de New York Times en tot slot de rechtmatigheid van COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen.

Ik stuur deze brief mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Met deze brief voldoe ik aan:

- Het verzoek van het lid Krol uit ordedebat 8 september jl. om in te gaan op knelpunten in relatie tot de GGD (Handelingen II 2019/20, nr. 98, Regeling van Werkzaamheden).
- De toezegging aan de D66-fractie over de manier waarop een COVID-19 vaccin toch voor de Nederlandse markt beschikbaar blijft.
- De motie van het lid Dik-Faber met het verzoek om in overleg met cliëntenorganisaties oplossingen uit te werken en daarbij ook te kijken naar het preventief verstrekken van medische mondklappers voor specifieke groepen (Kamerstuk 25 295, nr. 491)
- De motie van het lid Jetten met de vraag om te onderzoeken of de maatregelen in geval van een verhoogde omgevingsprevalentie of

uitbraak bij verpleeghuizen ook van toepassing zijn voor onderdelen van de zorg thuis, gehandicaptenzorg en ggz en indien dat het geval is, deze maatregelen zo spoedig mogelijk in te zetten (Kamerstuk 25 295, nr. 530).

- De motie van het lid Van Brenk over de oprichting van een nationaal monument van rouw (Kamerstuk 25 295, nr. 338).
- De motie van het lid Azarkan over het monitoren van negatieve gezondheidseffecten als gevolg van de coronacrisis (Kamerstuk 25 295, nr. 335).
- De toezegging aan het lid Heerma om onderzoek te laten doen naar de relatie tussen een (doorgemaakte) infectie met Q-koorts en extra kwetsbaarheid voor COVID-19.
- De motie van de leden Jetten en Marijnissen die verzoekt om te bezien hoe vraaggerichte nazorg kan worden ingericht voor post-COVID-19 patiënten waarbij zorg, begeleiding en onderzoek worden gecombineerd, en hierin de ervaringen van onder meer Q-support mee te nemen (Kamerstuk 25 295, nr. 325)
- De toezegging aan het lid Sazias om de Kamer informeren over de uitwerking van de opdracht inzake de motie van de leden Jetten en Marijnissen.
- De toezegging aan het lid Wilders om kennis te nemen van het artikel «A Smoking Gun»: Infectious Coronavirus Retrieved From Hospital Air uit de New York Times van 11 augustus.
- De toezegging aan het lid van den Berg om inzicht te geven in de rechtmatigheid van COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen

Daarnaast heeft de commissie VWS mij op 18 september 2020 verzocht om een kabinetsreactie op het bericht «Mondkapjesrichtlijn RIVM voor ouderenzorg tóch gebaseerd op schaarste» te ontvangen. Ik zal u hierover separaat mijn reactie sturen.

## **2. Testen en traceren**

### *Laatste cijfers bron- en contactonderzoek*

Allereerst schets ik een beeld over hoe het nu verloopt met het bron- en contactonderzoek (BCO). In de wekelijkse update van het RIVM over de epidemiologische situatie COVID-19 in Nederland van 15 september jl. worden er cijfers omtrent het BCO gepresenteerd. In de periode van 8 tot 15 september zijn er 8.265 COVID-19 patiënten door de GGD'en gemeld, de week ervoor lag dit getal op 5.427. De afgelopen weken is naar aanleiding van bijna alle positieve testuitslagen een BCO uitgevoerd, ondanks de toenemende besmettingsdruk. In de weken 34 en 35 lag dit percentage rond de 95%. De afgelopen weken wordt er per BCO tussen de twee en drie *nieuwe* huisgenoten of nauwe contacten geïdentificeerd. Zij worden benaderd door de GGD met het strikte advies om tien dagen in quarantaine te gaan.

Sinds 6 juli is in 36,3% van de besmettingen een gerelateerd ziektegeval geïdentificeerd én wordt een setting van besmetting vermeld in het registratiesysteem. In meer dan de helft van die situaties is de thuissituatie de waarschijnlijke setting van besmetting. In de gevallen dat er geen gerelateerd ziektegeval is geïdentificeerd en dus geen setting van besmetting is geregistreerd, is er vaak wel een serieus vermoeden van de setting van besmetting. Deze wordt echter niet geregistreerd bij de GGD, bijvoorbeeld omdat het mogelijk gerelateerde ziektegeval zich niet heeft laten testen. In werkelijkheid is dus in meer gevallen bekend wat de mogelijke setting van besmetting is.

Uit het regionale beeld komt naar voren dat de meeste besmettingen zich centreren in de regio's met de grote steden. Alleen al van de 1.977 positief

geteste mensen op vrijdag 18 september, komen 416 meldingen uit Amsterdam-Amstelland, 328 uit Rotterdam-Rijnmond, 196 uit Haaglanden en 165 uit Utrecht.

Naast de individuele besmettingen zijn er op dit moment 633 actieve clusters met een gemiddelde grootte van 6,5 personen per cluster. De range is 3-277. Een cluster betreft een groep van minimaal 3 besmette personen die aan elkaar gerelateerd zijn. De bron voor de meeste besmettingen is de thuissituatie, in 37% van de clusters. Daarnaast worden verpleeghuizen, werksituaties, kennissen en vrienden én horeca vaak genoemd als setting van een cluster.

### *Risicogericht BCO*

In bepaalde regio's wordt in overleg met de veiligheidsregio en het RIVM overgegaan tot een meer risicogerichte aanpak van het BCO. Dit gebeurt op dit moment in meerdere regio's. De belangrijkste reden voor het overgaan tot een risicogericht BCO is dat de betreffende regio vanwege de besmettingsdruk onvoldoende capaciteit, inclusief de hulp van de nabij gelegen regio's en de inzet vanuit de landelijke schil, beschikbaar heeft om alle BCO's conform het RIVM protocol uit te voeren. Het uitvoeren van het risicogericht BCO verhoogt de snelheid waarmee het BCO kan worden opgestart. Hierdoor kan de positief geteste persoon en dienst contacten na de testuitslag snel geïnformeerd worden.

In de handreiking *maatregelen bij clusters en regionale verspreiding van COVID-19* van het RIVM<sup>2</sup> wordt ingegaan op hoe dit risicogericht BCO eruit kan zien. In deze handreiking worden drie scenario's benoemd: clusters zonder verdergaande verspreiding in de samenleving, clusters met verdergaande verspreiding in de samenleving en wijdverspreide community transmissie. In de eerste twee scenario's wordt aangeraden om het BCO bij clusters aan te scherpen. Als er sprake is van clusters met verdergaande verspreiding in de samenleving kan er bijvoorbeeld voor gekozen worden alle contacten gerelateerd aan het cluster te adviseren in quarantaine te gaan, dus ook niet nauwe contacten. Met dergelijke aanscherpingen van het BCO kan de keten van besmetting bij clusters sneller doorbroken worden. In het laatste scenario, wijdverspreide community transmissie, kunnen gezien de toename van de besmettingsdruk capaciteitsoverwegingen bij BCO een rol gaan spelen. Een GGD kan er in deze situatie conform de handreiking voor kiezen om de positief geteste personen zelf hun contacten te laten informeren of het bellen van nauwe contacten te prioriteren boven het bellen van huisgenoten. Huisgenoten worden immers vaak tegelijkertijd met de positief geteste persoon geïnformeerd. Een GGD kan ook in overleg met het RIVM bekijken om tijdelijk de registratielast te verlagen, waarbij opgemerkt dient te worden dat dit niet mag betekenen dat het zicht op het virus afneemt. Met deze maatregelen blijft de kern van het BCO (het achterhalen van de mogelijke bron van besmetting en het identificeren van contacten) behouden, ook in het geval van wijdverspreide community transmissie. Wel wordt de werkdruk voor de GGD verlicht waardoor een groter aantal BCO kan worden opgestart. Het is belangrijk om te benadrukken dat al deze maatregelen zo tijdelijk mogelijk van aard moeten zijn.

---

<sup>2</sup> <https://lci.rivm.nl/covid-19/clusters-regionale-verspreiding>

## *Verloop opschaling BCO capaciteit*

Op 28 augustus jl. heeft GGD GHOR Nederland (GGD GHOR) het plan *Doorontwikkelen en versnellen BCO capaciteit* opgeleverd. Dit plan heb ik reeds naar uw Kamer verstuurd<sup>3</sup>. In dit plan staat beschreven hoe GGD GHOR de paraatheid van de BCO capaciteit wil versterken en hoe de opschaling er in september uit zal zien. Conform dit plan wordt de regionale capaciteit en de landelijke schil verder uitgebreid, zodat er eind september voldoende capaciteit is voor ongeveer 1.500 BCO per dag (op reguliere wijze). Op dit moment is er capaciteit voor ongeveer 1.200 BCO per dag (op reguliere wijze). Daarmee wordt de opschaling volgens plan uitgevoerd. Gezien de actuele besmettingsdruk, moesten enkele regio's noodzakelijkerwijs overstappen op het risicogericht BCO. Ondanks de versnelde en doorlopende opschaling van BCO capaciteit bij de GGD'en (regionaal en landelijk), is het niet de verwachting dat op zeer korte termijn overal weer regulier BCO mogelijk is.

Met dit plan is de herijking van de opschaling in capaciteit nog niet afgerond. Zoals ik aangaf in mijn brief van 28 augustus jl. zal GGD GHOR de uitgangspunten van de opschaling periodiek herijken. Er wordt op dit moment hard gewerkt aan een *integraal opschalingsplan testen en traceren* waarin een doorkijk wordt gegeven naar de benodigde capaciteit bij de GGD voor het najaar. Hierover lopen nu gesprekken tussen het RIVM, GGD GHOR en VWS over de te hanteren uitgangspunten in het licht van de toenemende besmettingsdruk. Overigens heeft GGD GHOR aangegeven voorlopig maximaal te blijven opschalen in BCO capaciteit, ook na eind september.

### *Toezicht op testen en bron- en contactonderzoek*

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft in de zomerperiode intensief onderzoek gedaan naar de uitvoering van het testbeleid en het bron- en contactonderzoek. Er is gekeken naar de gehele keten; van afnemen van testen tot onderzoek door laboratoria en het uitvoeren van bron- en contactonderzoek. Ook heeft de IGJ 289 burgers gevraagd naar ervaringen met het testen en het bron- en contactonderzoek door de GGD'en. Op 17 september heeft de inspectie de uitkomsten van dit onderzoek op haar website gepubliceerd<sup>4</sup>.

De IGJ heeft grote waardering voor de manier waarop de GGD'en het testen en het BCO in korte tijd hebben opgezet. Daarnaast concludeert de inspectie dat het testen en het bron en contact-onderzoek over het algemeen goed gaat. Ze adviseert te werken aan de organisatiestructuur en de professionalisering van de keten. Wanneer te veel mensen zonder klachten zich laten testen en wanneer het aantal nauwe contacten van besmette personen erg hoog blijkt te zijn, worden de bestaande knelpunten binnen het testen en BCO uitvergroot. Dit vraagt veel capaciteit, onder andere van laboratoria. De IGJ doet aanbevelingen om het functioneren van de keten te verbeteren.

Ik vind het belangrijk hier nogmaals te benadrukken dat wat betreft de financiering omtrent testafnames en capaciteit voor BCO ik niet duidelijk genoeg kan zijn: kosten mogen geen rol spelen in het opschalen. Voor het inschakelen van andere testafname partijen heb ik recent een brief gestuurd naar GGD'en, op welke manier zij dit kunnen organiseren. Voor het opschalen in BCO capaciteit heb ik afspraken gemaakt met GGD GHOR.

<sup>3</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 510

<sup>4</sup> <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2020/09/17/ggden-zijn-goed-op-weg>

Later deze maand rondt de IGJ een breed onderzoek naar het aanbod, de beschikbaarheid en de kwaliteit van coronatesten af.

### *Regie op de keten van testen en traceren*

Tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen van 17 september jl. (Handelingen II 2020/21, nr. 3, Algemene Politieke Beschouwingen) is er berichtgeving in Trouw verschenen over een brief van de voorzitter van de GGD GHOR, de heer Rouvoet, aan mij aangaande het testbeleid. Deze brief, die de vorm van een emailbericht heeft, treft u bijgevoegd aan<sup>5</sup>. Op verzoek van uw Kamer geef ik u hierbij een reactie op deze berichtgeving. Tevens ga ik daarmee in op het verzoek van de heer Krol uit het ordedebat van 8 september jl. om in te gaan op knelpunten in relatie tot de GGD.

Op 16 september heb ik een mail ontvangen van de heer Rouvoet waarin wordt ingegaan op de huidige krapte in de testcapaciteit, het voorrangsbekleid voor zorgpersoneel en onderwijzend personeel (primair- en voortgezet onderwijs), het nemen van maatregelen om de verspreiding van het virus tegen te gaan, en de stand van zaken omtrent het te verwachten opschalingsplan testen en traceren voor oktober-december. Naar aanleiding van deze mail heb ik op de avond van 17 september een goed gesprek gevoerd met de directeurs Publieke Gezondheid (DPG), de voorzitter van de GGD GHOR Nederland, een vertegenwoordiger van de Veiligheidsregio's, de directeur van het LCDK en de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM. Wij hebben gesproken over de verschillende onderwerpen uit de mail. Bij individuele DPG'en bestaat behoefte nog meer meegenomen te kunnen worden in de afwegingen tussen testen, bron- en contactonderzoek, en maatregelen.

Samen met de GGD'en, het RIVM, het Landelijke Coördinatieteam Diagnostische Keten (LCDK) en Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) deel ik de behoefte om de regie op de gehele keten van testen, bron- en contactonderzoek en maatregelen te versterken. Momenteel speelt de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) hier een rol in. Om sterker te kunnen sturen op de verbetering van de samenwerking tussen ketenpartners, een toekomstbestendig inrichting van het testlandschap zal ik de rol van de LCT intensiveren. Ik zal binnenkort een nieuwe voorzitter benoemen van de LCT. Over diens opdracht zal ik uw Kamer nader informeren. Daarnaast zal ik de komende weken de positionering en de operationele slagkracht van het LCDK versterken. Het LCDK krijgt het mandaat om te kunnen sturen op teststromen, inclusief de hiervoor noodzakelijke allocatie van schaarse materialen voor laboratoria.

