

Vergaderjaar 2020–2021

**25 295**

## **Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 713**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 november 2020

Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid, de Minister voor Medische Zorg en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over de stand van zaken van de ontwikkelingen omtrent het coronavirus.

Het aantal besmettingen ligt nog steeds hoog. De cijfers zijn veel lager dan ze waren, maar nog veel hoger dan ze moeten zijn. Ook zien we dat het tempo van de daling van het aantal besmettingen trager is dan een week geleden.

In de ouderenzorg zien we het aantal verpleeghuizen met een besmetting in huis nog steeds toenemen. En in de ziekenhuizen zal het nog lang duren voor er weer voldoende ruimte is om alle reguliere zorg te hervatten.

We zitten nu met het gemiddeld aantal landelijk besmettingen in het derde risiconiveau, namelijk 216 positief getesten per 100.000 inwoners per week. Dat is nog steeds een hoog aantal besmettingen. We hebben de tweede golf pas echt achter ons gelaten als we terug zijn op het eerste niveau «waakzaam» in de routekaart. We zijn er dus nog niet.

Dit betekent dat we nog steeds een beroep moeten doen op ieders uithoudingsvermogen en dat we ons samen moeten blijven houden aan de maatregelen met het doel om onze kwetsbaarste mensen te beschermen en te voorkomen dat de zorg overbelast raakt.

Met dit gegeven kan ik helaas nog geen doorkijk geven naar de feestdagen. Hoezeer ik ook begrijp dat mensen daar erg naar uit zien. Het hangt af van hoe de cijfers zich de komende weken ontwikkelen en in hoeverre we nieuwe besmettingen weten te voorkomen. Ik verwacht dat ik begin december, naar verwachting 8 december, meer duidelijkheid kan geven.

In deze brief ga ik in op het huidige epidemiologisch beeld, de OMT-adviezen van 9 en 16 november jl. en de stand van zaken van het maatregelenpakket (paragrafen 1–3). Vervolgens komen de gecontroleerde teruggang naar niveau 1 (paragraaf 4) en de doorontwikkeling van het dashboard (paragraaf 5) aan bod en geef ik de huidige stand van zaken van testen en traceren (paragraaf 6), digitale ondersteuning (paragraaf 7), quarantaine (paragraaf 8), vaccin (paragraaf 9) en innovatieve behandelingen (paragraaf 10). Daarna ga ik in op de zorg voor patiënten in de curatieve zorg (paragraaf 11) en de opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis (paragraaf 12). Een hoofdstuk kwetsbare personen volgt (paragraaf 14), waarna nog enkele overige onderwerpen worden behandeld (paragraaf 15–19).

Met deze brief voldoe ik aan:

- De toezegging aan het lid Pieter Heerma om de Kamer te informeren over de stand van zaken rondom de LAMP-test en de ademtest (Handelingen II 2020/21, nr. 20, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus) en de aantallen is hiermee afgedaan.
- de gewijzigde motie van het lid Klaver c.s. over uniformering van het bron- en contactonderzoek bij de verschillende GGD regio's, met waar noodzakelijk ruimte voor maatwerk (Kamerstuk 25 295, nr. 685).
- De toezegging aan het lid van Van Haga te zorgen dat alle informatie op de site, zowel die van het RIVM als die van de rijksoverheid, altijd accuraat en openbaar is, zodat deze voor een ieder is terug te vinden (Handelingen II 2020/21, nr. 20, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus).
- De toezegging aan uw Kamer naar aanleiding van de breed aangenomen motie van het lid Middendorp c.s. dat ik extra inzet op het onderzoeken van de (negatieve) niet beoogde effecten van CoronaMelder (Kamerstuk 25 295, nr. 511).
- Naar aanleiding van de door uw Kamer aangenomen motie van het lid Klaver, de toezegging dat buurthuizen wel als locatie kunnen worden gebruikt voor georganiseerde en besloten dagbesteding voor kwetsbare personen (Kamerstuk 25 295, nr. 693).
- De toezegging om het vrijwilligersplatform van NLvoorElkaar verder onder de aandacht te brengen richting ondernemers die hulp willen bieden.
- De motie van het lid Segers waarin het kabinet wordt verzocht in overleg te treden met landelijke opererende vrijwilligersorganisaties om hen nog beter in staat te stellen de sociale en praktische gevolgen van de coronamaatregelen op te vangen en te verzachten (Kamerstuk 25 295, nr. 643).
- (deels) De motie van het lid Van der Staaij c.s., waarin het kabinet wordt verzocht in samenspraak met gemeenten te bezien hoe (mentaal) welbevinden van mensen kan worden vergroot (Kamerstuk 25 295, nr. 672).
- De motie van de leden Weyenberg en Veldman waarin het kabinet wordt verzocht reizigers die in Nederland aankomen uit een COVID-risicogebied (Kamerstuk 25 295, nr. 664) wil ik verplichten een negatief testresultaat te kunnen tonen dat maximaal 48 uur voor aankomst is afgegeven.  
De gewijzigde motie van het lid Van Brenk (Kamerstuk 25 295, nr. 687) welke de regering verzoekt, in samenspraak met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) alles op alles te zetten om werkgevers in de zorg ervan te weerhouden zorgmedewerkers in te zetten die besmet zijn met het coronavirus door te komen met alternatieven,
- Het verzoek van lid Wilders tijdens het laatste COVID-debat (Handelingen II 2020/21, nr. 20, debat over de ontwikkelingen rondom het

- coronavirus), een oproep te doen aan zorgorganisaties om de overhead, zijnde leidinggevenden en ondersteunende staf, te vragen om waar het kan de medewerkers op de werkvloer te ondersteunen.
- De toezegging om na te gaan op welke manier we het Samenwerkingsplatform kunnen benutten om bedrijven proactief besmettingen te laten voorkomen in hun eigen omgeving.

## 1. Duiding epidemiologisch beeld

Als we kijken naar de cijfers, dan zien we dat we de bocht hebben genomen. De daling is ingezet, de maatregelen hebben effect. We moeten goed volgen of de daling doorzet. Want de cijfers zijn wel lager dan ze waren, maar nog veel hoger dan ze moeten zijn. We moeten dus volhouden, het virus is wijdverspreid en kan – als we verslappen – weer makkelijk toeslaan.

In de afgelopen week zijn 37.706 nieuwe positieve testuitslagen ontvangen, dit is er ongeveer 6.000 minder dan de week daarvoor. Van 9 tot en met 16 november zijn er 226.083 personen getest in de GGD-teststraten, dit zijn er minder dan in de week ervoor. Ook als je kijkt naar de trend van afgelopen weken is een daling zichtbaar. Zo waren 3 weken geleden (26 oktober t/m 1 november) bijna 400 positieve testen per 100.000 inwoners geconstateerd, terwijl dit afgelopen week (9–15 november) nog iets meer dan 200 positieve testen over 7 dagen waren. Het percentage positieve testen is 13,8% per week, dus aan het dalen. Vorige week was het percentage 14,5% en de week ervoor 16,6%.

Afgelopen week zijn 1496 mensen vanwege COVID-19 op de verpleegafdelingen opgenomen (volgens Stichting NICE), dit zijn 24 nieuwe opnames minder dan de week daarvoor. Het aantal opnames op de Intensive Care (IC) bedroeg deze week 224, iets minder dan de week ervoor, toen er 275 nieuwe opnames werden geregistreerd op de IC. Daarmee is de bedbezetting nog steeds hoog, maar wel aan het afnemen.

Op 17 november is de nieuwe berekening van het reproductiegetal bekend: 0.89 (waarde van twee weken geleden). Dit getal geeft de groei van de epidemie van twee weken geleden (3 november) weer. Ook de R waarde zit dus onder 1, wat aangeeft dat de verspreiding van het virus aan het afnemen is. Het aantal besmettelijke personen blijft hoog, met 117.905 personen deze week. Dat betekent dat er nog steeds een grote kans is, dat je besmet wordt door iemand waarmee je in contact komt. Daarom blijft het belangrijk dat we gezamenlijk blijven volhouden om de basisregels in acht te nemen. Alleen zo voorkomen we dat het virus weer snel oplaait.

### *Regionaal beeld*

In alle regio's daalde de incidentie, het percentage positief getesten en het aantal positieve testen. Per 17 november waren 4 regio's zorgelijk, 16 ernstig en 5 zeer ernstig. Er zijn echter grote verschillen tussen regio's. De regio's met het laagste percentage positieve testen waren Groningen, Fryslân, Drenthe (onder de 10%) en de regio's met de hoogste percentages waren Rotterdam-Rijnmond, Twente en Zuid-Holland-Zuid (boven de 16%).

In de regio's Groningen, Fryslân en Drenthe is het kleinste aantal nieuwe positieve testen zichtbaar. De regio's met het hoogste aantal positieve testen per 100.000 inwoners zijn Rotterdam-Rijnmond, Twente en Zuid-Holland-Zuid, deze regio's hadden meer dan 300 meldingen per 100.000 inwoners.

## 2. OMT-adviezen van 9 en 16 november jl.

Het OMT is op 6 november en 13 november bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. De adviezen zijn opgenomen in de bijlage (Bijlage Advies n.a.v 85<sup>e</sup> en 87<sup>e</sup> OMT).<sup>1, 2</sup>

Het 85<sup>e</sup> OMT-advies bestaat de volgende onderdelen:

1. Quarantaineperiode en testbeleid, inclusief reizigers
2. Resultaten PIENTER-3-onderzoek
3. Uitzondering voor kinderen m.b.t. zingen in groepsverband

Ad1) Quarantaineperiode en testbeleid, incl. reizigers

Het OMT stelt vast dat de compliance met quarantaine in Nederland niet optimaal is, slechts 50% van de mensen die in quarantaine zouden moeten, geeft aan dat ook te doen. Van de mensen die uit oranje of rode gebieden naar Nederland komen, geldt dat slecht voor circa 25%. Het verkorten van de quarantaine kan bijdragen aan de compliance. Hierop wordt nader ingegaan in paragraaf 8, quarantaine.

Op dit moment is alleen de PCR-test gevalideerd voor testen van asymptomatische personen. De PCR-testcapaciteit heeft de afgelopen tijd onder druk gestaan, er lijkt nu ruimte te komen om deze ook voor asymptomatische personen in te zetten. Mede gezien de huidige testcapaciteit, acht het OMT het verantwoord om een PCR-test aan te bieden op de vijfde dag na het laatst mogelijke blootstellingmoment, of later al naar gelang iemand later als nauw contact is getraceerd. Een negatief geteste persoon op dag 5 na het laatst mogelijke contact met de index kan dan uit quarantaine, mits deze persoon alert blijft op het ontstaan van klachten. Als deze klachten zich alsnog voordoen, moet deze persoon zich onmiddellijk opnieuw laten testen. Deze gewenste alertheid geldt voor de periode tot 14 dagen na dat laatste blootstellingmoment.

Voor personen die contact hebben met kwetsbare personen met een verhoogd risico op complicaties geldt, dat zij deze contacten gedurende de gehele tien dagen vermijden, onafhankelijk van een negatieve PCR-testuitslag. Voor personen die werkzaam zijn in de zorg geldt, dat zij na een negatieve PCR-testuitslag van persoonlijke beschermingsmiddelen gebruik dienen te maken, tot ten minste tien dagen na het laatste mogelijke contact, mits zich geen klachten voordoen. Voor deze twee categorieën van personen zal het OMT in een vervolgadvisie een verdere uitwerking geven (zie onder 87<sup>e</sup> OMT-advies).

Bovenbeschreven beleid kan in alle GGD-regio's waar de test- en BCO-capaciteit op orde is, worden voorbereid en uitgevoerd. Daarnaast is het raadzaam in enkele GGD-regio's de performance van (antigeen)sneltesten bij personen zonder klachten in vergelijking met de PCR te onderzoeken om tot een validatie-advies te komen m.b.t. het gebruik van deze sneltesten als alternatief voor de PCR voor het testen van asymptomatische personen tijdens de quarantaineperiode. Hierop wordt nader ingegaan in paragraaf 6, testen en traceren.

Het OMT adviseert de mogelijkheid voor het eisen van een negatieve testuitslag bij binnenkomst in Nederland voor alle reizigers (zowel van terugkerende Nederlanders als buitenlandse bezoekers aan Nederland) uit oranje of rode gebieden, te verkennen. Dit komt aan de orde in de paragraaf 6, testen en traceren.

<sup>1</sup> Het 86<sup>e</sup> OMT-advies gaat over nertsen en is uw Kamer per brief Kamerstukken 28 286 en 25 295, nr. 1131 11 november jl. toegestuurd.

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

#### Ad 2) Resultaten PIENTER-3-onderzoek

Het OMT heeft kennisgenomen van de resultaten van de PIENTER Coronastudies. Het percentage mensen met antistoffen in het bloed (seroprevalentie), is gestegen van 2,8% in april, naar 4,5% in juni en verder naar 5,1% begin oktober. Zes maanden na infectie waren bij 94% van de deelnemers met een doorgemaakte infectie bij wie antistoffen aangetoond waren, nog steeds deze antistoffen (IgG) detecteerbaar. Deze antistoffen vertoonden tevens een stijging in het vermogen tot binding aan het virus. Dit zijn gunstige resultaten.

#### Ad 3) Uitzondering voor kinderen m.b.t. zingen in groepsverband

In het OMT-advies van 2 november jl. is geadviseerd zingen in groepsverband in welke context dan ook af te raden. Hieronder viel ook zingen op scholen en kindercentra. Het OMT komt op dit advies terug voor wat betreft zingen door jonge kinderen. Omdat kinderen zelf weinig ziek worden van COVID-19 en weinig bijdragen aan de verspreiding van het virus, is het OMT van mening dat voor kinderen t/m 12 jaar een uitzondering kan worden gemaakt op de regel «zingen in groepsverband». In paragraaf 3, maatregelen wordt beschreven hoe het kabinet om gaat met het OMT-advies ten aanzien van zingen in groepsverband.

#### *BAO-advies*

Het BAO omarmt het advies over testen om de quarantaine te verkorten. Het is daarbij belangrijk dat er meteen voldoende capaciteit is en dat dit ook blijvend is. Er moet ook rekening worden gehouden met uitvoeringsaspecten. Snelheid is van belang, maar zorgvuldigheid is nog belangrijker. Ten aanzien van het advies over reizigers, adviseert het BAO te zorgen dat men dit niet op gaat vatten als een aansporing om te gaan reizen. Dit vergt goede communicatie. Het BAO is ook van mening dat het goed zou zijn als reizigers met een bewijs van een negatieve test terugkomen. Het BAO neemt kennis van de resultaten van het Pienter onderzoek en is het eens met de uitzondering voor kinderen m.b.t. het zingen in groepsverband

Het 87<sup>e</sup> OMT-advies bestaat uit de volgende onderdelen

1. Vraagstukken omtrent verloop van de epidemie
2. Strategie van afschalen
3. Tijdelijke versoepeling van maatregelen tijdens de feestdagen
4. Diverse facetten van het testbeleid

#### Ad1) Vraagstukken omtrent verloop van de epidemie

Uit het beloop van de ziekenhuisopnames, ziekenhuisbezetting, IC-opnames en IC-bezetting blijkt enig effect van de maatregelen genomen op 28 september en blijkt het verwachte effect van de maatregelen genomen op 13 oktober. Het OMT ziet geen noodzaak om het pakket maatregelen van 13 oktober jl., vanaf 18 november aan te scherpen.

#### Ad2) Strategie van afschalen

In het OMT is de-escalatie in brede zin besproken, waarbij de geleerde lessen van het afschalen na de eerste golf en het ontstaan van de tweede golf zijn betrokken. Het OMT constateert dat de daling van het aantal besmettingen en de R-waarde nog onvoldoende zijn om nu al over te gaan tot een afschaling. Het OMT benoemt met welke aspecten rekening moet worden gehouden bij het afschalen van maatregelen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om basismaatregelen die nodig zijn om de verspreiding van het virus te controleren zonder het tot een volgende golf te laten komen. Verder gaat het om communicatie over de maatregelen. In paragraaf 4 komt aan de orde hoe gecontroleerd kan worden teruggaan naar niveau 1 – «waakzaam».

Op dit moment kunnen nog geen definitieve signaalwaarden worden gegeven. Hiervoor zullen aanvullende berekeningen moeten plaatsvinden en moet duidelijk worden hoe deze zich verhouden tot de signaalwaarden die gebruikt werden voor de escalatie. Dit wordt verder uitgewerkt en zal in een volgend OMT terugkomen.

Ad3) Tijdelijke versoepeling van maatregelen tijdens de feestdagen  
Het OMT benadrukt dat het versoepelen van maatregelen rond de feestdagen een risico op nieuwe besmettingen met zich meebrengt. De  $R_t$  is weliswaar gedaald, maar het totaal aantal besmettelijke mensen (prevalentie) is nog onvoldoende gedaald om een versoepeling van maatregelen af te kondigen. Een besluit over al dan niet tijdelijke afschaling van maatregelen tijdens de feestdagen blijft daarom een politieke afweging. Als gekozen wordt voor versoepeling tijdens de feestdagen, is te overwegen een aantal regels in acht te nemen om dit met zo min mogelijk risico te laten verlopen. Het OMT denkt daarbij aan het uitsluitend viëren van de feestdagen in huiselijke kring, met een beperking van het aantal gasten per dag, consistent met een eerder gehanteerd aantal mensen, bijvoorbeeld 6. In paragraaf 4, wordt kort ingegaan op de feestdagen.