De noodzaak van het verstevigen van de regie wordt onderschreven door de resultaten van het rapport van de IGJ naar de uitvoering van het testbeleid en het bron- en contactonderzoek. In mijn brief van 28 augustus jl. aan uw Kamer ben ik reeds ingegaan op de verantwoordelijkheidsverdeling in het stelsel van volksgezondheid. Wettelijk gezien is er geen sprake van centrale aansturing vanuit het Ministerie van VWS of door GGD GHOR op de regionale GGD-en. Zoals eerder met uw Kamer gedeeld zijn de GGD'en regionaal georganiseerd en staan, in geval van bestrijding van een A-ziekte, onder aansturing van de voorzitters veiligheidsregio's. De Minister van VWS is verantwoordelijk bij de bestrijding van een A-ziekte. De Minister van VWS geeft leiding aan de bestrijding en kan (als uitiem instrument) de voorzitter van de veiligheidsregio een aanwijzing geven (art. 7 Wpg). Het samenspel met de afzonderlijke GGD'en vindt dus plaats op verschillende niveaus, en vanuit verschillende posities en rollen. Vanuit mijn positie als Minister van VWS schep ik de kaders waarin

<sup>5</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

organisaties opereren. En ben ik opdrachtgever richting de organisaties in de keten. Onderdeel van goed opdrachtgever- en opdrachtnemerschap is dat inzichtelijk is hoe de uitvoering van de opdracht verloopt, en dat deze resultaten transparant zijn. Met deze informatie kan nog beter gestuurd worden op, met name, de overgangen in de keten en daarmee de doorlooptijden te verbeteren. De basis van een effectieve aanpak van de verspreiding van het virus.

### **3. CoronaMelder**

Op donderdag 3 september (Kamerstuk 35 538) heeft uw Kamer ingestemd met het wetsvoorstel Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19 (Handelingen II 2019/20, nr. 97, stemmingen). Dit wetsvoorstel ligt momenteel ter behandeling voor bij de Eerste Kamer. Zoals ik in mijn brief van 11 september heb gemeld, heb ik de praktijktest met CoronaMelder aangepast ten aanzien van testen na notificatie zonder klachten<sup>6</sup>. Na behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer, en uitgaande van een positieve uitkomst, zal ik uw Kamer informeren over de datum van landelijke introductie van CoronaMelder. Zoals eerder aangegeven, zal in de handelingsadviezen de op dat moment geldende richtlijn van het Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) worden gevolgd. Tevens zal in de voorbereiding op de landelijke introductie, extra aandacht besteed worden aan het vrijwillige karakter van het gebruik van CoronaMelder.

### **4. Doorontwikkeling dashboard**

#### *Nieuw ontwerp met meer lokale en regionale cijfers*

Het coronadashboard geeft ons sinds begin juli zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus. Inmiddels is het dashboard ver ontwikkeld. Sinds dinsdag 15 september heeft het coronadashboard een nieuw ontwerp waarmee ook meer lokale en regionale cijfers duidelijk inzichtelijk zijn geworden. Zo kan men nu bijvoorbeeld ook zien wat het aantal positief geteste mensen is in ieders gemeente.

Deze regionale en lokale cijfers worden steeds belangrijker nu we het aantal besmettingen weer zien oplopen. We moeten maatregelen nemen daar waar het virus de ruimte krijgt. Door goed inzichtelijk te hebben hoe besmettingen oplopen, kunnen we met gerichte maatregelen in de regio's waar dat nodig is, het virus hard raken maar de samenleving niet.

Om duidelijk te kunnen maken wat de situatie is in een bepaalde regio, maken we gebruik van een escalatieladder. Verschillende regio's worden aan de hand daarvan ingeschaald op besmettingsrisico. Ik heb in mijn brief van 18 september toegelicht. Het risiconiveau waarin een regio zich bevindt, is terug te zien op een kaart op het coronadashboard. Het streven is om op korte termijn ook de geldende maatregelen in een regio te ontsluiten via het dashboard. Voor nu kan via het dashboard al doorgeklikt worden naar de maatregelen die gelden in de regio's met een verhoogd besmettingsrisico.

#### *Vooruitblik*

Het dashboard wordt komende periode verder uitgewerkt. Om het dashboard zo goed mogelijk te laten aansluiten bij onze gebruikers (burgers, bestuurders, professionals, journalisten en beleidsmakers), wordt het dashboard continu getoetst door middel van gebruikersonder-

<sup>6</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 537



zoeken. Ook wordt een communicatiestrategie uitgewerkt om de verschillende doelgroepen van het dashboard zo optimaal mogelijk te kunnen bedienen.

Daarnaast wordt permanent gewerkt aan het toevoegen van nieuwe databronnen en het vergroten van de kwaliteit. Zo geeft het dashboard binnenkort ook inzicht in het percentage positieve testen en wordt verpleeghuisdata verbeterd en ook regionaal zichtbaar. Tevens wordt gewerkt aan het inzichtelijk maken van gedragsindicatoren.

## **5. Vaccins**

De Europese Commissie heeft met zes verschillende vaccinproducenten verkennende gesprekken succesvol afgesloten over de aanschaf van een vaccin tegen het coronavirus; met twee producenten is het contract inmiddels getekend. In deze gesprekken zijn ook afspraken gemaakt over levering aan de lidstaten. Elk land krijgt naar rato van het inwonersaantal een deel van de vaccins. Met deze afspraken is de levering van vaccins geborgd, ook aan de Caribische delen van het Koninkrijk. Hiermee geef ik invulling aan de toezegging die ik tijdens het debat van 25 juni jl. heb gedaan aan de D66-fractie over de manier waarop een COVID-19 vaccin toch voor de Nederlandse markt beschikbaar blijft (Handelingen II 2019/20, nr. 88, item 9). Voor de overige stappen die ik zet in het kader van de COVID-19 vaccinatiestrategie, verwijs ik u naar mijn brief over de voorbereidingen van een COVID-19 vaccinatieprogramma, die ik uw Kamer parallel aan deze voortgangsbrief stuur.

## **6. Opschaling IC en bijbehorende klinische capaciteit**

Naar aanleiding van het plan van Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) zijn ROAZ-en en ziekenhuizen druk bezig met de opschaling van de IC- en klinische COVID-19-capaciteit. Voor een actueel overzicht van het aantal COVID-patiënten dat op de Intensive Care (IC) verblijft en het aantal non-COVID-19-patiënten op de IC verwijs ik graag naar de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS).<sup>7</sup> Om de oplopende druk bij de ziekenhuizen gelijkmatig te verdelen worden de patiënten in de drukke regio's weer verspreid.

Ziekenhuizen benadrukken in het kader van de opschaling het belang van de continuïteit van de reguliere zorg en spannen zich in om deze zoveel mogelijk doorgang te laten vinden. Voor de continuïteit van de reguliere zorg én voor de opschaling van de IC-capaciteit en klinische capaciteit is het beschikbaar hebben van voldoende personeel een zeer belangrijke factor. Tevens is de betrokkenheid van medewerkers hierbij onontbeerlijk. Zeker in een periode waarin er veel wordt gevraagd van eenieder en waarin onzekerheid is over een eventuele tweede golf, is het van groot belang dat zorgprofessionals gehoord en betrokken wordt in de uitwerking van de plannen die gemaakt worden. Medezeggenschap van verpleegkundigen is hierin dus een belangrijk thema. Ik heb uw Kamer op 15 september 2020 reeds geïnformeerd over het advies van de Chief Nursing Officer over de positionering van verpleegkundigen<sup>8</sup>.

Meer specifiek heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport in gesprek met de NVZ, de NFU en V&VN onder de aandacht gebracht dat zij verwacht dat het verpleegkundig perspectief goed betrokken wordt bij de IC-opshaling. Dit is bevestigd door de bestuurders van deze organisaties.

<sup>7</sup> <https://lcps.nu/>

<sup>8</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 411



Het Ministerie van VWS zal de ziekenhuizen die gaan opschalen, op basis van de afspraken die hierover zijn gemaakt, een kostendekkende en doelmatige vergoeding geven voor kosten die direct gekoppeld zijn aan de opschaling. Op dit moment wordt deze subsidieregeling nader uitgewerkt. Over de voortgang van de opschaling heb ik regelmatig overleg met onder andere de ROAZ-voorzitters en de ziekenhuiskoepels. Ten aanzien van de beademingsapparatuur kan ik u mededelen dat op basis van de inventarisatie bij alle opschalende ziekenhuizen naar benodigde beademingsapparatuur in het kader van de opschaling geconcludeerd is dat er kan worden voldaan aan de eerste en tweede voorkeur van de ziekenhuizen zelf. In september wordt de apparatuur aan de ziekenhuizen voor de opschalingsfases tot en met 1.350 IC-bedden uitgeleverd. Daarna wordt gewerkt aan uitlevering voor de opschaling richting 1.700 IC bedden. De beademingsapparatuur zal door VWS aan de ziekenhuizen worden geschonken.

## **7. Stand van zaken opschalen reguliere curatieve zorg**

De ontwikkeling in de mate waarin reguliere zorg weer wordt verleend, heeft nog altijd onze aandacht. Het is van belang dat COVID-19 en reguliere zorg zoveel mogelijk naast elkaar worden geleverd, ook wanneer we met een opleving van het virus te maken krijgen. Recent zijn enkele nieuwe rapportages uitgebracht door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). VWS heeft de NZa gevraagd om de opschaling van de reguliere zorg te coördineren. Zoals eerder toegezegd, wordt uw Kamer bij deze hierover geïnformeerd<sup>9</sup>.

Nadat de planbare zorg in de gehele curatieve sector sinds half maart is afgenomen, lijkt de zorg zich te ontwikkelen naar een nieuwe normale situatie waarin de benodigde zorg weer geleverd wordt. Over het algemeen is een stevig herstel te zien en dat is mede doordat zorgaanbieders en de ROAZ-regio's, samen met veldpartijen en de NZa, de opschaling van zorg in gezamenlijkheid hebben opgepakt. Hieronder licht ik de situatie per sector toe.

### *Medisch-specialistische zorg (msz)*

Het wekelijks aantal verwijzingen van de huisarts naar het ziekenhuis is weer terug op het niveau van vorig jaar. In totaal zijn er dit jaar ruim 800.000 minder verwijzingen ten opzichte van vorig jaar. Uit de rapportage van juli<sup>10</sup> bleek dat een relatief groot aantal patiënten in juni voor het eerst gezien is. Dit zou kunnen betekenen dat de achterstand die is ontstaan in maart en april nu wordt ingehaald. Vooral bij de specialismen KNO, oogheelkunde en orthopedie, over het algemeen de specialismen waar in maart het snelst werd afgeschaald, is die stijging het grootst. De NZa stelt in hun rapportages over de oncologische zorg<sup>11 12</sup> dat bij sommige oncologische verwijzingen er mogelijk ook sprake is van een inhaalslag. Inmiddels blijkt uit de rapportage van augustus dat in juli het aantal behandelde patiënten in ziekenhuizen gelijk of iets hoger is dan in juli 2018 en juli 2019<sup>13</sup>.

<sup>9</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 428

<sup>10</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_316708\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316708_22/1/)

<sup>11</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_316707\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316707_22/1/)

<sup>12</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_319568\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_319568_22/1/)

<sup>13</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_319567\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_319567_22/1/)

### *Geestelijke gezondheidszorg (ggz)*

De zesde rapportage voor de ggz toont dat het aantal verwijzingen vanuit de huisarts net zo hoog is als voor de COVID-19-uitbraak, maar niet hoger. Er is dus (nog) geen sprake van een inhaaleffect. Vanaf half maart zijn er ongeveer 65.000 minder verwijzingen geweest. Kijkend naar de cijfers die ggz-aanbieders tot 1 augustus hebben aangeleverd, is er in de wachttijden in de ggz weinig verandering zichtbaar. De NZa heeft in de rapportages van juli en augustus voor het eerst gebruik gemaakt van actuele registratiedata over behandeltrajecten van enkele ggz-instellingen. Op basis van deze (niet representatieve) data constateert de NZa onder andere dat het aantal nieuw gestarte behandelingen sinds de COVID-19-maatregelen sterk gedaald is en nog niet op het niveau van voorgaande jaren zit. Hierin speelt de zomervakantie ook mee. Dit zou deels een verklaring kunnen zijn voor het feit dat de wachttijden nog niet teruglopen. Op 23 september vindt er weer een koepeloverleg over de corona-crisis met de ggz-sector plaats, dan zullen deze ontwikkelingen geagendeerd worden.

In de augustus-rapportage presenteert de NZa ook voor het eerst data over het aantal minuten directe behandeltijd. Het aantal directe patiëntgebonden minuten daalde na invoering van de corona-maatregelen, maar ligt inmiddels hoger dan vorig jaar. Ook geeft de rapportage inzicht in de ontwikkeling van het aantal opnamedagen. Het aantal opnamedagen is in de eerste periode na de invoering flink gedaald (40%), herstelt langzaam en zit inmiddels weer dicht bij het oude niveau. Het beeld van het aantal patiënten met een openstaand zorgtraject dat zorg heeft ontvangen (directe behandelminuten of opnamedagen) lijkt niet veel te verschillen met voorgaande jaren. Met name de daling van het aantal gestarte zorgtrajecten is een aandachtspunt, ook in het kader van de aanpak van de wachttijden. Zoals de Staatssecretaris in zijn brief aan uw Kamer van 1 juli jl. aangaf werken veldpartijen en VWS aan een ambitieuze agenda om deze wachttijden aan te pakken<sup>14</sup>. De Staatssecretaris zal u hier in september over de voortgang informeren.

### *Huisartsenzorg*

Wat betreft huisartsenzorg heeft het Nivel in opdracht van de NZa onderzoek gedaan naar de doorgang van deze zorg in de afgelopen periode<sup>15</sup>. Hieruit blijkt dat huisartsen een kwart minder patiënten in hun praktijk zagen in de periode van 9 maart tot 24 mei en de helft minder visites aan patiënten aflegden. Huisartsen zagen vooral mensen die (mogelijk) COVID-19 hadden, patiënten met lichte klachten bleven veelal weg. Wel is een stijging te zien in het aantal consulten via de telefoon, beeldbellen of e-mail. Op dit moment is de zorgvraag weer zo goed als terug op het niveau van voor de COVID-19 uitbraak.

### *Wijkverpleging*

Begin juli heeft de NZa een eerste rapportage<sup>16</sup> voor wijkverpleging uitgebracht. Deze analyse is gebaseerd op data van vier relatief grote aanbieders van wijkverpleging. Het is daarmee geen representatieve weergave voor de hele sector, maar geeft wel een indicatie van de impact van COVID-19 op de afbouw en opstart van wijkverpleging. Bij deze vier aanbieders daalde tussen half maart en eind april het aantal zorgvragen. Op het laagste niveau van de analyseperiode waren er 13,4% minder cliënten en is het totale aantal uren geleverde zorg zo'n 19% lager dan

<sup>14</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 546

<sup>15</sup> <https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003787.pdf>

<sup>16</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_315615\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_315615_22/1/)

voor de uitbraak. Hier zijn verschillende redenen voor zoals het stilvallen van vervolgzorg vanuit het ziekenhuis, een vermindering van de instroom van nieuwe cliënten via de huisarts en minder verplaatsing naar het verpleeghuis. In sommige gevallen hebben cliënten zorg zelf afgezegd of is in overleg met de cliënt zorg afgeschaald. De noordelijke provincies kende daarbij minder terugval in zorg dan de zuidelijke provincies. Inmiddels is de wijkverpleging via de reguliere wijkroutes weer toegenomen.