Ad4) Diverse facetten van het testbeleid

Ten aanzien van testen van kinderen t/m 12 jaar, adviseert het OMT, op basis van de meest recente epidemiologische informatie (incidentie in de leeftijdsgroepen, vindpercentage in BCO en clusteridentificatie), dat het verantwoord is om voor kinderen t/m 12 jaar een afwijkend test- en thuisbeleid aan te houden. In paragraaf 6, testen en traceren komt dit nader aan de orde.

Ten aanzien van testen van zorgmedewerkers in quarantaine, zal het beleid door het RIVM worden uitgewerkt en, na overleg met diverse partijen, waaronder Verenso en de FMS, tijdens een volgend OMT worden gefinaliseerd.

Ten aanzien van hertesten van personen uit risicogroepen na een negatieve antigeentest, geeft het OMT aan dat gevalideerde antigeensneltesten toegepast kunnen worden bij personen met klachten die op COVID-19 kunnen wijzen. Het is van belang dat er in de patiëntinformatie ook aandacht wordt besteed aan de betekenis van een negatieve uitslag van de antigeensneltest. Hierin moet worden vermeld dat voor zorgmedewerkers en personen uit medische risicogroepen een hertest met PCR wordt geadviseerd bij een negatieve antigeentest. In paragraaf 6 wordt hierop nader ingegaan.

Een aantal aanvullende vragen in het kader van het testbeleid, zoals grootschaliger en frequenter testen, ook van mensen zonder klachten of zonder bewezen contact met index en de inzet van antigeentest, in plaats van PCR of LAMP voor het testen van mensen zonder klachten uit BCO/Coronamelder, komt in een volgend OMT aan de orde.

*BAO-advies*

Het BAO onderschrijft de analyse van het OMT dat de prevalentie nu nog onvoldoende is gedaald om tot versoepeling van maatregelen over te gaan. Het BAO is van mening dat volhouden van de maatregelen belangrijk is, maar dat tegelijkertijd perspectief bieden ook van belang is voor mensen om vol te kunnen houden. Er wordt aangegeven dat het goed is gedragsonderzoekers te betrekken om na te gaan wat de behoefte van mensen is en zo te bezien of dat wat mensen graag willen, ook op een veilige manier kan. Als er nagedacht wordt over mogelijkheden rond de

kerst, is het BAO van mening dat in de communicatie helder moet zijn dat hoe meer ruimte er komt, hoe langer de staart van de epidemie wordt. Het BAO steunt derhalve het advies van het OMT om zeer beperkt versoepeling toe te staan tijdens de kerstdagen en oud en nieuw. Het BAO onderschrijft op basis van de geleerde lessen, het advies van het OMT t.a.v. de systematiek van afschaling. Ten aanzien van antigeentesten onderschrijft het BAO het advies van het OMT dat de zekerheid van een aanvullende PCR test alleen nodig is voor mensen die zelf heel kwetsbaar zijn, omdat het voor hen gevolgen voor de behandeling heeft, en voor zorgmedewerkers.

### **3. Maatregelen**

#### *Maatregelenpakket vanaf donderdag 19 november*

Zoals in de Stand van zakenbrief COVID-19 van 4 november jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 688) is aangegeven zal het tijdelijke aanvullende pakket maatregelen aflopen op woensdag 18 november 23.59 uur. Concreet maakt dit dat de maatregelen zoals beschreven in mijn voortgangsbrief Covid-19 dd. 14 oktober (Kamerstuk 25 295, nr. 656) weer van kracht zullen zijn.

Dat betekent dat ten opzichte van de afgelopen twee weken, met de anderhalve meter in acht genomen, weer iets meer mogelijk wordt. Je mag bijvoorbeeld thuis weer maximaal één groep van maximaal drie personen per dag ontvangen, in plaats van twee personen. De groeps-grootte binnen en buiten is weer maximaal vier personen in plaats van twee. Theaters, zwembaden en bioscopen kunnen weer open waarbij een maximum van 30 personen per ruimte geldt. En ook de musea en bibliotheken, pretparken en dierentuinen kunnen weer open. Met alle geldende voorwaarden en restricties voor afstand houden, triage en verplicht reserveren.

Het betekent ook dat we per donderdag 19 november 00.00 uur teruggaan naar de strikte beperkingen die we sinds 13 oktober kennen, waaronder de sluiting van eet- en drinkgelegenheden, sporten boven de 18 alleen op anderhalve meter en met maximaal vier personen, geen publiek bij sportwedstrijden, een alcoholverbod buiten en in winkels en hotels tussen 20.00 uur en 07:00 uur. En het dringende advies om niet naar het buitenland te reizen, tenzij dat strikt noodzakelijk is en thuis te werken, tenzij het echt niet anders kan. Voor een volledig overzicht verwijst ik naar bovengenoemde brief van 14 okt jl.

Gegeven de huidige situatie – met nog steeds een hoog aantal besmettingen – is het noodzakelijk de maatregelen van 13 oktober te continueren. Dit is in lijn met het advies dat het OMT hierover geeft. Er blijven veel beperkingen in stand. Dit vraagt voortdurende en langdurige offers van ons allemaal. We worden beperkt in ons persoonlijke leven en contacten met anderen en veel sectoren worden hard getroffen. Voor veel mensen brengt dit onzekerheid mee over het voortbestaan van hun bedrijf of het perspectief van hun baan. Het is een zware tijd, maar we moeten volhouden om de tweede golf het hoofd te bieden én een derde golf te voorkomen.

Bij de uitwerking van de 13 oktober-maatregelen en de ervaringen bij de invoering van dit pakket bleek dat deze maatregelen op een aantal punten verduidelijkt of verbeterd moesten worden. Dit heeft er toe geleid dat we de volgende wijzigingen in het pakket van 13 oktober hebben doorgevoerd:



De uitzonderingen op de algehele sluiting van eet- en drinkgelegenheden worden uitgebreid met:

- Zorginstellingen voor patiënten en bezoekers van patiënten.
- Afhaalfunctie in pret- en dierenparken.
- Andere locatie (dan uitvaartcentra) waar een uitvaartplechtigheid plaats vindt.
- Een locatie waar besloten en georganiseerde dagbesteding plaatsvindt voor kwetsbare groepen.

Voor gezamenlijk zingen of schreeuwen gelden preciezere regels. Professionele zangers zijn uitgezonderd van het verbod, als ook kinderen tot en met 12 jaar en zang als onderdeel van de belijdenis van godsdienst of levensbeschouwing en betogingen en vergaderingen als bedoeld in de Wet openbare manifestaties.

Het maximumaantal van 30 personen per ruimte blijft gelden. In de uitzonderingen hierop vindt een tweetal verhelderingen plaats. De eerste is dat «jeugdvereniging voor jeugd tussen 0 tot 18» wordt gespecificeerd in «gebruik van gebouwen voor scouting-, cultuur-, kunst-, sport-, en andere georganiseerde jeugdactiviteiten voor personen tot en met 17 jaar». Daarnaast wordt voor uitvaartplechtigheden een maximum van 100 aanwezige personen gesteld.

De maximale groepsgrootte bij groepsvorming is vier. In de uitzonderingen hierop zijn er drie wijzigingen. De eerste is dat dit maximum niet geldt voor een bijeenkomst die plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een rechter of een officier van justitie in de uitoefening van zijn ambt of die dient ter behandeling van een bezwaar of administratief beroep. De tweede is dat de uitzondering die geldt voor personen die deelnemen aan activiteiten van *jeugdverenigingen* tot en met 17 jaar wordt verbreed met personen die deelnemen aan activiteiten van *jeugdorganisaties* tot en met 17 jaar. Ten derde wordt de bestaande uitzondering op de maximale groepsgrootte tussen functionarissen en degene jegens wie deze persoon zijn taak uitoefent nader gepreciseerd en worden ook zij die werkzaam voor een andere organisatie voor de tenuitvoerlegging van straffen of in de vitale asielketen uitgezonderd.

Tenslotte hebben we twee uitzonderingen toegevoegd op de anderhalve meter maatregel. Allereerst worden zorgvrijwilligers en andere mensen die bij de uitvoering van hun werk de anderhalve meter afstand niet kunnen houden uitgezonderd. Daarnaast zijn ook personen die een onderwijsactiviteit in het voortgezet onderwijs, beroepsonderwijs of hoger onderwijs verzorgen dan wel daar aan deelnemen voor zover deze werkzaamheden niet op gepaste wijze kunnen worden uitgevoerd met inachtneming van de veilige afstand, en voor de beroepsmatige werkzaamheden, waartoe de betreffende leerlingen of studenten worden opgeleid, uitgezonderd van de veilige-afstandsnorm.