Daarnaast heeft de NZa onderzocht wat de relatie is tussen het af- en opschalen van electieve ziekenhuiszorg en de wijkverpleging. Slechts 2% van de cliënten in de wijkverpleging heeft daarvoor planbare ziekenhuiszorg ontvangen. Als niet planbare ziekenhuiszorg hierbij wordt opgeteld, gaat het om 7% van de cliënten in de wijkverpleging. Nu de ziekenhuizen steeds meer reguliere zorg opstarten, is het belangrijk dat zij dat in samenhang met andere partners in de zorgketen doen. Om de doorstroom naar wijkverpleging optimaal te houden, is het van belang om aanbieders van wijkverpleging goed te betrekken bij de opstart van zowel urgente als niet urgente ziekenhuiszorg in de regio.

Inmiddels is via de tweede rapportage wijkverpleging<sup>17</sup> declaratiedata beschikbaar die ook de landelijke ontwikkelingen weergeeft. Te zien is dat de omzet en het aantal (nieuwe) cliënten na een daling in april weer toeneemt in mei en juni. De totale uitgaven aan wijkverpleging zijn in april 2020 met 8% gedaald in vergelijking met april 2019. Het aantal nieuwe cliënten was die maand zo'n 20% minder dan het jaar daarvoor. Op basis van een indicatie van de cijfers van vier grote aanbieders valt op te maken dat ook in de periode na juni weer meer uren zorg wordt geleverd. Bij deze vier aanbieders is halverwege augustus het niveau van 2019 echter nog niet gehaald.

#### *Zorg in andere sectoren*

Ook de mondzorg en paramedische zorg zijn na een periode van zeer beperkte zorgverlening weer opgeschaald. Mondzorgpraktijken kennen inmiddels een omzet van zo'n 95% vergeleken met dezelfde periode in 2019, mede dankzij het hanteren van ruimere openingstijden. Beroepsgroepen in de paramedische zorg hadden op 30 april jl. een document gereed over hoe de paramedische zorg op verantwoorde wijze opgeschaald kon worden. Bij de NZa zijn geen signalen bekend over problemen bij de opschaling in deze sector.

#### *Komende periode*

De NZa blijft de reguliere zorg in de curatieve sector, maar daarnaast ook in de langdurige zorg, de komende tijd nauwkeurig volgen en monitoren. De NZa is alert op signalen en meldingen van knelpunten in de toegankelijkheid van zorg, ook door hierover in gesprek te blijven met de belangrijkste betrokken organisaties, en houdt ook de ontwikkeling in wachttijden in de gaten. Dit is te meer van belang nu als gevolg van de snelle toename van de besmettingen de zorg ook meer onder druk komt te staan.

---

<sup>17</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_320193\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_320193_22/1/)

In zijn antwoorden op feitelijke vragen van uw Kamer gaf de Staatssecretaris van VWS op 24 augustus 2020 aan dat de bevolkingsonderzoeken naar kanker inmiddels weer volop zijn gestart<sup>18</sup>. Gelet op de gezondheidswinst die met de bevolkingsonderzoeken naar kanker wordt gerealiseerd is het van belang dat deze zo goed mogelijk blijven doorgaan, ook bij een heropleving van het virus. Er wordt hard gewerkt om de achterstanden te beperken en zo snel mogelijk in te halen. Dit is alleen mogelijk wanneer bij een tweede golf van het virus de bevolkingsonderzoeken naar kanker door blijven gaan. De Staatssecretaris heeft daarom aan het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM gevraagd samen met de ketenpartners te kijken wat hiervoor nodig is. Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek en de ketenpartners treffen nu de voorbereidingen om te kunnen ingrijpen wanneer dit nodig blijkt.

Zoals de Staatssecretaris op 24 augustus aangaf, zijn er korte lijnen tussen het Centrum voor Bevolkingsonderzoek en de vervolgzorg. De beschikbaarheid van vervolgzorg zal nauw worden gemonitord op regionaal niveau. Dit biedt de mogelijkheid om bij te sturen als een tijdelijke regionale opleving van het virus leidt tot een beperkte beschikbaarheid van reguliere zorg. In dat geval kunnen uitnodigingen of afspraken in die regio bijvoorbeeld worden uitgesteld of kunnen cliënten naar aanpalende regio's worden verwezen voor vervolgonderzoek. Hiermee kunnen de gevolgen van regionale tijdelijke pieken worden opgevangen zonder grote gevolgen voor de deelnemers.

Bij een grote landelijke uitbraak kunnen meer ingrijpende maatregelen nodig zijn. Opties zijn dan het tijdelijk verlengen van de uitnodigingsinterval bij de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker en darmkanker, en het toepassen van triage in de zorg bij de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker en borstkanker. Met dit laatste wordt bedoeld dat cliënten met een ernstigere afwijking voorrang krijgen en cliënten met een minder ernstige afwijking langer wachten op het vervolgonderzoek. De betrokken zorgverleners maken de afweging welke cliënten met spoed gezien moeten worden en welke cliënten iets langer kunnen wachten. Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek heeft deze strategie met de betreffende beroepsgroepen en de patiëntvertegenwoordigers afgestemd.

## **8. Voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)**

In mijn brief van 6 augustus jl.<sup>19</sup> heb ik u geïnformeerd dat het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) beschikbaar blijft als noodlijn voor zorginstellingen en zorgverleners in zowel de cure als de care. Het LCH heeft op dit moment voldoende voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen opgebouwd om aan de huidige vraag te voldoen. Het LCH heeft ons voor de zomer laten weten voorbereid te zijn op een piekverbruik zoals in de periode maart/april gedurende 10 weken. Het LCH heeft daarbij specifiek gekeken naar het reguliere verbruik voor de corona-uitbraak en het piekverbruik in de periode maart en april jl. Ter illustratie: het LCH heeft in totaal ruim 1 miljard chirurgische mondmaskers besteld. Hiervan zijn er op dit moment al 700 miljoen in Nederland op voorraad waarvan 535 miljoen chirurgische maskers direct leverbaar. Daarnaast zijn er in totaal van de ruim 695 miljoen bestelde handschoenen inmiddels 289

<sup>18</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 490

<sup>19</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 469

miljoen op voorraad en 175 miljoen direct leverbaar. De actuele stand van de voorraden wordt wekelijks gepubliceerd op de website over het LCH<sup>20</sup>.

Op dit moment laten we nader analyseren wat vraag en aanbod van persoonlijke beschermingsmiddelen onder verschillende scenario's doet zoals ook meer preventief gebruik in verpleeghuizen of andere sectoren in de zorg als het aantal besmettingen in de regio sterk stijgt. We verwachten u daar eind september verder over te informeren.

Inmiddels zien we dat zorginstellingen steeds beter in staat zijn beschermingsmiddelen in te kopen bij hun eigen leveranciers. Met uitzondering van onderzoekshandschoenen – en in mindere mate isolatiejassen – lijken de meest gebruikte beschermingsmiddelen goed leverbaar. Ook zien we dat zorginstellingen en zorgverleners zelf extra voorraden voor een bepaalde periode aanleggen om voorbereid te zijn op toekomstig piekverbruik. Het LCH zou dan alleen nodig zijn waarvoor het bedoeld is: als noodvoorziening. De wereldwijde markt van persoonlijke beschermingsmiddelen blijft grillig en waakzaamheid blijft dus geboden. Daarom worden signalen over mogelijke tekorten nadrukkelijk nagetrokken.

Om minder afhankelijk te zijn van de internationale markt stimuleren we waar mogelijk de productie van beschermingsmiddelen in Nederland zoals chirurgische maskers en FFP-maskers. Inmiddels zijn er drie fabrikanten gestart met het produceren van FFP2-maskers en lopen er ook drie initiatieven op het gebied van de productie van chirurgische maskers. Daarnaast zijn er initiatieven ontstaan voor de levering van benodigde grondstoffen voor met name voor mondkmaskers. Tot slot zijn er momenteel oriënterende gesprekken met een ondernemer in Nederland om te onderzoeken of productie van onderzoekshandschoenen in Nederland mogelijk is.

## **9. Kwetsbare ouderen in verpleeghuizen**

### *De cijfers*

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

- Het RIVM (peildatum 21 september) schat dat tot nu toe bij ruim 9.150 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ruim 2.950 mensen als overleden zijn gemeld.<sup>21</sup> Veel mensen herstellen dus gelukkig ook weer.
- Op 1 januari 2020 woonden circa 120.000 zeer kwetsbare mensen in een verpleeghuis. Dit betekent dat bij ruim 7,5% van de bewoners COVID-19 is bevestigd dat bijna 2,5% van de bewoners is overleden.
- Het aantal locaties waar sprake is (geweest) van een bevestigde besmetting van 1 of meer personen is 1.171.<sup>22</sup> Dit is ongeveer 47% van het totaal aantal verpleeghuislocaties in Nederland.
- Het RIVM schat dat op 186 locaties nu sprake is van een COVID-19. Dit getal is een schatting op basis van het aantal verpleeghuislocaties

<sup>20</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/tijdelijke-crisisstructuur/landelijk-consortium-hulpmiddelen/actuele-voorraad-persoonlijke-beschermingsmiddelen-voor-zorg>

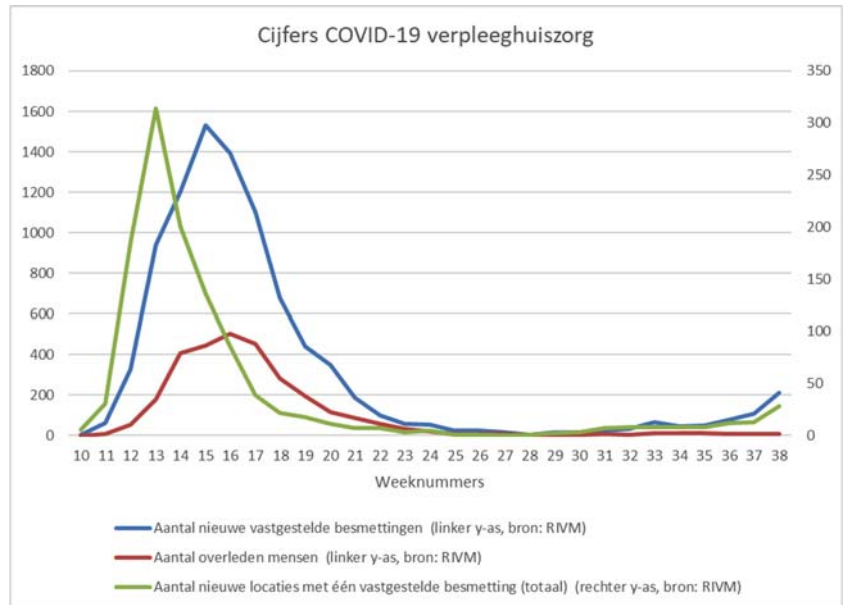
<sup>21</sup> Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

<sup>22</sup> In de melding van bevestigde COVID-19 besmetting ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

waar in de afgelopen 28 dagen sprake is van tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test. Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen en het aantal meldingen van «nieuwe verpleeghuislocaties» met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting neemt de laatste weken weer toe. Dit geldt niet voor het aantal mensen dat is overleden.

Verder geldt dat het aantal opgenomen cliënten met een verpleeghuisindicatie na de eerste piek met circa 5.000 is afgenomen. Inmiddels zijn daarvan 3.000 plekken weer bezet. Het aantal nog niet opgevulde plekken bedroeg in week 35 daarmee circa 2.000. Daardoor worden de wachtlijsten ook minder lang.

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling weergegeven:



### Ontwikkelingen

De moeilijke maanden waarin vanwege de landelijke regels geen bezoek mogelijk was, liggen al weer enige tijd achter ons. In ieder verpleeghuis is, met inachtneming van de geldende richtlijnen, weer bezoek mogelijk. Wel gelden (specifieke) beperkingen in situaties waarin een verpleeghuis te maken heeft met één of meer besmettingen, maar ook daar wordt gezocht naar een goede balans tussen het medische noodzakelijke en het menselijk wenselijke. Ook in deze situatie wordt zo snel als mogelijk weer bezoek toegestaan.

De laatste weken zien we het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen en het aantal meldingen van «nieuwe verpleeghuislocaties» met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting toenemen. Waakzaamheid blijft dus geboden. Verpleeghuizen hebben zich voorbereid op een verhoging van de besmettingsgraad in de omgeving alsook op een mogelijke uitbraak op de locatie. De directeur Publieke Gezondheid van de betreffende regio zal de bestuurders van de verpleeghuizen in hun regio informeren op het moment dat de risico-inschaling van de regio verandert. Hij bespreekt met de verpleeghuizen de situatie en welke maatregelen zij treffen dan wel kunnen treffen, passend bij de lokale situatie.



Maatregelen zullen primair lokaal dan wel regionaal genomen worden. Ook hier gaat het om de drieslag: data (wat zijn de cijfers en ontwikkelingen?), duiden (hoe de data buiten en binnen organisaties te plaatsen?) en doen (welke instrumenten te benutten, mits proportioneel, effectief en rekening houdend met neveneffecten?). Uitgangspunten hierbij zijn het (voortschrijdend) inzicht in de aard en de transmissie van het virus en de effecten van maatregelen te benutten en maatregelen te nemen die passen bij de lokale/regionale situatie (maatwerk: de ene situatie is de andere niet). Dit is ook zo verwoord in de geleerde lessen die ik u voor de zomer heb toegestuurd<sup>23</sup>.

Eén van die geleerde lessen betrof het opstellen van een evenwichtige en gedifferentieerde bezoeksregeling. Met de nieuwe handreiking voor bezoek en sociaal contact die door de betrokken veldpartijen, ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&VN en Zorgthuis.nl is opgesteld, is dit gerealiseerd. Ieder verpleeghuis maakt met behulp van de in de handreiking genoemde randvoorwaarden een plan voor bezoek en sociaal contact. Gegeven dat de laatste weken het aantal besmettingen in bepaalde regio's weer toeneemt, blijft het informeren naar klachten bij bezoekers en de registratie bij bezoek en het testen van medewerkers met klachten van groot belang naast het naleven van de algemene adviezen op het punt van hygiëne. De IGJ gaat nadrukkelijker na of de basishygiëne en infectiepreventie in verpleeghuizen op orde zijn.