#### *Tijdelijke wet maatregelen COVID-19*

Ook wil ik u inlichten over de voortgang van de regelingen ter uitvoering van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 (Kamerstuk 35 526). Er zijn vijf regelingen in voorbereiding. Deze regelingen zijn op 28 oktober 2020 gepubliceerd op [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) en ter consultatie voorgelegd aan verschillende (advies)organen, bestuurlijke partners en andere instanties. Twee van de vijf regelingen betreffen Europees Nederland: de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 en de Regeling aanvullende mondkapjesverplichtingen COVID-19, waarin verschillende verplichtingen ten aanzien van mondkapjes zijn opgenomen ter omzetting van het nu geldende dringend advies. De eerstgenoemde ministeriële regeling bevat geen



nieuwe maatregelen, want het is een zo veel mogelijk beleidsneutrale omzetting van de geldende noodverordeningen. Op onderdelen zijn tekstuele aanpassingen aangebracht voortvloeiend uit de tekst van de wet, bij voorbeeld daar waar het gaat om de definities die de wet hanteert. De andere drie regelingen bevatten maatregelen die genomen kunnen worden in de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Vanwege de uiteenlopende situaties op de eilanden en de nodige flexibiliteit is er voor elk eilandgebied een afzonderlijke regeling opgesteld. Deze regelingen zijn in overleg met de gezaghebbers tot stand gebracht en zijn in de week van 2 november ter consultatie voorgelegd aan de eilandsraden, de lokale handhavers en de lokale gezondheidsdiensten.

Wij verwachten dat de vijf regelingen donderdag 19 november a.s. kunnen worden vastgesteld en aan u en de Eerste Kamer kunnen worden overgelegd in het kader van de wettelijke nahangprocedure (artikel 58c, tweede lid, Wpg). Als deze wettelijke procedure is doorlopen zetten wij het proces van gelijktijdige inwerkingtreding van de wet, de algemene maatregel van bestuur over de veilige afstand en de ministeriële regelingen in werking. De voordracht voor het inwerkingtredingsbesluit van de wet wordt dan onmiddellijk na afloop van de nahangperiode aangeboden aan het Kabinet van de Koning. Ik verwacht dat ondertekening van het koninklijk besluit en contrasignering in dat geval tijdig kan plaatsvinden. Door middel van een spoeduitgifte van het Staatsblad op maandag 30 november kan ons streven dat is gericht op inwerkingtreding per 1 december gerealiseerd worden.

### **Zicht op en inzicht in het virus**

#### **4. Gecontroleerd terug naar niveau 1 – «waakzaam»**

Op 4 november jl. hebben we een tijdelijke verzwaring van de gedeeltelijke lockdown afgekondigd om het virus hard te raken. Deze landelijke maatregelen zijn genomen omdat de druk op de zorg te hoog werd en omdat we een versnelling wilden aanbrengen in de daling van de cijfers. De effecten van dit pakket zullen de komende weken zichtbaar worden. Op basis van de laatste inzichten verwacht het RIVM dat we met de tijdelijke verzwaring 670 opnames op de ziekenhuisopnames, waarvan 110 IC opnames, zullen vermijden.

Het doel van de maatregelenpakketten in de bestrijding van de epidemie is dat het aantal contactmomenten vermindert en dat daarmee heel Nederland weer in risiconiveau 1 («waakzaam») komt. Wanneer we dat niveau bereikt hebben zal echt afhangen van hoe we het de komende weken doen. Als het aantal besmette mensen blijft dalen, hopen en denken we half december een eerste voorzichtige tussenstap te kunnen zetten. Voorwaarde daarvoor is dat we in ieder geval binnen de signaalwaarde van risiconiveau 2 moeten zitten. Het einddoel is heel Nederland weer in risiconiveau 1, dat hopen we dan de tweede helft januari te bereiken.

Gecontroleerd teruggaan naar niveau 1 moet geleidelijk plaatsvinden. De maatregelen die gelden zodra we weer in niveau 1 gelden moeten zorgen voor een situatie die op lange termijn houdbaar is voor de zorg, de epidemie terugdringt én tegelijkertijd ook houdbaar is voor de samenleving. De weg terug nemen we samen, solidariteit tussen de regio's. De nu geldende maatregelen worden alléén als het in heel Nederland goed genoeg gaat, versoepeld. Belangrijke criteria die hierbij een rol spelen zijn het aantal positief geteste personen, het aantal ziekenhuisopnames en IC-opnames, een effectief BCO, het reproductiegetal dat lange tijd onder

de 1 zal moeten zijn en de situatie in de verpleeghuizen. Op dit moment buigt het OMT zich over de hoogte van de signaalwaarden. Daarover zal het OMT een advies uitbrengen.

Afgelopen zomer hebben we veel lessen geleerd over de bestrijding van de epidemie. Deze nemen we mee in de aanpassing van de routekaart. Een aantal lessen zijn: In de lagere risico niveaus moet een voldoende stevig pakket aan maatregelen gelden om oplaaien van het virus te voorkomen. Naleving van de maatregelen is cruciaal, juist bij afschaling en ook als de besmettingscijfers laag zijn. Snelle opschaling van maatregelen en gericht ingrijpen is van belang. Verder is het testen en traceren, een effectief BCO, en inzicht in de verspreiding van het virus belangrijk. Daarbij moeten we ook rekening houden een veranderende omgeving, we gaan nu richting de winterperiode, waarin we meer binnen blijven. Verder is de besmettingsgraad in de ons omringende landen relevant.

Nu we op het punt staan van afschalen wordt duidelijk dat afschalen een andere dynamiek kent dan opschalen. Zo gaat het bij opschalen om snelheid bij toenemende besmettingen, bij afschalen is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat de ziekenhuis- en IC-bezetting na-ijlt op de besmettingsgraad. Het afschalen van de maatregelen verdient in de routekaart een aparte plaats.

## **5. Doorontwikkeling dashboard**

Het coronadashboard is een communicatie-instrument dat permanent in ontwikkeling is en blijft. Sinds kort wordt het twee keer per maand op donderdag bijgewerkt met nieuwe informatie en functies. We voegen niet alleen nieuwe informatie toe, maar we werken er ook aan om het dashboard en de informatie relevanter en begrijpelijker te maken voor iedereen. Daarvoor voeren we elke twee weken flitspeilingen uit met concrete vraagstukken en leggen we nieuwe ontwerpen voor. Op dit moment trekt het dashboard dagelijks tussen de 150.000 en 500.000 bezoekers.

Uit een recente flitspeiling blijkt dat gebruikers het dashboard relevant vinden. Tegelijk bestaat de behoefte aan meer duiding van de cijfers. Dit werd eerder ook bevestigd in twee expertmeetings. Daartoe wordt momenteel gewerkt aan een toplaag en wordt extra content voorbereid, zoals artikelen, animaties, infographics en video's die eenvoudig uitleg geven over de cijfers.

Momenteel worden verschillende nieuwe databronnen voorbereid voor publicatie op het dashboard. Het gaat bijvoorbeeld om de resultaten van het RIVM gedragsonderzoek en cijfers over sterfte. Ook verwacht ik binnenkort de regionale ziekenhuiscijfers van NICE op het dashboard te kunnen tonen.

In het AO Langer Thuis van 11 november jl. heb ik toegezegd dat we op korte termijn cijfers op het dashboard gaan vermelden over het aantal besmettingen binnen de gehandicaptenzorg en over kwetsbare ouderen. Uiteraard blijft publicatie van nieuwe data altijd onderhevig aan onvoorziene technische omstandigheden. Een nieuwe databron kan pas gepubliceerd worden als deze geheel in orde is.

### *Vooruitblik dashboard*

In het vierde kwartaal van 2020 wordt verder onderzocht hoe het algemene Nederlandse publiek het coronadashboard ervaart. Op basis

van deze onderzoeken wordt de gebruiksvriendelijkheid van het dashboard verder vergroot.

Zoals al eerder aangekondigd, werken de waterschappen en het RIVM aan het intensiveren van het rioolwaterprogramma. Vorige week hebben de Unie van Waterschappen, het RIVM en ik een intentieverklaring voor meerjarige bestuurlijke samenwerking opgesteld t.b.v. dagelijkse monitoring.

In rioolwater kun je ziekteverwekkers, zoals het COVID-19 virus, meten die met de ontlasting via de wc in het rioolwater terecht komen. Momenteel vinden deze metingen wekelijks plaats en deze cijfers zijn in ons dashboard te vinden. Het is de bedoeling dat alle rioolwaterzuiveringsinstallaties (RWZI's) dagelijks worden bemonsterd, zodat het RIVM deze monsters kan analyseren. De Unie van Waterschappen zal starten met de investeringen die nodig zijn om dit programma mogelijk te maken. Naar verwachting zullen in Q1 2021 ca. 30% van de RWZI's dagelijks bemonsterd kunnen worden, in Q2 ca. 55%, in Q3 ca. 85% en in Q4 100%.

## 6. Testen en traceren

Om te schetsen hoe het testlandschap, inclusief sneltesten, er uit gaat zien, heb ik uw Kamer een eerste invulling gestuurd van de teststrategie<sup>3</sup>. Deze strategie bestaat uit drie sporen: (1) de basistestinfrastructuur van de GGD, (2) het aanvullende testspoor via bedrijven en instellingen en (3) thuis testen en heeft tot doel infectieziektebestrijding en economisch en maatschappelijk verkeer mogelijk maken. Momenteel zien we dat mensen met klachten gelukkig snel terecht kunnen in de testlocaties van de GGD-en en dat zij ook steeds sneller de uitslag ontvangen. Tegelijkertijd zitten we nog in een gedeeltelijke lockdown en willen we zo spoedig mogelijk terug naar een situatie waarin het economisch en maatschappelijk verkeer weer mogelijk is én we het virus onder controle houden. Op termijn zal vaccinatie hiervoor de oplossing bieden. Tot die tijd kan grootschalig en frequent testen van de Nederlanders in combinatie met bron- en contactonderzoek bijdragen aan het open houden van de samenleving en het zicht houden op het virus. Het grootschalig testen van mensen zonder klachten is een ambitie waar het bedrijfsleven (ook in een recent gelanceerd plan) om heeft gevraagd en die door het kabinet wordt omarmd.

### Doorontwikkeling teststrategie

Ik wil realiseren dat in Nederland het testen op COVID-19 sneller, op meer plekken en bij meer mensen kan plaatsvinden en hiermee wil ik de al eerder aan u gezonden teststrategie verder uitbouwen. Samen met GGD GHOR Nederland, en met hulp van VNO-NCW en Defensie, doe ik al het mogelijke om voldoende (over)capaciteit te creëren, en ik ben blij dat het gezamenlijk bedrijfsleven hier ook de schouders onder wil zetten. Dat gaat stap voor stap en kan niet allemaal in één keer. In deze doorontwikkeling van de teststrategie speelt de invoering van sneltesten een prominente rol, waarbij het motto is: veilig, verantwoord en snel. De volgende mijlpalen staan mij voor ogen en deze zijn ook schematisch afgebeeld in de bijlage<sup>4</sup>:

1. Vanaf 1 december wil ik dat mensen *zonder* klachten, die naar voren komen als nauwe contacten via Bron- en Contactonderzoek (BCO) en/of de CoronaMelder-app, getest kunnen worden. Op basis van het 85<sup>e</sup> OMT-advies van 9 november jl. kunnen deze mensen zich op dag 5

<sup>3</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 659.

<sup>4</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

na het laatste blootstellingsmoment laten testen. Bij een negatieve uitslag en zonder klachten kunnen zij vervolgens uit quarantaine als er geen andere redenen zijn om in quarantaine te blijven, mits deze persoon alert blijft op klachten (en zich als die zich voordoen subiet laat testen). Hiermee geef ik invulling aan de motie van de leden Marijnissen en Jetten over het zo spoedig mogelijk starten van het testen van mensen zonder klachten.<sup>5</sup> Voor deze doelgroep zullen PCR- en LAMP-testen worden gebruikt. Om te bepalen of antigeentesten in deze groep kunnen worden gebruikt, zal op enkele plekken een praktijkvalidatie worden uitgevoerd door eerst een dubbele test met de PCR. Wanneer de validatie aangeeft dat de beoordeelde antigeentest geschikt is voor testen van asymptomatische nauwe contacten, kan ook die gevalideerde antigeentest gebruikt worden voor deze doelgroep.

2. Ik onderzoek of het mogelijk is om inkomende reizigers per 15 januari 2021 op dag 5 na aankomst in Nederland te laten testen, zodat hun quarantaine kan worden beëindigd. De LCT zal ik om advies vragen of de testcapaciteit toereikend is voor deze doelgroep, en GGD GHOR Nederland vraag ik om mij te adviseren over de uitvoeringsaspecten, omdat het om een flink aantal vervoersstromen gaat (lucht, openbaar vervoer, auto, zee). Verder op in deze brief zal ik ingaan op mijn bredere inzet op reizen.
3. Vanaf maart 2021 is het de stip op de horizon om in toenemende mate grootschalig testen mogelijk te maken, waarbij uitgegaan wordt van een totale testcapaciteit zodanig dat iedereen in Nederland (*met of zonder klachten*) zich gemiddeld 1 keer per maand kan laten testen (10 miljoen testen per maand). Met nadruk stel ik dat deze ambitie vanaf maart niet gelimiteerd is, ook niet in financiële zin. Om de besmettingsgraad laag te houden en hiermee perspectief bieden voor een zo open mogelijke samenleving wil ik in januari twee experimenten «grootschalig en frequent testen» uitvoeren, waarmee ervaringen opgedaan kunnen worden voor de ambitie vanaf maart. Dit kan hand in hand gaan met het verkleinen van de maatschappelijke impact, door testlocaties voor dit doel in te richten op plekken die hieraan bijdragen. Door deze experimenten kijken we wat de beste aanpak voor grootschalig testen is (welke testen, hoeveel testen, welke logistiek en infrastructuur nodig, wat is het effect op het virus, wat is de maatschappelijke impact, testbereidheid etc.). Ik heb het OMT om advies gevraagd over deze aanpak.

Er is nog erg veel nodig om deze beoogde testafnamecapaciteit te realiseren. Om op méér plekken méér mensen te kunnen testen vanaf 1 maart zullen er aanvullende testafname-aanbieders en -locaties bij moeten komen. Daarvoor heb ik de hulp nodig van GGD-en, werkgevers en ondernemers. Ik ben dan ook blij met de inspanningen die nu al gedaan worden door deze partijen en hoop op hun hulp voor de opgaven die voor ons liggen. In de basistestinfrastructuur (spoor 1) wil ik in elk geval een afname van 175.000 testen realiseren vanaf maart. Dat is echter niet voldoende. Om de bevolking vanaf maart frequent en grootschalig eens per maand te kunnen laten testen is een verdubbeling van die ambitie nodig en daarbij zoek ik nadrukkelijk de samenwerking met de ondernemers, werkgevers, instellingen en VNO-NCW voor het realiseren van meer testafnamecapaciteit. Ik overweeg ook via een aanbesteding een aantal aanbieders van testafname te contracteren, waarmee ik vanaf maart extra aantallen testafnames extra per dag kan waarborgen.

Er zijn ook extra fysieke testlocaties nodig, bijvoorbeeld bij ondernemers en op andere publiek toegankelijke locaties die voldoende ruimte bieden voor het afnemen van testen (bijv. trein- en metrostations,

<sup>5</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 698.

detailhandel etc.). Tot slot is het randvoorwaardelijk dat er een gevalideerde antigeentest is voor mensen zonder klachten en dat er (geschoold) testafnamepersoneel beschikbaar is.

4. In spoor 2 kunnen bedrijven en instellingen aanvullend nu al testcapaciteit realiseren voor hun werknemers *met* klachten met name met sneltesten, zoals al eerder gemeld. Dit is voor bedrijven van toegevoegde waarde onder andere door minder uitval van personeel en omdat meer economische en maatschappelijke activiteiten mogelijk zijn. Zoals het toegankelijk maken van evenementen. Dit is in ruimere mate mogelijk bij een gevalideerde (antigeen) sneltest voor mensen *zonder* klachten. In januari 2021 kan in dit spoor – zodra we op het niveau «*waakzaam*» zijn aangekomen – en na beoordeling door het RIVM geëxperimenteerd worden met fieldlabs evenementen. Bekeken wordt hoe bedrijven in dit spoor maximaal ondersteund kunnen worden. Ook geldt dat de testafname in dit spoor dient te gebeuren binnen de gestelde uitgangspunten voor testlocaties buiten de GGD<sup>6</sup> en andere nader te stellen eisen, bijvoorbeeld uit de komende LCI richtlijn. Hierdoor kan de IGJ ook op dit spoor toezicht houden. Deze uitgangspunten bevatten thema's als kwaliteit en veiligheid, AVG, privacy, registratie en melding van testuitslagen en goede communicatie met de geteste persoon.
5. Tot slot wordt in spoor 3 gewerkt aan de mogelijkheid om thuisafname door een zorgprofessional bij minder mobiele en/of kwetsbare mensen grootschaliger toe te passen. Daarnaast worden in dit spoor de mogelijkheden verkend om op termijn thuis testen op basis van zelfafname mogelijk te maken.