Een andere les is dat een goede monitor essentieel is om tijdig de juiste maatregelen te kunnen nemen. Daarvoor is informatie nodig over het aantal besmettingen in verpleeghuizen, in de regio en landelijk. In de afgelopen weken is daarom gewerkt aan het verbeteren van de registratie van verpleeghuislocaties met minimaal één besmetting. Daarnaast wordt de informatie over het aantal nieuwe besmettingen en het aantal besmette locaties vanaf nu ook regionaal weergegeven op het dashboard. Ook bevat het coronadashboard meer informatie over virusdeeltjes in rioolwater. Deze informatie helpt de directeur Publieke Gezondheid en verpleeghuizen om een inschatting te kunnen maken of aanvullende maatregelen nodig zijn, in of rond het verpleeghuis.

#### *Preventief gebruik van PBM in verpleeghuizen*

In mijn brief van 1 september 2020 ben ik ingegaan op het OMT-advies van 27 augustus 2020 met betrekking tot de bevindingen van het onderzoek van Amsterdam UMC, afdeling Ouderengeneeskunde in samenwerking met Erasmus MC, afdeling virologie en de GGD Amsterdam, naar presymptomatische transmissie van COVID-19 in vier verpleeghuizen<sup>24</sup>. Naar aanleiding van dit onderzoek is het behandeladvies COVID-19 Acute fase en nazorg van Verenso en NVAVG aangepast. Dit heeft onder anderen consequenties voor het testbeleid binnen de instellingen en het preventief gebruik van PBM. De aanbeveling om, bij het stijgen van de COVID-19-prevalentie in de omgeving, steekproefsgewijs bewoners en medewerkers van verpleeghuizen preventief te testen zal verder worden uitgewerkt. In het geval het aantal besmettingen in de omgeving van een instelling toeneemt, kan de introductie van COVID-19 in verpleeghuizen worden voorkomen door meer preventief gebruik van PBM's door medewerkers. Er volgt nog nadere bepaling en afstemming over bij welke incidentie dit kan worden overwogen. Dit sluit ook aan bij de escalatieladder die op dit moment wordt ontwikkeld. Er wordt daarbij rekening gehouden met de proportionaliteit van maatregelen en ruimte voor handelen naar professioneel inzicht omdat iedere situatie weer

<sup>23</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 461

<sup>24</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 509



anders is. Voor de opvolging van dit advies ben ik in gesprek met betrokken partijen om nadere afspraken te maken over de praktische uitvoerbaarheid. De implicaties hiervan voor de benodigde PBM's wordt betrokken bij de scenario-analyse zoals beschreven in paragraaf 8 van deze brief.

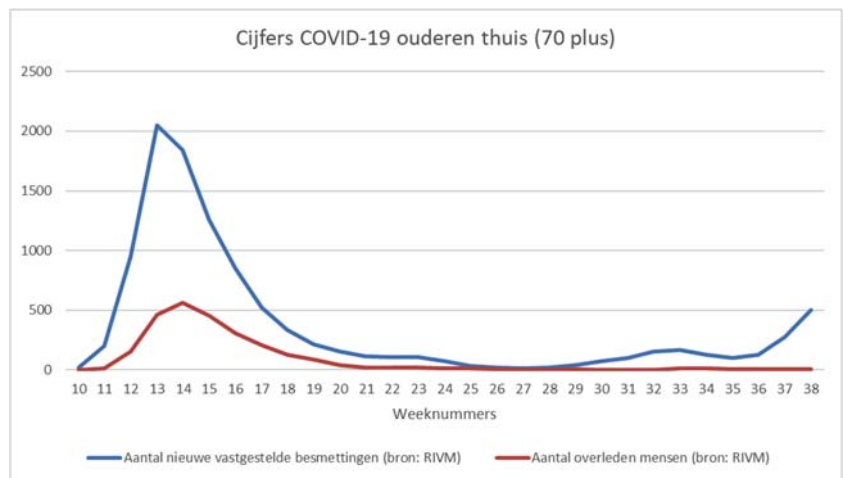
## 10. Kwetsbare ouderen thuis

### De cijfers

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

- Het RIVM (peildatum 21 september) schat dat bij ruim 10.530 ouderen van boven de 70 jaar die thuis wonen<sup>25</sup> een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ongeveer 2.570 mensen als overleden zijn gemeld.<sup>26</sup>
- Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen bij ouderen, die ouder zijn dan 70 jaar en thuis wonen neemt laatste weken weer toe.

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling weergegeven:



### Ontwikkelingen

In *de lessons learned* brief die 1 september naar Uw Kamer is gezonden is aangekondigd dat er een strategie voor ouderen thuis komt met uitgangspunten om het welzijn van thuiswonende ouderen en hun mantelzorgers in tijden van Corona te kunnen volgen en ondersteunen<sup>27</sup>. Dit naar analogie van de strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte(n). Deze Strategie Thuiswonende Ouderen bevat focuspunten waarlangs cijfers uit rapporten/onderzoeken kunnen worden gelegd en waarop maatregelen kunnen worden gebaseerd. Het gaat om de volgende focuspunten:

<sup>25</sup> Thuis wonen betekent dat mensen niet in een verpleeghuis of een gehandicaptenzorginstelling wonen.

<sup>26</sup> Sinds 1 juni kan iedereen met klachten zich laten testen. Toch is het aannemelijk dat niet alle COVID-19 patiënten getest worden. De werkelijke aantallen in Nederland zijn daarom waarschijnlijk hoger dan de aantallen die hier genoemd worden. Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten opgenomen in het ziekenhuis of overleden is hoger dan het aantal opgenomen of overleden patiënten gemeld in de surveillance, omdat de surveillance gebaseerd is op de informatie op het moment van melding.

<sup>27</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 508

- Bij een geleidelijke versoepeling van maatregelen: zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen wordt zodanig vormgegeven dat thuiswonende ouderen op een veilige manier conform de versoepeling meer kunnen participeren in het maatschappelijk leven. Bij een aanscherping van maatregelen in verband met een flinke stijging van het aantal besmettingen geldt hetzelfde.
- Daarbij is er aandacht voor het voorkómen van een tegenstelling tussen generaties. Als de ondersteuning noodgedwongen tijdelijk wordt afgeschaald wordt gedurende de periode van afschaling geïnvesteerd in extra contact met cliënten die te maken hebben met deze afschaling en diens mantelzorgers.
- Ouderen en hun naasten voeren regie over belangrijke keuzes en afwegingen omtrent de behandeling van COVID-19.
- Het mentale, geestelijke en sociale welbevinden van thuiswonende ouderen is onderdeel van de aanpak en maatregelen. (Psycho-)sociale en geestelijke ondersteuning van thuiswonende ouderen maakt onderdeel uit van de zorg en ondersteuning.
- Het is voor ouderen mogelijk op een verantwoorde en veilige manier contacten (digitaal) te onderhouden met belangrijke mensen in hun persoonlijk netwerk, zodat een toename van eenzaamheid wordt voorkomen en het «normale» leven zoveel als mogelijk doorgang kan vinden.
- Er wordt voldoende getest en beschermingsmiddelen zijn voldoende beschikbaar (ook voor mantelzorgers) en worden gepast gebruikt. Daarmee ontstaat een veilige situatie, waarbinnen passende ondersteuning in aangepaste vorm doorgang kan vinden.
- Mantelzorgers voelen zich ondersteund om de zorg voor een naaste, vanwege Coronamaatregelen ook op langere termijn vol te kunnen houden en daar waar het niet meer gaat, is er sprake van voldoende logeer of (medische) opvangmogelijkheden.
- De communicatie rond Corona(maatregelen) is herkenbaar, begrijpelijk en toegankelijk voor ouderen.

Bovenstaande focuspunten worden momenteel vertaald naar een uitgewerkte strategie voor kwetsbare ouderen waar we ieder kwartaal een peilstok langs kunnen leggen op basis van bestaande informatie. Hierover ben ik in overleg met RIVM. Ik zal uw Kamer hier binnenkort verder over informeren.

Uit een recente studie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) blijkt dat de emotionele eenzaamheid onder ouderen is toegenomen, met name onder 75-plussers<sup>28</sup>. Dit is overeenkomstig met de aprilmeting van het LASA<sup>29</sup>. De noodzakelijke maatregelen die gepaard gingen met de uitbraak van het virus hebben dit waarschijnlijk verergerd. Uit een studie van Universiteit Tilburg blijkt dat mensen sinds de uitbraak minder contact, en mindere kwaliteit van contact ervaren. Dit onderstreept en vergroot de urgentie van onze aanpak met het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid. In oktober van dit jaar start de Week tegen Eenzaamheid. Een week vol activiteiten gericht op het sociale contact met ouderen en tussen jong en oud. Ook start deze week een nieuwe publiekscampagne op televisie, radio en online, met als oproep dat een klein gebaar het verschil kan maken in het doorbreken van iemands eenzaamheid. Zeker nu. Het netwerk dat zich inzet op eenzaamheid bespreekbaar maken en (duurzaam) aanpakken groeit dit jaar naar zeker 200 deelnemende gemeenten en 150 landelijke organisaties (publiek en privaat).

<sup>28</sup> Sociaal Cultureel Planbureau – Welbevinden ten tijde van corona

<sup>29</sup> Longitudinal Aging Study Amsterdam

In mijn brief van 24 juni jl. heb ik u geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot dagbesteding<sup>30</sup>. Het actuele beeld van de dagbesteding is in hoge mate vergelijkbaar: de meeste cliënten maken weer gebruik van dagbesteding, maar de omvang van de dagbesteding blijft nog achter. Dit wordt veroorzaakt doordat het nog steeds noodzakelijk is te zoeken naar geschikte locaties, gekwalificeerd personeel en ook doordat cliënten de dagbesteding of het vervoer er naar toe te risicovol vinden. Alternatieve vormen van dagbesteding kunnen de terugloop in de omvang van de dagbesteding nog niet altijd opvangen. Mantelzorgers van mensen met dementie melden dat in circa 60% van de gevallen de dagbesteding nog niet op het oude niveau is. Alzheimer Nederland werkt aan voorbeelden hoe de dagbesteding wel doorgang kan vinden en wil deze voorbeelden verspreiden. Gemeenten hebben aangeboden hetzelfde te doen. Mantelzorgers van cliënten waarvoor de dagbesteding nog niet op orde wordt gewezen op de mogelijkheid contact op te nemen met de verantwoordelijke gemeente of een cliëntondersteuner. Ik houd contact met gemeenten en aanbieders, want dagbesteding blijft van essentieel belang voor kwetsbare mensen en hun naasten. Ik heb partijen gevraagd om concrete signalen uit te wisselen en aan te pakken.

## **11. Mensen met een beperking of chronische ziekte**

### *De cijfers*

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

- Het RIVM (peildatum 21 september) schat in dat tot nu toe bij ruim 1.590 bewoners van gehandicaptenzorginstellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, waarvan bijna 240 mensen zijn overleden.<sup>31</sup> Dit betekent dat bij 2% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en ongeveer 0,3% van de bewoners is overleden.
- Het aantal gehandicaptenzorglocaties waar sprake is van ten minste één bevestigde COVID-19 besmetting is 482.<sup>32</sup> Dit is ongeveer 19% van het totaal aantal locaties.

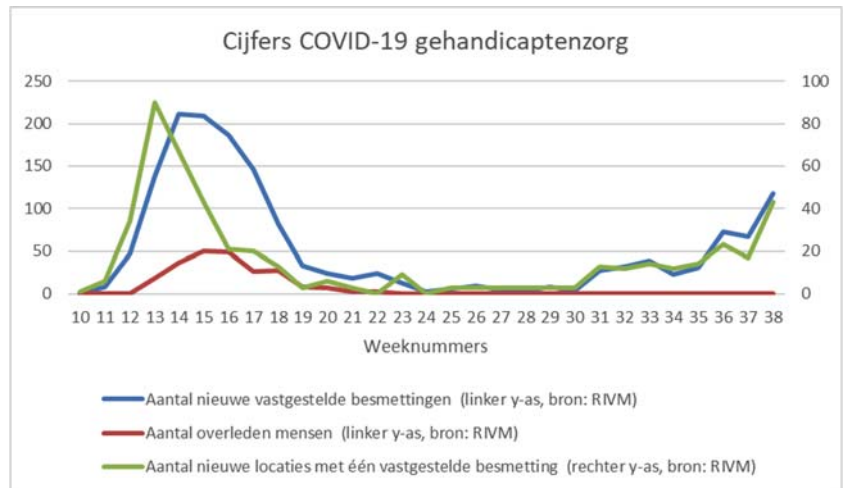
Net als bij de verpleeghuizen geldt bij de gehandicaptenzorginstellingen dat aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen en het aantal meldingen van «nieuwe locaties» met minimaal één vastgestelde COVID-19 besmetting toeneemt. Dit geldt niet voor het aantal mensen dat is overleden.

<sup>30</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 428

<sup>31</sup> Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

<sup>32</sup> In de melding van bevestigde COVID-19 besmettingen ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om een bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM nu nog de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling weergegeven.



### Ontwikkelingen

Op 1 september jl. heb ik uw Kamer een brief gestuurd specifiek over de geleerde lessen bij de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking of chronische ziekte<sup>33</sup>. Het gaat daarbij uitdrukkelijk zowel om mensen die in een instelling of een kleinschalige woonvorm wonen, als om mensen die thuis wonen. Naar aanleiding van de geleerde lessen zijn, zoals in de betreffende brief aangegeven, al verschillende acties in gang gezet.

Bij een deel van deze mensen met (vrees voor) een verhoogd risico op een ernstig beloop na besmetting met het virus bestaat de behoefte aan begrijpelijke en toegankelijke informatie over de gevolgen voor hun persoonlijk leven, zodat zij daarin goede afwegingen kunnen maken. Deze behoefte bestaat zowel bij de groep mensen met een beperking of chronische ziekte, als bij ouderen. Ik ben met Vilans in gesprek hoe wij – in samenwerking met cliëntenorganisaties en andere partijen – kennis en ervaringen van en voor deze mensen op een toegankelijke en centrale manier kunnen delen met de doelgroep in aanvulling op de bestaande kennisplatforms. Het gaat bijvoorbeeld om het concretiseren van de generieke landelijke maatregelen en het beantwoorden van vragen die bij deze groepen mensen leven. Informatie over het veilig deelnemen aan dagbesteding hoort daar bijvoorbeeld bij. Ik heb nauw contact met de cliënten- en seniorenorganisaties om deze vragen op te halen. Het doel is dat de eerste informatie toegespitst op deze doelgroepen binnen enkele weken beschikbaar zal zijn.