Het kabinet benadrukt hierbij dat testen alleen niet voldoende is: geen enkele test, hoe frequent ook afgenomen, verslaat in zijn eentje het virus. Het gedrag van mensen is en blijft de cruciale factor. Ik blijf oproepen tot naleving van de basismaatregelen. Bereidheid om te laten testen en in (zelf) quarantaine gaan is echt noodzakelijk om deze strategie van testen te laten slagen.

#### Stand van zaken Basis testinfrastructuur (spoor 1)

Afgelopen week zijn in totaal 41.200 COVID-19 testen gemiddeld per dag afgenomen (zorg en GGD). In deze aantallen zitten ook de afnames die zorginstellingen zelf regelen voor hun zorgpersoneel. Bij de GGD'en alleen werden 32.600 testen gemiddeld per dag afgenomen. Dit is 2.500 minder testen dan die week daarvoor. Er is dus een daling te zien in het aantal afgenomen testen. Niet alleen het aantal geteste personen daalt, ook het percentage mensen met een positieve testuitslag is de afgelopen week gedaald van 14,5% in week 45 naar 13,8% in week 46. (zie tabel).

Er kunnen meerdere verklaringen zijn voor de daling van de testaanvragen. Allereerst is de besmettingsgraad gedaald. Daarnaast kan het bijvoorbeeld zijn dat de gedeeltelijke lockdown ervoor zorgt dat mensen toch in quarantaine zijn, niemand ontmoeten en daardoor minder klachten hebben, of dat mensen minder de noodzaak ervaren om zich te laten testen. Bij de GGD'en is voldoende ruimte. Zo kunnen zij aankomende week 79.000 COVID-19 testen afnemen.

In bovengenoemde cijfers zijn de testen in private testlocaties niet meegenomen. In de passage over «toezicht op testbeleid», ga ik verder in op het testen buiten de GGD-testlocaties en wat dit betekent voor de aantallen testen.

<sup>6</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2020/11/04/uitgangspunten-voor-inzet-testen-op-covid-19-waaronder-antigeensneltesten-buiten-de-ggd-testlocaties>.

De doorlooptijden zijn op dit moment al gedaald, zie tabel onder «feiten en cijfers». Met name de tijd tussen het maken van een afspraak voor een test en het afnemen van de test is een stuk lager. Omdat we nog niet overal in het land de doorlooptijd van 2x24 uur halen, blijven we werken aan betere doorlooptijden tussen testafname en testresultaat. Ik verwacht dat er eind november ca. 90.000 COVID-19 testen kunnen worden afgenomen door de GGD'en en in het kader van de klinische/kritieke zorg.

Het OMT heeft in zijn advies van 16 november 2020, opnieuw geadviseerd over het testen van kinderen in de basisschoolleeftijd. Voor kinderen (tot en met groep 2 van de basisschool, t/m 6 jaar) blijft het advies gelijk, zij hoeven in principe niet getest hoeven te worden als zij verkoudheidsklachten hebben en/of koorts hebben/benauwdheid zijn. Testen mag wel maar is geen dringend advies, tenzij ze ernstig ziek zijn of uit het bron- en contactonderzoek (BCO) naar voren komen. Kinderen van groep 3 t/m groep 8 (7 t/m 12 jarigen) hoeven ook niet getest te worden wanneer zij alleen verkoudheidsklachten hebben. Ook hier geldt dat testen wel mag maar geen dringend advies is, tenzij het kind ook koorts heeft/benauwd is of anderszins ernstig ziek is, uit BCO naar voren komt of als het kind deel uitmaakt van een uitbraakonderzoek (op advies van GGD).

Zoals bekend worden 19 (X)L locaties gebouwd om te zorgen voor een extra testcapaciteit. Er zijn momenteel twee locaties geopend. Hierdoor kunnen vanaf december zeker 100.000–130.000 testen worden afgenomen via de GGD-testlocaties. Voor eind december zullen alle 19 XL- en L locaties open zijn, waarbij voor een spreiding van de locaties over Nederland gezorgd zal worden zodat 90% van de Nederlanders op ca 30–45 minuten rijafstand van een testlocatie woont. Per locatie zal er een mix van testen worden uitgerold in de tijd. De PCR test blijft de basis vormen voor de testafnames, daarna volgen de LAMP test<sup>7</sup> en de antigeen(snel)testen<sup>8</sup>. De ademtest<sup>9</sup> zal daar in een later stadium aan toegevoegd worden, mits deze positief wordt gevalideerd. Momenteel vindt validatie plaats voor het testen van mensen zonder klachten en er wordt bij de opbouw van de XL- en L testlocaties ook al rekening gehouden met de te verwachte groei van het aantal testen door het toevoegen van het risicogericht testen van mensen zonder klachten. De toezegging aan het lid Heerma om de Kamer te informeren over de stand van zaken rondom de LAMP-test en de ademtest en de aantallen is hiermee afgedaan.

Onderdeel van de basisinfrastructuur is ook het thuis testen. Hiervoor werken veel regionale GGD'en al langer met regionale swabdiensten, die wanneer iemand echt niet naar de GGD-testlocatie kan komen thuis testen afnemen. Dit doet de GGD bijvoorbeeld in samenwerking met wijkverpleegkundigen. Deze mogelijkheid wordt verder uitgebreid en omdat dit gaat over thuis testen licht ik dit nader toe onder spoor 3. De GGD doet echter meer om de wijkgerichte aanpak uit te breiden. Vorige week heeft de GGD 10 mobiele testunits gelanceerd, die per direct inzetbaar zijn.

<sup>7</sup> De klinische validatie van de LAMP-PCR is afgerond. Het OMT stelt in haar advies van 5 november 2020 vast dat de LAMP-PCR en de reguliere PCR vergelijkbaar presteren. De LAMP-PCR kan betrouwbaar ingezet worden in de testlocaties zonder dat het nodig is om mensen te hertesten.

<sup>8</sup> De klinische validatie van antigeentesten van vijf fabrikanten voor mensen met klachten is afgerond en het OMT stelt in haar advies van 5 november 2020 vast dat deze testen vergelijkbaar presteren en betrouwbaar ingezet kunnen worden bij mensen met klachten. Wel hertest van negatieve testuitslagen bij personen uit medische risicogroepen en zorgmedewerkers. NB: deze antigeentesten zijn nog niet gevalideerd voor screening van mensen zonder klachten.

<sup>9</sup> De klinische validatiestudie naar de ademtest loopt. De verwachting is dat de studieresultaten begin december beschikbaar komen. Afhankelijk van de uitkomsten kan bepaald worden in welke doelgroepen en settings deze ademtesten ingezet kunnen worden.



Hiermee zetten zij extra testcapaciteit in, op plekken waar de prevalentie hoog is en/of bij uitbraken. Hoeveel testen via de regionale swabdiensten en via de mobiele testunits worden afgenomen is niet precies bekend en fluctueert, maar het draagt bij aan de fijnmazigheid van het testaanbod. Al deze onderdelen in de basisinfrastructuur moeten het zeker mogelijk maken om per maart een afnamecapaciteit te bewerkstelligen van in totaal 175.000 test per dag.

#### Stand van zaken Testen via werkgevers (spoor 2)

Met dit spoor maak ik in samenwerking met VNO-NCW, betrokken werkgevers, bedrijfsartsen, arbodiensten en andere zorgprofessionals initiatieven mogelijk die zorgen dat door de inzet van met name antigeentesten werknemers (vooralsnog met klachten) getest kunnen worden. Voor werkgevers *buiten de zorg* moet het begin december mogelijk zijn via het Landelijke Coördinatiepunt Hulpmiddelen (LCH) centraal ingekochte antigeentesten kunnen bestellen en ontvangen. Het blijft tegelijkertijd voor werkgevers mogelijk om zelf gevalideerde testen in te kopen en in te zetten. Bedrijfsartsen, arbodiensten en andere zorgprofessionals zullen in dit spoor bij de uitvoering hiervan een belangrijke rol spelen. Het Ministerie van SZW onderzoekt daarom nu ook hoe zij bedrijfsartsen en arbodiensten daar financieel kunnen ondersteunen. Dit dient indirect ook als stimulans voor werkgevers om mee te doen, een deel van de kosten wordt daarmee vergoed. Om werkgevers nog verder te helpen wordt er in samenwerking met EZK en VNO NCW ook gewerkt aan een helpdesk en een «toolkit»: werkinstructies, lay-out van analyseruimtes, medisch-inhoudelijke richtlijnen en persoonlijke beschermingsmiddelen om in de praktijk te kunnen testen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de ervaringen die de GGD'en het afgelopen jaar hebben opgedaan. Ook is hulp mogelijk bij het vinden en/of opleiden van (test)personeel. Ik hecht er aan dat testen op basis van vrijwilligheid geschiedt en dat binnen de reguliere arbeidsverhoudingen afspraken dienen te worden gemaakt tussen werkgevers en werknemers over testen.