Daarnaast bezien we met cliëntenorganisaties, experts en het RIVM of, en zo ja welke, gedragsinterventies mogelijk zijn die bijdragen aan het voorkomen van besmettingen in de thuissituatie. In dit traject worden de groepen met een verhoogde kwetsbaarheid ook specifiek meegenomen, omdat bij die groepen onder meer vragen leven over het veilig ontvangen van bezoek thuis.

In de zomer hebben aanbieders daarnaast verder gewerkt aan de invulling van bezoeksregelingen, logeren en dagbesteding. Hoewel dat op veel plekken goed wordt opgepakt, blijf ik ook signalen van cliëntenorganisaties horen dat dit nog niet overal goed wordt ingevuld. Uit overleggen met zowel de koepels van aanbieders, als met cliëntenorganisaties is

<sup>33</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 507

gebleken dat er niet altijd een gedeeld beeld bestaat over wat een goede invulling is. Ik heb daarom naar beide kanten benadrukt dat ik van aanbieders verwacht dat zij zorg dragen voor een goede invulling van de dagbesteding. Cruciaal daarbij is dat zij dat in overleg met de cliënt en zijn naasten doen. Daar waar de dagbesteding niet in dezelfde vorm of omvang geleverd kan worden gezien de geldende maatregelen, verwacht ik dat de aanbieder een alternatief aanbiedt. Richting cliënten heb ik benadrukt dat ik de wens begrijp dat alles weer zo gewoon mogelijk wordt, maar dat ook aan de kant van cliënten begrip moet zijn voor het feit dat dat onder de huidige omstandigheden niet altijd kan. Ik zie bovendien ook dat cliënten er in sommige gevallen zelf voor kiezen geen gebruik te maken van het aanbod, omdat er onvoldoende vertrouwen is dat dit veilig genoeg is. Daar waar cliënten aangeven er met hun aanbieder niet uit te komen, heb ik het Juiste Loket gevraagd om eraan bij te dragen dat aanbieder en cliënt in overleg tot een passende oplossing komen. Daar waar er onvoldoende vertrouwen is in de veiligheid van het aanbod, bekijk ik samen met aanbieders en cliëntenorganisaties of betere informatie ertoe kan bijdragen dat dat vertrouwen toeneemt.

#### *Preventief gebruik PBM door kwetsbare groepen*

Bij de doelgroep mensen met een beperking of chronische ziekte bestaat al lange tijd de wens om helderheid over de toegevoegde waarde van het preventief gebruik van PBM. Ik heb daarover advies gevraagd aan het OMT<sup>34</sup>. Het OMT onderstreept het belang van bescherming van kwetsbare mensen uit medische risicogroepen tegen COVID-19, en begrijpt dat zij er zelf alles aan willen doen om infectie te voorkomen. Daarbij zullen sommigen gebruik maken van een mondneusmasker, en in sommige incidentele gevallen medische mondneusmaskers. Op individuele basis ziet het OMT daar geen bezwaar in, mits duidelijk is dat dergelijk gebruik geen vervanging is voor het advies om 1,5 meter afstand te houden, of voor de andere basis maatregelen die het infectierisico verkleinen. Het OMT is op medische gronden echter van oordeel dat het niet nodig is om preventief gebruik van medische mondneusmaskers dringend, vanuit overheidswege, te adviseren aan mensen in risicogroepen. Er zijn algemene en specifieke adviezen voor mensen in risicogroepen waarmee het risico op een infectie met COVID-19 in de publieke ruimte verlaagd kan worden. Daar komt bij dat de groep patiënten met een mogelijk verhoogd risico op ernstig beloop van COVID-19 groot en diffuus is. Dat laat onverlet dat mensen de mensen die dat willen en zich hier veiliger bij voelen, zelf de keuze kunnen maken om niet-medische mondneusmaskers te gebruiken. Het BAO neemt het OMT-advies over en adviseert te expliciteren dat dit onverlet laat dat in het overleg tussen arts en patiënt in individuele gevallen, op basis van een professionele afweging, het gebruik van medische mondneusmaskers wel geïndiceerd kan zijn.

Ik neem dit OMT-advies over. Tegelijkertijd heb ik begrip voor de zorg van mensen met chronische ziekten en/of beperkingen dat zij zich te onveilig voelen om deel te nemen aan de samenleving en dit hun welbevinden ernstig in de weg staat. Daarom wil ik verkennen of in het overleg tussen arts en patiënt in individuele gevallen, op basis van een professionele afweging, het gebruik van medische mondneusmaskers geïndiceerd kan worden. Over de praktische invulling daarvan en welke implicaties dat met zich meebrengt, ga ik in gesprek met cliëntorganisaties en een vertegenwoordiging van artsen en wordt contact gelegd met het RIVM. Daarbij zal ik ook stilstaan bij de eventuele organisatorische implicaties en

---

<sup>34</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

wat dit voor de benodigde hoeveelheid medische mondklappers betekent. Ik kom hiermee tegemoet aan de motie van het lid Dik-Faber<sup>35</sup>.

## 12. Andere kwetsbare groepen

### *Mensen met een psychische kwetsbaarheid*

Waar het gaat om de zorg voor mensen met mentale problemen en de impact van corona op hen en hun naasten, vind ik het belangrijk te melden dat MIND haar vaste ggz-panel hierop bevroegt. De beelden die hieruit naar voren komen zijn waardevolle input voor het beleid van de Staatssecretaris van VWS met betrekking tot de ggz in relatie tot het coronavirus.

Het veld heeft via de alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (Akwa GGZ) een online panel ggz en corona in het leven geroepen. De resultaten van de eerste enquête onder dit panel, zijn eind augustus gepubliceerd. Eén van de uitkomsten is dat het merendeel van de respondenten ook na corona meer digitaal wil behandelen, als aanvulling op een face-tot-face behandeling. Deze inzet juicht de Staatssecretaris van VWS van harte toe. Wel moet uitgangspunt zijn dat de manier waarop de behandelvorm invulling krijgt (zoveel als mogelijk) in overleg tussen cliënt en hulpverlener tot stand komt.

De ggz is zeer actief geweest met de opgaven die deze periode met zich meebrengen, als gevolg van het corona-virus. Daarbij wordt ook gewerkt aan voorbereiding op vraagstukken in de nabije toekomst. Zo is brancheorganisatie De Nederlandse ggz in contact met haar leden over de impact van het corona-virus en de stand van zaken van nieuwe voorbereidende activiteiten. Hiertoe wordt onder meer een uitvraag gedaan naar het effect op de continuïteit van de behandelingen, de gevolgen van de crisis voor het personeel, en de beschikbaarheid van PBM, testen en geneesmiddelen.

De Staatssecretaris van VWS blijft in gesprek met de veldpartijen in de ggz, inclusief de vertegenwoordigers van cliënten en naasten. Er zijn korte lijnen, zodat we snel kunnen acteren als de ontwikkelingen daar aanleiding toe geven.

In dit verband wil ik u ook wijzen op het vorige week gepubliceerde sectorrapport «GGZ tijdens de coronacrisis»<sup>36</sup> van de IGJ. De inspectie concludeert dat de ggz tot op heden goed, flexibel en krachtig omgaat met de coronacrisis. Tegelijk wordt er een aantal aanbevelingen gedaan. Het gaat daarbij om het hebben van aandacht voor de financiële druk op ggz-instellingen, het versterken van samenwerking binnen en buiten de ggz, en een sterkere rol voor de positie en inspraak van cliënten. De Staatssecretaris van VWS betreft deze observaties en maatregelen in de lopende contacten met de inspectie en veldpartijen in de ggz, met betrekking tot de coronamaatregelen.

De impact van de corona-maatregelen op medewerkers in de zorg heeft terecht veel aandacht. Dit geldt vanzelfsprekend ook voor de professionals die werken in de ggz. In dit verband noem ik het rapport dat het Trimbos-instituut 9 september jl. heeft gepubliceerd over de impact van de coronacrisis op professionals voor psychische hulp. Uit het rapport blijkt de impact van de crisis op werk en welzijn van professionals. Trimbos geeft aan aanvullend onderzoek te doen ten behoeve van concrete

<sup>35</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 491

<sup>36</sup> <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2020/09/18/sectorrapportage-ggz-tijdens-de-coronacrisis>

aanbevelingen, die de werksituatie van de professionals die psychische hulp verlenen kan helpen te verbeteren. Ik vind het in dit verband belangrijk te benoemen dat er (via Arq Nationaal Psychotrauma Centrum) landelijk specifieke psychosociale hulp is georganiseerd voor zorgverleners.

#### *Dak- en thuisloze mensen*

Gemeenten bereiden zich op dit moment voor op de winterkoudeopvang. Tijdens de koude maanden neemt de vraag naar opvang altijd toe en stellen gemeenten extra plekken beschikbaar om dak- en thuisloze mensen zo goed mogelijk te kunnen helpen. Waar normaal gesproken extra bedden worden neergezet, is dat dit jaar op veel plaatsen anders. In verband met de 1,5 meter norm kunnen bedden niet te dicht op elkaar staan en moet regelmatig uitgeweken worden naar andere locaties. Dit kan voor een deel van de gemeenten in verband met krapte een uitdaging zijn. Het Ministerie van VWS bereidt samen met de landelijke partijen een richtlijn voor die gemeenten en aanbieders oproept ook dit jaar voldoende plekken te organiseren tijdens de winterkouderegeling conform de richtlijnen van het RIVM. Deze richtlijn is naar verwachting uiterlijk 1 oktober beschikbaar. Het ministerie volgt de ontwikkelingen nauwlettend via periodieke overleggen met diverse (landelijke) partijen, zoals VNG en Valente, en gaat met de gemeenten – waar het realiseren van extra (opvang)plekken niet lukt – in gesprek.

#### *Kwetsbare jeugd*

De Jeugdautoriteit heeft haar derde corona-quickscan jeugdhulpaanbieders opgeleverd. Het rapport en het bijbehorende factsheet zend ik u hierbij toe<sup>37</sup>. Ondanks dat de bevindingen uit deze quickscan een positiever beeld geven dan de quickscans in maart en in mei, zijn er signalen van problemen als gevolg van de corona crisis. Naarmate de crisis langer duurt vrezan aanbieders liquiditeitsproblemen, zeker als er een 2e golf komt. Oorzaken hiervan zijn (tijdelijk) minder vraag naar hulp, maar ook mogelijk verminderde inzetbaarheid van personeel (quarantaine maatregelen, ziekteverzuim) en beperkingen door de coronamaatregelen. Wel beginnen afspraken over compensatie meer vorm te krijgen en er ontstaat gewenning aan nieuwe manieren van werken. De Jeugdautoriteit neemt contact op met instellingen waarbij de financiële risico's relatief hoog zijn om te kijken of er enigerlei vorm van ondersteuning nodig is.

#### *Motie Jetten*

De motie van het lid Jetten<sup>38</sup> vraagt om te onderzoeken of de maatregelen in geval van een verhoogde omgevingsprevalentie of uitbraak bij verpleeghuizen ook van toepassing zijn voor onderdelen van de zorg thuis, gehandicaptenzorg en ggz en indien dat het geval is, deze maatregelen zo spoedig mogelijk in te zetten. Als eerste stap voor de uitvoering van deze motie verken ik, in overleg met het RIVM en de betrokken veldpartijen, welke groepen binnen andere delen van de zorg vergelijkbaar zijn met de populatie in de verpleeghuizen. Hoewel er ook in andere delen van de zorg kwetsbare personen of groepen voorkomen, zijn er ook verschillen tussen hun omstandigheden en de situatie in verpleeghuizen. Dat maakt een vergelijking met de bewoners van verpleeghuizen complex; de situatie is niet één op één te vertalen. Ook het advies van het OMT over preventief gebruik van PBM bij de zorg voor risicogroepen in

<sup>37</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>38</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 530



specifieke situaties wordt hierbij betrokken. Ik verwacht u hierover in mijn volgende stand van zaken brief nader over te kunnen informeren.

### **13. Innovatieve behandelingen**

In het debat van 12 augustus heb ik toegezegd uw Kamer meer informatie te geven over de ontwikkelingen rond innovatieve behandelingen (Handelingen II 2019/20, nr. 93, debat over ontwikkelingen rondom het coronavirus). Hieronder ga ik nader op deze ontwikkelingen in.

Het is van essentieel belang om, naast onze voortdurende inspanningen om snel een vaccin tegen het coronavirus beschikbaar te hebben, de ontwikkeling van innovatieve behandelingen voor COVID-19 verder te helpen. Effectieve behandelingen dragen bij aan een beter en sneller herstel van patiënten en zorgen er mogelijk voor dat patiënten minder restschade overhouden na ziekte door het coronavirus. Ik ga kort in op de lopende nationale en internationale COVID-19 onderzoeksprogramma's en op de activiteiten van het onafhankelijke wetenschappelijke Adviespanel Innovatieve Behandelingen. Ook informeer ik u over een aantal specifieke acties om ervoor te zorgen dat de meest kansrijke behandelingen zo snel mogelijk voor patiënten beschikbaar komen.

#### *Nationale en internationale onderzoeksprogramma's*

Het kabinet investeert breed in corona-gerelateerd onderzoek en dit bedrag is inmiddels opgelopen naar ruim € 83 miljoen. Het Ministerie van VWS stelt een groot onderzoeksprogramma beschikbaar via ZonMw, waarbinnen diagnostiek & behandeling één van de drie onderzoeksthema's is. Om te onderzoeken of BCG-vaccinatie onder kwetsbare ouderen het ziekteverloop van COVID-19 kan verlichten, heb ik recent op dit onderzoeksthema € 5 miljoen extra beschikbaar gesteld via het ZonMw COVID-19 onderzoeksprogramma. Dit licht ik hieronder toe.

De investeringen in onderzoek op het terrein van innovatieve behandelingen zullen zich meer en meer gaan richten op de doorontwikkeling van veelbelovende resultaten uit het lopende ZonMw COVID-19 onderzoeksprogramma. Zodat de kennis die nu wordt opgedaan in de lopende onderzoeken op zo kort mogelijke termijn vertaald wordt naar de praktijk van de kliniek.

Met de UMC's bekijken we of er een solide infrastructuur kan worden opgebouwd waarmee sneller en meer gecoördineerd klinische tests kunnen worden uitgevoerd naar veiligheid en effectiviteit van behandelingen.