Voor de *zorgaanbieders* is het sinds vorige week mogelijk om de antigeensneltesten te bestellen via het LCH. Daarnaast is bij een negatieve antigeen(snel)testen in de zorgsetting, voor zorgmedewerkers en personen uit medische risicogroepen, een PCR-test ter herbevestiging nodig, conform advies van het 87<sup>e</sup> advies van het OMT. De reden dat we de zorgaanbieders toch voorzien van deze antigeen(snel)testen, is op verzoek van de sector zelf. Een positieve uitslag is immers betrouwbaar en daardoor kan sneller duidelijk worden dat er sprake is van een besmetting.

Het blijft, zoals ik in mijn voorgaande brief aangaf, van groot belang dat zowel door zorgaanbieders als door werkgevers buiten de zorg aan bepaalde voorwaarden en eisen wordt voldaan. Daarom heb ik – in overleg met het RIVM, IGJ en GGD GHOR Nederland – de uitgangspunten<sup>10</sup> waaronder getest mag worden op COVID-19 (zowel PCR als antigeen(snel)testen) buiten de GGD-testlocaties nogmaals op een rijtje gezet. Hiermee is het voor iedereen duidelijk waar aan moet worden voldaan als partijen zelf testen willen gaan afnemen. Deze uitgangspunten lopen vooruit op de LCI-richtlijn die eind deze maand wordt gepubliceerd. In deze richtlijn gaat het RIVM vooral in op de medische eisen waaraan het testen moet voldoen. Daarin gaan zijn ook in op welke wijze zowel de

<sup>10</sup> Uitgangspunten voor inzet testen op COVID-19 (waaronder antigeen(snel)testen) buiten de GGD-testlocaties. Beschikbaar via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/11/04/uitgangspunten-voor-inzet-testen-op-covid-19-waaronder-antigeensneltesten-buiten-de-ggd-testlocaties>.



positieve als de negatieve testuitslagen gemeld kunnen worden aan de GGD. Vooruitlopend daarop heeft het RIVM samen met het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) al een bericht naar buiten gebracht aan de arboprofessionals over de inzet van antigeensneltesten bij bedrijven/instellingen en de rol van de bedrijfsarts daarin. In de uitgangspunten en ook in de richtlijn, is aandacht voor het melden van de (positieve) gevallen aan de GGD. Om dit te vergemakkelijken werkt GGD GHOR Nederland nu hard aan een zogenaamde interface voor het IT-systeem van de GGD'en. Half december is deze interface technisch gereed om getest te worden op alle veiligheidsaspecten; vanaf medio december moet melding op deze manier mogelijk zijn. Op deze manier kan deze informatie dan ook makkelijker gedeeld worden met het RIVM zodat zicht kan worden gehouden op het virus.

### Stand van zaken Thuis testen (spoor 3)

In het derde spoor worden de mogelijkheden verkend voor testen in de thuissituatie. Met de komst van de antigeentesten wordt het mogelijk om mensen te testen tegen beperkte kosten en met eenvoudige voorzieningen, omdat een laboratoriumomgeving geen vereiste meer is. Een aantal testen is inmiddels gevalideerd in een ziekenhuisomgeving waarbij monsters werden afgenomen door een deskundig persoon. De vraag is nu, of deze testen ook thuis in te zetten zijn: ofwel als thuisafname door een deskundig persoon, al dan niet geanalyseerd op locatie, ofwel als zelfafname, door de burger zelf. En ook in situaties zonder klachten. In dit spoor zal de komende maanden daarom nader gekeken worden naar de juridische voorwaarden die hier dienen te gelden, maar ook naar de benodigde informatietechnologie en communicatie, de benodigde vormen van instructie, en hoe registratie van de aanmelding en het testresultaat geborgd kan worden. In verband met thuisafname door professionals wordt de komende weken, in een samenwerking tussen private partijen en publieke instanties, een proef gestart in een aantal regio's, om kwetsbare of minder mobiele mensen thuis te laten testen.

### Feiten en Cijfers

#### **Feiten en cijfers over testen en traceren de afgelopen 3 weken**

Indicator	Week 44	Week 45	Week 46
<i>Omvang</i>			
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en overige/kritieke zorg) <sup>1</sup>	381.500 totaal per week 54.500 gemiddeld per dag	322.000 totaal per week 46.000 gemiddeld per dag	288.400 totaal per week 41.200 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD testlocaties <sup>1</sup>	295.400 testen per week 42.200 gemiddeld per dag	245.700 testen per week 35.100 gemiddeld per dag	228.200 testen per week 32.600 gemiddeld per dag
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten <sup>2</sup>	64.087 meldingen bij het RIVM 48.495 positieven uit de GGD-testlocaties 16,6% positieven in de GGD-testlocaties.	43.621 meldingen bij het RIVM 35.349 positieven uit de GGD-testlocaties. 14,5% positieven in GGD-testlocaties	37.706 meldingen bij het RIVM 31.219 positieven uit de GGD-testlocaties. 13,8% positieven in GGD-testlocaties
Aantal en percentage opgestarte en afgeronde BCO <sup>2</sup>	83,3% van de contactinventarisaties i.h.k.v. BCO is uitgevoerd, 52.402 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen in verband met registratie achterstanden.	85,4% van de contactinventarisaties i.h.k.v. BCO is uitgevoerd, 37.127 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen in verband met registratie achterstanden.	87,9% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 32.489 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen in verband met registratie achterstanden.
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen <sup>3</sup>	32% (onderzoek tussen 30 september en 4 oktober)	32% (onderzoek tussen 30 september en 4 oktober)	32% (onderzoek tussen 30 september en 4 oktober)

Indicator	Week 44	Week 45	Week 46
<i>Effectiviteit</i>			
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname <sup>4</sup>	21,5 uur	9,5 uur	8,8 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag <sup>4</sup>	35,3 uur	30,2 uur	28,3 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraken en testuitslag <sup>4</sup>	56,8 uur	39,7 uur	37,1 uur
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) <sup>4</sup>	30,0 uur	25,5 uur	23,5 uur

<sup>1</sup> Bron: CoronIT en LCDK lab-uitvraag (10/10/2020).

<sup>2</sup> Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (10/11/2020).

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

<sup>4</sup> Bron: GGD-GHOR CoronIT Week 44 en 45 (11/11/2020).

### *Laboratorium capaciteit PCR-testen*

Naast het afsluiten van overeenkomsten met meerdere laboratoria voor de afname van PCR-laboratoriumcapaciteit, het voeren van gesprekken met partijen over hoogvolume laboratoria in Nederland en het ondersteunen van een pilot met een PCR-robot, hebben we afgelopen zomer een aanbesteding uitgevoerd voor het poolen door labs. Deze contracten gaan deze maand in. De PCR-robot wordt in december geïnstalleerd en beproefd met monsters van het RIVM en een GGD-locatie. In de loop van januari komt deze robot beschikbaar voor het produceren van 10.000 tot 20.000 PCR-tests per etmaal.

### *Toezicht op testen en testbeleid*

Voor alle partijen die testen geldt uiteraard dat ze zich aan wet- en regelgeving moeten houden.

Het testen op COVID-19 dient onder toezicht van een arts plaats te vinden en COVID-19 is een meldingsplichtige ziekte wat betekent dat melding bij de regionale GGD van positieve gevallen verplicht is. Om dit nogmaals duidelijk te maken heb ik, zoals eerder in deze brief vermeld, vorige week een compleet overzicht van uitgangspunten online<sup>11</sup> gezet. Daarnaast brengt het RIVM eind deze maand een LCI-richtlijn uit en werkt de GGD aan het eenvoudiger mogelijk maken van het melden van testuitslagen aan het IT-systeem van de GGD. In de afgelopen 2 weken heeft de IGJ met websearch en signalen van GGD'en naar nieuwe aanbieders van private testlocaties gezocht en blijft dat de komende tijd ook doen. Aan nieuwe aanbieders zijn brieven verzonden met daarin een aantal vragen. De reacties worden geanalyseerd en zijn input voor keuzes in het toezicht aan locaties. De GGD'en krijgen van steeds meer private teststraten de positieve testuitslagen door. De GGD'en geven aan dat het merendeel van deze partijen doorgaans welwillend is om aan de gestelde eisen te voldoen en voeren doorgaans aanpassingen op verzoek van de GGD'en snel door. Naast toezicht op private aanbieders houdt de IGJ ook toezicht op de testlocaties die onder de GGD vallen en op laboratoria. De IGJ krijgt

<sup>11</sup> Uitgangspunten voor inzet testen op COVID-19 (waaronder antigeen(snel)testen) buiten de GGD-testlocaties. Beschikbaar via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/11/04/uitgangspunten-voor-inzet-testen-op-covid-19-waaronder-antigeensneltesten-buiten-de-ggd-testlocaties>.

vanuit verschillende partijen en personen meldingen over afnamepunten. In een aantal gevallen is direct contact gelegd met de aanbieder en heeft deze aanbieder het product van de markt gehaald of het handelen aangepast om te voldoen aan geldende regels. In overleg met de GGD'en is een vereenvoudigd meldformulier ontwikkeld en aan alle GGD'en toegestuurd waarmee GGD'en makkelijker zelf melding kunnen doen bij het meldpunt van de IGJ. De IGJ gaat uiteraard verder met het toezicht op testen, zowel binnen als buiten de GGD-testlocaties, en zal wanneer dat nodig is ook handhavend optreden.