Daar waar de financiering via ZonMw zich primair richt op publieke onderzoeksprojecten, zijn er ook onderzoeksprogramma's opgezet via publiek-private samenwerkingen. In Nederland wordt dit aangestuurd door de Topsector Life Sciences & Health (met meerdere projecten gericht op innovatieve behandelingen). Vanuit deze Topsector LSH is voor COVID-19 gerelateerde R&D en innovatie inmiddels € 10,8 miljoen Publiek-Private-Samenwerkingsfinanciering ingezet<sup>39</sup>.

Op Europees niveau is er over de hele breedte van het Europese Horizon2020 programma met spoed geld vrijgemaakt voor onderzoek naar COVID-19, waarbij behandelingen een grote rol spelen. Een overzicht van deze inzet is weergegeven op het European Research Area corona

---

<sup>39</sup> Via Health-Holland, zie: <https://lsh-update.com/covid-19/chapter-2.html>

platform<sup>40</sup>. Nederlandse onderzoekers hebben met succes onderzoeksprojecten opgezet om hier een bijdrage te leveren in samenwerking met excellente Europese onderzoekscentra en innovatieve bedrijven. Een voorbeeld hiervan is het CARE project, onderdeel van het Innovative Medicines Initiative (IMI) programma. In het CARE project werken het LUMC en de Universiteit Utrecht samen met 37 internationale partners, waaronder verschillende farmaceutische bedrijven, om nieuwe behandelingen voor COVID-19 te ontdekken. Dit project ontvangt subsidie vanuit de EU en dit wordt aangevuld met bijdragen van de private partners.

Overigens lopen niet alle onderzoeken in Nederland naar behandelingen voor COVID-19 via geijkte subsidiëring. Veel onderzoeken worden door zowel publieke als private partijen zelf opgezet en gefinancierd. Ik ben erg blij met deze toewijding. Bij positieve resultaten en wanneer het opportuun is, bekijken we of we deze projecten kunnen helpen versnellen.

#### *Adviespanel*

Uiteraard blijft het COVID-19 onderzoek niet beperkt tot Nederland of Europa. Wereldwijd is er veel aandacht voor de zoektocht naar effectieve behandelingen. Er lopen vele wetenschappelijke onderzoeken naar een mogelijk medicijn of behandeling. Het is belangrijk om alle ontwikkelingen te volgen en goed te kunnen duiden. Het door mij ingestelde onafhankelijke Adviespanel Innovatieve Behandelingen is vanaf eind juni aan de slag om de meest kansrijke ontwikkelingen – in Nederland en internationaal – te identificeren en mij daarover te adviseren. Op basis van hun advies kijk ik per casus op welke manier de overheid kan helpen om een kansrijk middel zo spoedig mogelijk beschikbaar te krijgen voor patiënten in Nederland. Dit kan bijvoorbeeld door onderzoek te versnellen, klinisch onderzoek naar Nederland te halen, samenwerkingen te faciliteren en partijen bij elkaar te brengen, of door gericht een product in te kopen.

#### *Specifieke acties*

Graag informeer ik u over de status van enkele belangrijke innovatieve behandelingen:

#### *Remdesivir*

Remdesivir – het eerste antivirale middel dat voor ernstig zieke coronapatiënten kan worden ingezet – is beschikbaar gemaakt voor Nederlandse coronapatiënten. De firma Gilead Sciences, de ontwikkelaar van remdesivir (merknaam Veclury), heeft eerste positieve resultaten geboekt in klinische studies, en de European Medicines Agency (EMA) heeft een voorlopige markttoelating toegekend. Op Europees niveau wordt ook namens Nederland onderhandeld over de aankoop van remdesivir. De eerste Europese aankoop via ESI (Emergency Support Instrument) van 30.000 ampullen is inmiddels een feit. Nederland heeft hiervan reeds 2000 ampullen ontvangen. De verdeling van remdesivir onder Nederlandse ziekenhuizen verloopt via het RIVM. Er loopt tevens op dit moment een European Joint Procurement programma om meer voorraden remdesivir voor de Europese landen in te kopen, waar Nederland zich ook op heeft ingeschreven.

#### *Convalescent plasma*

Zoals ik in mijn eerdere brief van 24 juni jl. heb aangegeven, ondersteunen we onderzoek naar inzet van convalescent plasma om COVID-19

<sup>40</sup> <https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/covid-19>

te behandelen<sup>41</sup>. Dit type onderzoek is evenwel complex. Wereldwijd lopen er meer dan 100 plasma studies, maar in geen enkele wordt er vóóraf gekeken naar antistoffen bij de patiënt. Nederland loopt voorop en heeft recent als eerste kunnen aantonen dat de meeste patiënten in het ziekenhuis al zelf antistoffen aanmaken, zonder dat daarvoor extra plasmatoediening nodig is. Dat betekende een nieuwe wetenschappelijke uitdaging en voor de onderzoekers een bijsturing van de studie. Belangrijke onderzoeksvraag in de gezamenlijke studie van Erasmus MC en LUMC die nu voorligt, is of patiënten die eerder – in de eerste fase van hun ziek zijn – convalescent plasma krijgen een betere overlevingskans hebben. De inclusie van patiënten door de Nederlandse onderzoekers in dit vernieuwde onderzoek – waarbij nog 24 andere ziekenhuizen zijn betrokken – wordt breed landelijk opgezet en start naar verwachting in oktober. Voorsortierend heb ik Stichting Sanquin Bloedvoorziening in juni jl. opdracht gegeven om plasma in te zamelen, zodat bij daadwerkelijk positieve resultaten een geneesmiddel snel beschikbaar kan komen. Deze opdracht is door Sanquin met spoed opgepakt, omdat de hoeveelheid antistoffen in het bloed van donoren afneemt naarmate de tijd vordert.

#### *BCG-vaccin (tuberculosevaccin)*

De afgelopen maanden is er door een consortium van Nederlandse onderzoekers hard gewerkt om een onderzoek op te zetten naar de effecten van het BCG vaccin bij kwetsbare ouderen. Dit is een vervolgstudie op basis van eerdere resultaten van een studie naar de beschermende werking van het BCG vaccin onder ouderen, uitgevoerd door het Radboudumc en University of Athens. Het vervolgonderzoek wordt uitgevoerd in een unieke samenwerking van 22 ziekenhuizen, waaronder alle Nederlandse academische ziekenhuizen, de Santeon topklinische ziekenhuizen en een aantal perifere ziekenhuizen en trombosediensten. Onze eerder aangekochte voorraad BCG-vaccins heb ik beschikbaar gesteld voor deze studie. Met het financieel ondersteunen van deze studie wil ik dan ook versneld bescherming van kwetsbare personen mogelijk maken. Ik kijk uit naar de eerste resultaten van deze studie in de aankomende maanden.

#### *Dexamethason*

Waar een medicijn als remdesivir het virus aanpakt, zijn er ook veel onderzoeken gaande naar de werking van medicijnen die het afweersysteem beïnvloeden, bijvoorbeeld met behulp van corticosteroiden (ontstekingsremmers). Inmiddels is uit onderzoek duidelijk geworden dat het middel dexamethason – een ontstekingsremmer – ernstig zieke coronapatiënten sneller kan laten herstellen. Er loopt momenteel internationaal onderzoek om de bewijsvoering hiervoor te versterken. Dexamethason is ruim beschikbaar voor Nederlandse patiënten en het gebruik van het middel in Nederland voor de behandeling van coronapatiënten is nu opgenomen in de behandelrichtlijn COVID-19, opgesteld door de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB).

### **14. Actuele ontwikkelingen COVID-19-situatie in het Caribisch deel van het Koninkrijk**

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

---

<sup>41</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 428

|  | Bonaire | St. Eustatius | Saba      | Curaçao   | Aruba        | Sint Maarten |
|--|---------|---------------|-----------|-----------|--------------|--------------|
| Aantal actieve COVID-19 patiënten (cumulatief) | 30 (40) | 7 (11)        | 0 (5)     | 179 (282) | 1289 (3.551) | 76 (584)     |
| Aantal actuele ziekenhuisopnamen (op de IC)    | 2 (1)   | 0 (n.v.t)     | 0 (n.v.t) | 1 (0)     | 39 (12)      | 4 (0)        |
| Aantal patiënten overleden                     | 1       | 0             | 0         | 1         | 23           | 20           |

Het aantal besmettingen op Aruba is de afgelopen weken fors toegenomen. De overheid heeft verscheidene maatregelen genomen om de verspreiding in te perken. Helaas hebben deze nog niet de gewenste effecten. Handhaving is hierbij een zorgpunt. Om de personele IC-capaciteit verder te versterken, is er extra personeel gestuurd via het Amerikaanse medische uitzendbureau waar VWS afspraken mee heeft.

Ook op Sint Maarten is het aantal nieuwe casussen flink gestegen. Het team dat in augustus is gestuurd om te ondersteunen bij het bron- en contactonderzoek is operationeel. Begin september zijn er vanuit het RIVM nog twee verpleegkundigen en een arts gestuurd. Voorts wordt door RIVM onderzocht hoe het laboratorium op Sint Maarten duurzaam versterkt kan worden om de testcapaciteit uit te breiden.

Voor Aruba en Sint Maarten geldt inmiddels een negatief reisadvies (code oranje).

Tenslotte is het aantal positieve casussen op Bonaire de afgelopen dagen plotseling sterk toegenomen. Om verdere transmissie tegen te gaan is er een aantal strenge maatregelen afgekondigd. De gezaghebber van Bonaire heeft gevraagd het reisadvies op oranje te zetten om extra introductie van casuïstiek te voorkomen.

In de landen zijn inmiddels meerdere zorgmedewerkers besmet. Dat is nu ook het geval op Bonaire en op St. Eustatius. Het bron- en contactonderzoek is gaande. Er wordt nu ingezet op het leveren van extra zorgpersoneel dat lokaal of in Nederland wordt geworven.

## 15. Bonus voor zorgprofessionals

De afgelopen maanden is hard gewerkt aan de totstandkoming van de subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19, hierna te noemen «regeling». De uitbraak van het COVID-19 virus heeft ingrijpende gevolgen gehad voor de maatschappij en dat geldt helemaal voor de zorg. Personen werkzaam in de sector zorg en welzijn (hierna: zorgprofessionals) hebben in de periode 1 maart 2020 tot 1 september 2020 een uitzonderlijke prestatie moeten leveren. Zo hebben bijvoorbeeld verpleegkundigen op de Intensive Care (IC) onder grote druk gestaan om de grote stroom aan COVID-19 patiënten op te vangen en te verplegen. Ook de zorgprofessionals in de verpleeghuizen, in de eerste lijn, zoals de doktersassistenten, in de gehandicaptenzorg en in de klinische voorzieningen binnen de GGZ hebben vaak onder (mentaal) zware omstandigheden moeten werken als gevolg van de vele ziektegevallen en de sluiting van de tehuizen voor bezoek. Daarnaast hebben schoonmakers vele extra uren gedraaid om een verdere verspreiding van het COVID-19 virus te voorkomen. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van zorgprofessionals die een uitzonderlijke prestatie hebben moeten leveren ter bestrijding van de crisis tijdens de uitbraak van het COVID-19 virus.

Het kabinet wil met de bonusregeling zijn waardering uitspreken voor deze mensen in de zorg door hen een bonus van € 1.000 netto te verstrekken. Door middel van de subsidieregeling kunnen zorgaanbieders subsidie aanvragen voor het uitkeren van een bonus van € 1.000 aan een

werknemer of derde, zoals een zzp'er of een uitzendkracht, waarvan de zorgaanbieder van oordeel is dat deze ten tijde van de uitbraak van COVID-19 een uitzonderlijke prestatie heeft geleverd. Het gaat om zorgprofessionals die:

- zich hebben ingezet voor patiënten en cliënten met COVID-19, dan wel
- hebben bijgedragen aan de strijd tegen COVID-19.

Bovenop het bedrag voor de uit te keren bonus zal ook subsidie worden verstrekt aan de zorgaanbieder om de over de bonus verschuldigde belasting te kunnen voldoen. In de voorwaarden in de regeling is opgenomen dat de zorgaanbieders geen bonus was verstrekt aan een zorgprofessional die meer dan twee maal modaal verdient (omgerekend naar een voltijdsbaan) Daarvan mag niet worden afgeweken.

#### *Beoordeling zorgaanbieder*

Een zorgaanbieder kan zelf het beste inschatten welke zorgprofessional tijdens de uitbraak van COVID-19 een uitzonderlijke prestatie heeft geleverd zoals hierboven omschreven. De inzet van zorgprofessionals kan namelijk van geval tot geval verschillen. Het kabinet heeft dit inzicht niet. Om zorgaanbieders hierin zo veel mogelijk te ondersteunen, heeft het Ministerie van VWS een handreiking opgesteld. Deze handreiking is, binnen het gegeven politieke kader, besproken met de werkgeversorganisaties uit de sector zorg en welzijn. De handreiking biedt handvatten voor de zorgaanbieder bij het bepalen wie in aanmerking kunnen komen voor de bonus.

De handreiking biedt handvatten als advies aan de zorgaanbieder bij het aanvragen van de bonus. In de handreiking zijn twee, niet limitatieve, lijsten opgenomen van beroepen/functie(s)(groepen) die, voor wie het de inschatting van het Ministerie van VWS, wel dan wel niet voor de hand ligt in aanmerking te komen voor de bonus. Het is niet mogelijk om een uitputtende lijst op te stellen. Er zijn in de sector veel unieke functienamen op organisatieniveau te onderscheiden. Er is vaak wel een vergelijkbare functie in de lijst terug te vinden. Indien er naar de mening van de zorgaanbieder redenen zijn waarom een zorgprofessional, voor wie het volgens de handreiking niet voor de hand ligt in aanmerking te komen voor de bonus, toch een bonus verdient, dan kan de zorgaanbieder voor die zorgprofessional de bonus aanvragen. Denk aan de situatie dat een zorgprofessional, zoals een laborant of een fysiotherapeut waarvan het werk stil is komen te liggen, is opgeroepen om bij te springen op een afdeling als gevolg van COVID-19. Er is dus sprake van «nee, tenzij». Andersom zijn de zorgaanbieders niet verplicht een bonus toe te kennen aan zorgprofessionals die op grond van deze handreiking *wel* binnen de genoemde categorieën vallen, als daar volgens de zorgaanbieder geen reden toe bestaat («ja, mits»).

De geldelijke middelen zijn niet onbeperkt. We doen een beroep op de zorgaanbieders om hier een goede afweging in te maken. Achteraf zullen door middel van een steekproef controles op rechtmatigheid worden uitgevoerd.

#### *Regeling en handreiking zijn gepubliceerd*

Donderdag 17 september jl. is de regeling in de Staatscourant gepubliceerd en op 18 september is zowel de regeling als de toelichtende handreiking (voor zorgaanbieders als aanvrager van de bonus) gepubliceerd op de website van Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I), ter inzage en voorbereiding. Op 1 oktober a.s. zal het aanvraagloket opengesteld worden. Op de website rijksoverheid is algemene informatie geplaatst over de regeling en zijn de twee lijsten met beroepen/

functie(s)(groepen) gepubliceerd ter informatie. Ook is er met betrokkenheid van de werkgeversorganisaties voor zowel de zorgaanbieder als zorgprofessional een set aan Q&A's opgesteld ter informatie. De Q&A's worden geüpdatet en aangevuld gedurende de komende weken.

### *Zorgprofessionals niet meer in dienst*

In het debat inzake de waardering van zorgprofessionals op 19 augustus jl. (Handelingen II 2019/20, nr. 94, debat over de waardering van zorgmedewerkers) heeft Kamerlid Van Brenk, de vraag gesteld hoe ervoor wordt gezorgd dat zorgprofessionals die wel in aanmerking komen voor de zorgbonus, omdat zij voldoen aan de criteria en hebben gewerkt in de periode 1 maart – 1 september, maar inmiddels niet meer werkzaam zijn bij de betreffende zorgaanbieder waar zij ten tijde van de genoemde periode hebben gewerkt, de bonus kunnen ontvangen.

De subsidieregeling biedt in dit verband de ruimte aan de zorgaanbieder om ook een bonus toe te kennen aan de zorgprofessional die naar diens inzicht voldoet aan de criteria, heeft gewerkt in de periode 1 maart tot 1 september 2020, maar inmiddels niet meer voor deze zorgaanbieder werkzaam is. Door middel van een nabetaling kan aan de zorgprofessional de bonus worden uitbetaald.

### *Netto bonus*

De zorg bonus is bedoeld als netto-beloning aan de zorgprofessional. Om de zorgaanbieder financieel in de gelegenheid te stellen de bonus netto aan de zorgprofessional uit te keren, kan bij het aanvragen van de eenmalige bonus door de zorgaanbieder ook een subsidie worden aangevraagd voor het voldoen van de over de bonus verschuldigde belasting.

Een netto uitkering van de bonus kan worden gerealiseerd, indien de zorgaanbieder de bonus voor eigen werknemers aanwijst als eindheffingsloon conform artikel 31, eerste lid, onderdeel f, Wet LB 1964. De zorgbonus komt hiermee ten laste van de vrije ruimte en zal mogelijk (deels) als eindheffingsloon belast worden bij de werkgever. Door de bonus als eindheffingsloon aan te wijzen heeft de bonus voor de zorgprofessional in loondienst geen gevolgen voor de heffing van inkomstenbelasting en premie volksverzekeringen en evenmin voor het inkomen dat relevant is voor inkomensafhankelijke regelingen.

De zorgbonus vormt een netto-beloning voor zorgprofessionals die zich extra hebben ingespannen ten tijde van de COVID-19 uitbraak en kwalificeert daarmee voor de zorgprofessional in loondienst als loon uit tegenwoordige arbeid. Dat geldt ook voor de zorgprofessional die inmiddels uit dienst is getreden. De bonus ziet op deze werkzaamheden en kwalificeert daarom als loon uit tegenwoordige dienstbetrekking. Voor deze zorgbonus kan de zorgaanbieder dus de vrije ruimte van de werkkostenregeling gebruiken, net als voor de zorgprofessionals die nog in dienst zijn.

De mogelijkheid van toepassing van eindheffingsloon staat eveneens open voor ingehuurde derden. Zorgaanbieders kunnen ook een bonus aanvragen en uitbetalen voor zorgprofessionals die niet bij de zorgaanbieder in dienst zijn, bijvoorbeeld zelfstandigen en ingeleend schoonmaakpersoneel. Voor deze groep is de werkkostenregeling niet van toepassing en voor hen zal door de Staatssecretaris van Financiën – Fiscaliteit en Belastingdienst in het Belastingplan 2021 (Kamerstuk 35 572) een voorstel worden opgenomen om er voor te zorgen dat ook de aan hen

toekomstige bonus netto kan worden uitbetaald en evenmin gevolgen zal hebben voor de inkomensafhankelijke regelingen. Deze bonussen worden eveneens verplicht als eindheffingsbestanddeel in aanmerking genomen. Voor deze bonussen geldt een eindheffingstarief van 75%. Dit tarief sluit aan bij de reeds bestaande eindheffingsmogelijkheden voor verstrekkingen aan anderen dan eigen werknemers. De eindheffing wordt afgedragen via de eerstvolgende aangifte loonheffingen na verstrekking van de bonus. Zorgaanbieders dienen voor niet-werknemers een afzonderlijke administratie bij te houden waaruit blijkt aan wie de zorgbonus is uitgekeerd. Daarnaast delen de zorgaanbieders de zorgprofessionals die de zorgbonus van hen ontvingen schriftelijk mede dat over de zorgbonus eindheffing is betaald. Aan deze schriftelijke mededeling worden geen aanvullende voorwaarden gesteld. De hiertoe op te stellen subsidieregeling bevat een verplichting voor zorgaanbieders om deze eindheffingsregeling, ook vooruitlopend op de inwerkingtreding van het Belastingplan 2021, toe te passen.

De benodigde fiscale wijziging zal in het Belastingplan 2021 worden voorgesteld, met terugwerkende kracht tot 1 oktober 2020. Aan een bepaling wordt slechts terugwerkende kracht verleend indien hiervoor een bijzondere reden bestaat. Daar is in dit geval sprake van. Daarbij speelt onder meer dat de regeling begunstigend is en de coronacrisis noopt tot maatregelen op korte termijn. Verkenning van verschillende opties heeft opgeleverd dat bovenstaande aanpassing de meest passende manier is om binnen de beschikbare termijn tot een uitvoerbare regeling te komen.

## **16. Aandacht voor elkaar**

Aan het begin van de zomer heeft de Minister-President aangekondigd dat we in Nederland gezamenlijk stil zullen staan bij al het verdriet en teleurstelling die door het coronavirus is veroorzaakt. Het gaat daarbij om het verdriet over en van de mensen die zijn overleden of ernstig ziek zijn geweest, maar ook om het verdriet en de teleurstelling in de samenleving die het gevolg zijn geweest van de periode dat het maatschappelijke leven vrijwel tot stilstand is gekomen.

Het kabinet wil gezamenlijk stil staan bij de gevolgen van de coronacrisis, en trapt op 6 oktober een periode af waarin we als Nederlanders «aandacht voor elkaar» hebben.

In deze periode is aandacht voor elkaars verdriet, teleurstellingen en andere gevolgen die mensen ervaren door corona. Het wordt ook een tijd waarin we vooruit gaan kijken: hoe helpen we elkaar hier doorheen en weer bovenop? Het kabinet roept gemeenten en maatschappelijke organisaties op om activiteiten te organiseren in het kader van «aandacht voor elkaar». Bedrijven en particulieren wordt gevraagd om hun voorbeeld te volgen, binnen de mogelijkheden die zij hebben.

De periode start op 6 oktober. Samen met de Minister-President zal ik die dag bij bijeenkomsten aansluiten. Het kabinet beschouwt dit als een invulling van de motie van het lid Van Brenk<sup>42</sup>.

## **17. Publiekscommunicatie**

Vanaf de start van de coronacrisis heeft publiekscommunicatie een belangrijke rol gespeeld. Deze zomer is mede op basis van gesprekken met externe experts de communicatie-aanpak tegen het licht gehouden. In de *lessons learned* brief die u op 1 september ontving, heb ik u daarover

<sup>42</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 338



geïnformeerd. We behouden wat goed is en versterken waar nodig. Deze versterking vindt plaats in de vorm van communicatie richting specifieke doelgroepen, extra inzet op positieve initiatieven en meer aandacht voor vragen en behoeften van mensen. Dit komt samen in de doelgroepen-aanpak die het kabinet, in nauwe samenwerking met gedragsdeskundigen, op dit moment opzet.

In mijn brief van 18 september heb ik u geïnformeerd over de aanpak gericht op jongeren, jongvolwassenen en mensen met een migratieachtergrond.

De aanpak voor andere specifieke doelgroepen wordt de komende weken verder uitgewerkt. Zo bekijk ik samen met ouderenorganisaties en cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking, op welke manier er voor hen nog beter toegespitste informatie beschikbaar kan komen. In de paragraaf «Kwetsbare groepen» is dit nader toegelicht.

Naast de doelgroepenaanpak loopt de algemene publiekscampagne Alleen Samen op radio en televisie nog steeds door. Ook is de communicatie over specifieke inhoudelijke onderwerpen een doorlopend onderdeel van de publiekscommunicatie.

#### *Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)*

De focus in de communicatie over PBM ligt op beschikbaarheid, gebruik en handelingsperspectief. We vertellen proactief over de stappen die we zetten om over voldoende voorraad te beschikken. Denk aan het aanleggen van voorraden door zorginstellingen, de additionele inkoop van PBM door het LCH of – in toenemende mate – de productie van PBM in Nederland. Hierover communiceren we in brede zin: via de media, persconferenties en op [www.rijksoverheid.nl/mondkapjes](http://www.rijksoverheid.nl/mondkapjes), [www.rijksoverheid.nl/beschermingsmiddelen](http://www.rijksoverheid.nl/beschermingsmiddelen) en [www.rijksoverheid.nl/lch](http://www.rijksoverheid.nl/lch). Ook bieden we informatie over het juiste gebruik van mondkapjes door zorgprofessionals en reizigers, bijvoorbeeld in de vorm van publiekscampagnes op social media, informatiefilmpjes zoals <https://www.youtube.com/watch?v=FTuZelg5khM>, leaflets etc.

#### *Reizen*

Voor Nederlanders die binnen Nederland reizen, Nederlanders die naar het buitenland reizen en buitenlandse reizigers die naar Nederland komen, wordt een breed palet aan communicatiemiddelen ingezet. Onder andere de website [www.nederlandwereldwijd.nl](http://www.nederlandwereldwijd.nl) en de campagne «Wijs op reis» waarvan binnenkort een update plaatsvindt, dit mede in het licht van komende schoolvakanties. Uitgangspunt van de communicatiestrategie is om reizigers informeren over de belangrijkste maatregelen in Nederland. En ook om mensen er op te wijzen dat zij dringend geadviseerd worden om 10 dagen in thuisquarantaine gaan, wanneer zij komen uit een gebied met een verhoogd risico op het coronavirus. Reizigers die Nederland binnen reizen worden geattendeerd op de Nederlandse maatregelen via informatie in het vliegtuig of op de matrixborden boven de snelweg.

#### *Testen en traceren*

De toename in bewustwording van het belang van testen, de publiekscampagne op dit onderwerp, de mogelijkheid om online een testafspraak te maken én terugkerende vakantiegangers uit risicogebieden, hebben er toe geleid dat de testvraag sinds medio augustus steeds verder toeneemt. In die mate, dat de testcapaciteit momenteel niet meer toereikend is om aan de grote vraag te kunnen voldoen. Er zijn sterke aanwijzingen dat

steeds meer mensen zich zónder klachten laten testen. Daarom wordt in de communicatie nu de nadruk gelegd op het alléén testen bij klachten die passen bij corona.

Daarnaast wordt de komende tijd de testcapaciteit verder uitgebreid. Daarom zetten we in op communicatie over deze uitbreidingsmogelijkheden en verklaren we waarom het momenteel wat langer kan duren om te kunnen worden getest en dat ook de uitslag van de test wat langer op zich kan laten wachten. Daarnaast leggen we de nadruk op het belang van thuisquarantaine zolang mensen in afwachting zijn van de testuitslag.

De communicatiestrategie voor het najaar omvat het ondersteunen van de veiligheidsregio's en GGD'en bij lokale oplevingen (waar nodig). De communicatie over testen sluit aan bij de algemene communicatiestrategie en zal dus ook aandacht hebben voor specifieke doelgroepen zoals jongeren, mensen met een migratie achtergrond en voor moeilijk bereikbare doelgroepen, zoals sociaal kwetsbare mensen. Daarnaast blijft de boodschap om je bij klachten te laten testen, onderdeel uitmaken van de Alleen Samen campagne. Ook is er een (pilot) podcast over het bron- en contactonderzoek gelanceerd, waarmee we toetsen of dit een bruikbaar instrument kan zijn om het mensen meer uitleg te geven over ingewikkelde corona gerelateerde onderwerpen, zoals testen.

Alle publieksinformatie over het testen op corona is te vinden op [www.rijksoverheid.nl/coronatest](http://www.rijksoverheid.nl/coronatest).

### *Vaccinatie*

Wereldwijd werken onderzoekers aan het zo snel mogelijk ontwikkelen van een veilig en effectief COVID-19 vaccin. Het is begrijpelijk dat mensen hier vragen of zorgen over hebben. Het gaat immers om een nieuw vaccin, en de ontwikkelingen volgen elkaar in hoog tempo op. Goede, eerlijke, en volledige communicatie en voorlichting over de COVID-19 vaccinatie is daarom van groot belang. Bij de voorbereidingen voor publiekscommunicatie over de coronavaccinatie werken we samen met het RIVM en andere experts van bijvoorbeeld het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen aan een communicatiestrategie. Deze strategie heeft als doel zo goed mogelijk in de informatiebehoefte van de samenleving als geheel- en van specifieke doelgroepen in het bijzonder- te voorzien. Hierbij richten we ons met name op het gesprek met de samenleving om vragen en zorgen te adresseren, het actief tegengaan van onjuiste informatie over vaccineren, en het monitoren van vragen en opvattingen bij de doelgroepen. Op deze manier wil ik me er voor inzetten om het draagvlak voor vaccineren hoog te houden. Parallel aan deze brief ontvangt u een aparte brief over de vaccinatiestrategie. Hierin ga ik onder andere verder in op de communicatie rondom dit onderwerp.

### *Coronadashboard*

Sinds 15 september is een vernieuwde versie van het coronadashboard beschikbaar via <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>. Het vernieuwde dashboard presenteert de belangrijkste cijfers duidelijker, zowel op landelijk als op lokaal niveau. Zo is in één oogopslag helder welke cijfers het belangrijkste zijn en waar kan worden doorgelinkt voor meer details. Hiermee is het dashboard beter bruikbaar voor zowel geïnteresseerde burgers als voor beleidsmakers en specialisten. De komende periode wordt het dashboard nog verder doorontwikkeld en worden nieuwe bronnen toegevoegd.

## 18. Overig

### *OMT-Advies over maatregelen middelbare scholen*

Sinds de opening van de scholen (primair en voortgezet onderwijs) zijn er veel vragen en soms ook onrust rondom het risico van COVID-19 op scholen. Hoewel er in de media veel aandacht is voor elk COVID-19-geval op een school, is sinds de start van het schooljaar geen relevante toename gezien in het aantal gemelde kinderen met COVID-19 in de leeftijdsgroep tot en met 18 jaar oud. Het aantal gevallen van COVID-19 in de leeftijdsgroep tot en met 18 jaar neemt weliswaar iets toe, maar blijft beheersbaar.

De situatie op scholen zal nauwgezet gevolgd worden. Het OMT onderschrijft het belang dat kinderen fysiek onderwijs kunnen volgen, zoals ook steeds meer wetenschappelijk wordt onderschreven. Als uit de surveillance blijkt dat er lokaal of regionaal infecties optreden op scholen, is het belangrijk om aanvullende maatregelen te nemen om schoolsluiting te voorkomen. Het OMT adviseert daarbij niet om mondkapjes te gebruiken. Het BAO onderschrijft deze aanbevelingen en wijst op belang van goed uitleggen van verschil tussen algemene regels en regels bij extra regionale maatregelen.

### *Tegemoetkoming voor amateursportorganisaties (TASO)*

Op 1 mei jl. heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport uw Kamer geïnformeerd over het steunpakket voor sportverenigingen<sup>43</sup>. Voor het zomerreces heeft het kabinet besloten om, aanvullend aan dit steunpakket, € 25 miljoen beschikbaar te stellen voor sportverenigingen met een eigen accommodatie. Deze middelen zijn inmiddels ingezet in de TASO-regeling, de tegemoetkoming voor amateursportorganisaties. Hiermee kunnen sportverenigingen die geen aanspraak konden maken op de rijksbrede COVID-19-steunmaatregelen, ook een tegemoetkoming aanvragen voor hun doorlopende lasten tussen 1 juli en 1 september. Daarnaast worden deze middelen ingezet om amateursportverenigingen met een sportaccommodatie in eigendom en hoge doorlopende lasten een extra steun in de rug te geven, gezien de belangrijke bijdrage die deze verenigingen leveren aan een gezond en vitaal Nederland. Deze verenigingen kunnen onder voorwaarden een eenmalige tegemoetkoming krijgen. Door deze aanpassingen in de TASO-regelingen heeft het openstellen van het aanvraagportaal helaas vertraging opgelopen. Na publicatie van de gewijzigde TASO-regeling zal het aanvraagportaal op de website van DUS-i zo snel mogelijk geopend worden.

### *Negatieve gezondheidseffecten (toezegging aan het lid Azarkan)*

Het lid Azarkan heeft 7 mei jl. (Handelingen II 2019/20, nr. 70, item 5) een motie ingediend voor het blijvend monitoren van de negatieve gezondheidseffecten als gevolg van de coronacrisis<sup>44</sup>. Het Ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd om de indirecte effecten van de COVID-19 epidemie op zorg en gezondheid in kaart te brengen. De eerste publicatie is verschenen op 25 mei jl. Het gaat hierbij om het inventariseren van de omvang van uitgestelde, afgeschaalde, vermeden of niet gegeven zorg en het maken van een inschatting van de gezondheidseffecten hiervan. Het RIVM publiceert hier in 2020 periodiek over op zijn website<sup>45</sup>.

<sup>43</sup> Kamerstuk 30 234, nr. 244

<sup>44</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 335

<sup>45</sup> <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/indirecte-effecten-zorg-gezondheid>.

*Onderzoek Q-koorts en COVID-19 (toezegging aan het lid Heerma)*

Ik heb tijdens het debat van 7 mei over COVID-19 aan uw Kamer toegezegd dat er onderzoek gedaan zal worden naar de relatie tussen een (doorgemaakte) infectie met Q-koorts en extra kwetsbaarheid voor COVID-19. VWS heeft deze vraag uitgezet bij veldpartijen die op relatief korte termijn hierover een onderzoek kunnen opzetten. Het RIVM heeft een goed voorstel gedaan en gaat nu samen met andere onderzoeksgroepen de vraag snel oppakken door aan te sluiten bij onderzoek dat al loopt of is gedaan ten tijde van de Q-koorts uitbraak. Er zullen eerst op basis van meldingsgegevens oriënterende analyses worden uitgevoerd. Daarnaast is een drietal korte onderzoeken gepland, waarvoor verdere gegevens uit huisartsenpraktijken en ziekenhuizen in Brabant worden verzameld en geanalyseerd. Dit onderzoek is al in gang gezet en voor het einde van het jaar worden de resultaten verwacht.

*C-support (toezegging aan de leden Jetten, Marijnissen en Sazias)*

Tijdens het plenaire debat over COVID-19 van 7 mei jl. heeft de Kamer een motie van de leden Jetten en Marijnissen aangenomen waarin zij de regering vragen te bezien hoe vraaggerichte nazorg kan worden ingericht voor post-COVID-19 patiënten waarbij zorg, begeleiding en onderzoek worden gecombineerd, en hierin de ervaringen van onder meer Q-support mee te nemen<sup>46</sup>. Tijdens het plenaire debat van 12 augustus jl. heb ik daarover, naar aanleiding van een vraag van het lid Sazias, aangegeven dat ik voor de zomer met de Stichting Q-support heb gesproken over de invulling daarvan. Ik heb toen toegezegd u te informeren als zij de opdracht uitgewerkt hadden. Ik doe u dan ook hierbij het plan «nazorg voor COVID-19 patiënten: begeleiden, verbinden en regisseren» toekomen<sup>47</sup> dat ik zal financieren. Door u via deze weg het plan toe te sturen, kom ik tegemoet aan de eerdergenoemde motie van de leden Jetten en Marijnissen. De werkzaamheden van C-support zullen worden uitgevoerd volgens een inmiddels beproefd concept: er wordt met de patiënt breed gekeken naar de vragen en behoeften die er zijn ten gevolge van de ziekte. Aanbod binnen de reguliere voorzieningen worden gezocht, expertise wordt toegevoegd waar die nodig is en niet voorhanden. De belangrijkste rol van C-support is het verbinden van kolommen waartussen het samenwerken niet vanzelfsprekend is: het medisch domein, het domein van werk en inkomen en het sociale domein.

*Artikel New York Times (toezegging aan het lid Wilders)*

Tijdens het debat van 12 augustus heb ik het lid Wilders toegezegd het artikel «A Smoking Gun»: Infectious Coronavirus Retrieved From Hospital Air d.d. 11 augustus 2020 uit de New York Times te zullen lezen. Ik heb ook het RIVM gevraagd dat te doen. Zij waren al op de hoogte van het artikel in de NY Times en het wetenschappelijke artikel<sup>48</sup> dat hierin wordt besproken. Het nieuwsartikel refereert aan de wetenschappelijke en maatschappelijk discussie over de rol van aerogene transmissie in de verspreiding van SARS-CoV-2 via besmettelijke virusdeeltjes in de lucht. Het RIVM volgt deze discussie op de voet. De resultaten uit het artikel kunnen niet zonder meer worden vertaald naar publieke ruimtes, maar zijn interessant voor de kennis van de verspreiding van SARS-CoV-2. Het onderzoek onderschrijft het belang van goede hygiëne en PBM-gebruik in het ziekenhuis. Het RIVM blijft de wetenschappelijke onderzoeken op het

<sup>46</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 325

<sup>47</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>48</sup> <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.03.20167395v1>

gebied van aerosolen en druppels in verband met COVID-19 in de gaten houden. Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging in het genoemde debat.

*Rechtmatigheid COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen (toezegging aan het lid Van den Berg)*

Tijdens de behandeling (Kamerstuk 35 493, nr. 15) van de eerste Incidentele Suppletoire Begroting (ISB) van het Ministerie van VWS (Kamerstuk 35 493) heb ik toegezegd aan het lid Van den Berg, om toe te lichten welke aanvullende maatregelen VWS neemt om de rechtmatigheid van de COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen te bevorderen.

In het algemene deel van de memorie van toelichting bij de eerste ISB en de eerste ISB is aangegeven dat, vanwege het spoedeisende karakter van de COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen, de kans op onzekerheden en fouten in de rechtmatigheid groter is. De reden hiervoor is dat de gebruikelijke zorgvuldigheid om de rechtmatigheid te bevorderen de snelheid van handelen, die bij aanvang van COVID-19-crisis nodig was, ernstig zou belemmeren. Immers, het kabinet moest snel handelen om COVID-19 het hoofd te kunnen bieden. Bij dit dilemma heeft het kabinet besloten om alles te doen wat nodig was om de crisis te bestrijden, ook in de gevallen dat er nog geen of onvoldoende zekerheid of dat paste binnen de comptabele wet- en regelgeving.

De COVID-19-gerelateerde uitgaven en verplichtingen zijn vormgegeven langs de lijnen van de bestaande instrumenten die binnen de comptabele wet- en regelgeving voorhanden zijn: inkopen, subsidies, bijdragen, garanties, voorschotten. De rechtmatigheidseisen zijn voor die instrumenten duidelijk. Na aanvankelijk in de spoedsituatie van de COVID-19-crisis gehandeld te hebben, heeft VWS aanvullend op het handelen in de spoedsituatie maatregelen getroffen om onzekerheden en fouten in de rechtmatigheid tot een minimum te beperken. Derhalve zijn de aanvullende maatregelen in deze niet zo zeer nieuwe maatregelen, maar maatregelen die VWS heeft getroffen om de spoedeisende handelingen naderhand binnen de bestaande kaders te verantwoorden: rechtmatigheidsacties aanvullend op de spoedeisende acties om als VWS verantwoordelijkheid te nemen in de COVID-19-crisis.

Zo heeft VWS voor wat betreft de aanbestedingen/inkopen die VWS zelf heeft gedaan de actie opgezet om alsnog alle relevante documenten die in een inkoopdossier behoren te zitten, bijeen te brengen. Hoe completer een dossier, des te kleiner de kans is op onzekerheden. Immers, op basis van een compleet dossier kan met zekerheid over het al dan niet zich voordoen van fouten in de rechtmatigheid worden gesproken. Ten aanzien van aanbestedingen/inkopen heeft de Europese Commissie aangegeven dat een beroep mag worden gedaan op de «»dwingende spoed»»-bepaling in de Aanbestedingswet, waardoor direct gegund kan worden aan een marktpartij zonder eerst te hoeven aanbesteden (art. 2.32 lid 1 sub c Aw). Aandachtspunten bij de inkoopdossiers zijn, naast de volledigheid van het dossier, onder meer: behoeftestelling, adequate motivering van de keuze voor de geselecteerde partij, de prestatieverklaring en gefactureerd bedrag is niet hoger dan de aangemaakte verplichting.

Naast inkopen is ook het subsidie-instrument ingezet (bijvoorbeeld de zorgbonus), alsmede bijdragen (aan agentschappen, ZBO's/RWT's, medeoverheden en internationale organisaties (bijvoorbeeld de Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)). Ten aanzien van staatssteun heeft de Europese Commissie, naast de Tijdelijke Kaderregeling Covid-19, specifiek voor de zorg een soepelere lijn uitgezet. Deze lijn is te

vinden op de website van de Europese Commissie<sup>49</sup>. VWS spant zich in om uw Kamer ook over subsidies en bijdragen te kunnen verantwoorden in termen van rechtmatigheid en financieel beheer.

Bij de eerdergenoemde zorgbonus speelt eveneens de spanning tussen beleidsmatige wenselijkheid en zekerheid over de rechtmatigheid, zij het niet vanwege het spoedeisende karakter, maar vanwege de wensen waaraan de zorgbonus moet voldoen. De zorgbonus is een initiatief van de Tweede Kamer waarbij de Kamer ook heeft aangegeven dat de administratieve lasten beperkt moeten zijn, de uitvoering eenvoudig en in 2020 voor de doelgroep beschikbaar. Daarbij speelt dat de doelgroep van de zorgbonus een gerichte benadering vergt met oog op de doeltreffendheid. Alleen al deze elementen (lage administratieve lasten, eenvoudig uitvoerbaar, een specifieke doelgroep en in 2020 door de doelgroep ontvangen) zijn bepalend voor en leiden tot druk op de rechtmatigheidswaarborgen die in het subsidie-instrument zijn ingebouwd. Indien er over de besteding van het subsidiegeld een hoge mate van verantwoording wordt vereist, leidt dit tot hogere administratieve lasten. Omgekeerd leidt een keuze voor lagere administratieve lasten tot minder controle over de besteding, waardoor er een grotere kans is op fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik ontstaat. Ook hier vergt het derhalve een zorgvuldige afweging om beleidsmatige wensen en rechtmatigheid recht te kunnen doen. De regeling die tot stand is gekomen is de uitkomst van de zorgvuldige belangenafweging. Bij het opstellen van de regeling zijn de Aanwijzingen voor subsidieverstrekking (ook wel bekend als het «Uniform subsidiekader» of USK) gevolgd.

Een van de grotere posten die ik ook wil noemen, zijn de voorschotten aan het LCH. Het LCH is door middel van voorschotten door VWS voorzien van financiële middelen om (additioneel ten opzichte van bestaande marktpartijen) te kunnen voorzien in voldoende kwalitatief goede PBM en testkits. Daarbij heeft VWS een garantie afgegeven, zodat het LCH geen financiële risico's loopt bij het handelen namens VWS. Ook hier zal VWS op rechtmatigheid sturen van de voorschottenverlening en later bij het afrekenen van de verleende voorschotten.

Samengevat: doordat VWS in een spoedsituatie moest handelen, bestaat de kans dat niet alle uitgaven en verplichtingen rechtmatig tot stand zijn gekomen. Deels wordt dit ondervangen door ruimte die de Europese Commissie heeft geboden op het gebied van staatssteun en aanbestedingsrecht. VWS spant zich in om ten aanzien van de aanbestedingen, de subsidies en de voorschotverlening de zaken op orde te krijgen. De zorgbonus is daarbij een dossier waarbij de spanning tussen beleidsmatige wenselijkheid en rechtmatigheid het sterkst voelbaar is. De inspanningen van VWS zijn gericht op het zoveel mogelijk beperken van onzekerheden en fouten.

## **19. Ten slotte**

Het aantal coronabesmettingen neem helaas weer toe – je zou kunnen spreken van een tweede golf. Maar als we kijken naar de ziekenhuizen, dan is die tweede golf daar nog niet. We hebben samen te voorkomen dat het virus zich met dezelfde snelheid blijft verspreiden als het nu doet, zodat die golf de ziekenhuizen ook niet bereikt. De enige manier om dat te

---

<sup>49</sup> [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda\\_20\\_458](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_20_458)

doen is door ons aan de basisregels te blijven houden, hoe vervelend en lastig dat ook is. Maar het is de enige manier om onszelf en elkaar te beschermen.

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