#### *Zicht op testuitslagen en testvraag buiten de GGD-testlocaties*

Het is niet zo dat we nu helemaal geen zicht hebben op de uitslagen van testen die niet via de GGD-testlocaties plaatsvinden. Van testen die worden gedaan bij zorginstellingen zelf, zowel het personeel als patiënten en cliënten, hebben we de aantallen grotendeels in beeld. In totaal ging dit vorige week om circa 80.000 tests per week. Van deze tests krijgen de GGD'en doorgaans de positieve testuitslagen door. Er zijn daarbij ook commerciële partijen die positieve uitslagen melden. Dit blijkt ook uit de cijfers van het RIVM, ongeveer een kwart van de meldingen die bekend zijn bij RIVM komen van buiten de GGD-teststraten, dit is inclusief de zorg en commerciële partijen. Voor week 45, de laatste week die een redelijk compleet beeld geeft vanwege nagekomen meldingen, zijn er 43.621 personen gemeld met een positieve testuitslag, waarvan er 35.349 afkomstig zijn van de GGD-testlocaties. Het is lastig aan te geven welke informatie we missen, maar met de ingezette acties, namelijk het publiceren van de uitgangspunten, de aankomende LCI-richtlijn, het eenvoudiger melden van testuitslagen aan het IT-systeem van de GGD en het toezicht van de IGJ zal het beeld steeds completer worden.

#### *Regie Testketen*

De landelijke regie op de testcapaciteit en testketen door de LCT is versterkt en uitgebreid. Voor de uitvoering van de drie sporen van de teststrategie zijn onder de LCT drie (stuur)groepen ingericht, waarin betrokken partijen samenwerken. Bovendien is onder de LCT de stuurgroep sneltesten opgericht, die stuurt op adequate validatie en implementatie van innovatieve testen en testmethoden. Voor de versterking van een toekomstbestendige digitale ondersteuning wordt een nieuwe stuurgroep ingericht. Met de uitvoeringpartners wordt gestuurd op het vergroten van de testafnamecapaciteit door extra teststraten en testtypen (spoor 1), testafname bij of door werkgevers (spoor 2) en bij de mensen thuis (spoor 3).

De Dienst Testen i.o. heeft opdracht gekregen om ruim voldoende testcapaciteit te realiseren door inkoop van laboratoriumcapaciteit, testmaterialen en (snel)testen en om de beschikbare laboratoriumcapaciteit over de testafnamelocaties te verdelen. De Dienst zorgt daarnaast voor onderlinge operationele afstemming tussen de onderdelen in de testketen. De LCT heeft opdracht gegeven aan de Dienst Testen i.o. om een betrouwbare informatiestroom over de uitvoering van het testbeleid. Deze «Cockpit Testen en Traceren» zal helpen goed geïnformeerde beleidskeuzes te maken ten aanzien van het testbeleid en de teststrategie. Hierin worden getallen van GGD'en, RIVM, de Dienst Testen i.o. & VNO-NCW samengebracht voor een compleet beeld van de testketen. Naar verwachting kan dit integrale cijfermatige beeld van de testketen in december in gebruik genomen worden. Het resultaat is dat de LCT de grip op de testketen versterkt en kan inspelen op nieuwe initiatieven en innovaties. André van der Zande heeft als voorzitter van de LCT tevens

aanzet gegeven tot het opstellen van een convenant om de onderlinge samenwerking van ketenpartners te bekrachtigen.

#### *Bron- en contactonderzoek (BCO)*

Door de hoge aantallen besmettingen van de afgelopen tijd, hebben GGD'en veel ervaring opgedaan met de uitvoering van bron- en contactonderzoek. BCO wordt door de 25 GGD regio's voor 80–90% volgens dezelfde werkwijzen en processen uitgevoerd. Ook de medewerkers die in de landelijke schil worden opgeleid, werken volgens deze zelfde processen. GGD'en geven aan dat er ruimte is voor verdere uniformering. GGD'en zijn best practices aan het toetsen, en aan het implementeren om deze uniformiteit te bereiken. Verbetering zit in de toedeling van de casuïstiek en een efficiëntere werkverdeling, denk aan moeilijke casussen voor de zeer ervaren medewerker, inzet van vrijwilligers van het Rode Kruis voor nabellen van de contacten die in quarantaine zitten. Hiermee kan uitwisseling tussen regio's en inzetbaarheid van medewerkers verder worden verbeterd. Verder wordt gewerkt aan landelijke ICT-ondersteuning voor BCO-medewerkers in het gebruik van HP-zone. Tevens is GGD GHOR Nederland opdrachtgever voor de digitale oplossing, genaamd GGD Contact, waarmee de besmette persoon in staat wordt gesteld zijn/haar contacten digitaal te sturen aan de BCO-medewerker tijdens het eerste gesprek. Om deze aantallen volledig BCO daadwerkelijk te kunnen realiseren moet de besmettingsgraad verder omlaag.

Voor verdere informatie over GGD Contact verwijs ik u naar *GGD Contact Voortgang tweede digitale oplossing, Corona Melder*. Deze digitale aanvulling op het BCO-proces vermindert, naar verwachting, de handelingen van de BCO-medewerker en versnelt de contactinventarisatie. GGD GHOR Nederland is bezig met een efficiëncyslag van verschillende acties om hun BCO proces efficiënter en uniformer in te richten. Hierdoor zal naar verwachting in de komende maanden een hogere productiviteit gerealiseerd kunnen worden bij volledig BCO en risicogestuurd BCO. Met de capaciteit op volle sterkte kan half december 3.400 volledige BCO per dag uitgevoerd worden (dit was 2.720 volledig BCO) en 8.250 risicogestuurd BCO (dit was 6.600 risicogestuurd BCO). Mochten de besmettingen verder oplopen, kunnen de GGD'en het BCO verder aanpassen om elke besmetting op te volgen met minimaal BCO (13.000 BCO per dag), «lean» BCO (25.000 BCO per dag) of uitslagen doorbellen (50.000 BCO per dag). In elke variant wordt een minimale set aan gegevens geregistreerd. Dankzij deze informatie kunnen op een hoger abstractie niveau nog steeds clusteranalyses worden gemaakt. Het bron- en contactonderzoek zal (en moet) altijd voor een deel maatwerk blijven. Bijvoorbeeld om in te spelen op lokale uitbraken en brandhaarden of omdat specifieke bevolkingskenmerken in de verschillende regio's een andere aanpak vraagt. Met bovenstaande acties worden werkprocessen geüniformeerd en het maatwerk beperkt tot het noodzakelijke, afgestemd op de lokale situatie. Hiermee wordt invulling gegeven aan de motie Klaver c.s.<sup>12</sup> over uniformering van het bron- en contactonderzoek bij de verschillende GGD regio's, met waar noodzakelijk ruimte voor maatwerk. Het asymptotisch testen per 1 december zal leiden tot het vinden van meer positieven, die opgevolgd moeten worden met een BCO. Het exacte aantal is afhankelijk van de prevalentie per 1 december en de besmettingsgraad onder de doelgroep «asymptomaten». Deze extra BCO's zullen opgevangen moeten worden door de beschikbare BCO-capaciteit.

<sup>12</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 685.

### Overige onderwerpen

Door het lid Kuzu (DENK) is tijdens het afgelopen COVID-19 debat (Handelingen II 2020/21, nr. 20, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus) gevraagd naar de omgang met lichaamsmateriaal en DNA-gegevens dat is verzameld bij de testen op COVID-19. Zoals ik tijdens het debat heb aangegeven, gaan de GGDen en laboratoria zorgvuldig om met dit soort bijzondere persoonsgegevens en lichaamsmateriaal. Hoelang een laboratorium het wattenstaafje met de gegevens bewaart, hangt af van de testuitslag. Als een testuitslag negatief is, zal het monster van de test binnen een paar dagen worden vernietigd. Wanneer een testuitslag positief is, kan het laboratorium het testmateriaal tot drie maanden bewaren. Het laboratorium gebruikt het testmateriaal om te onderzoeken hoe het virus zich verspreidt. Ook kan geanonimiseerd materiaal door andere onderzoekers worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. GGD'en en laboratoria handelen hierbij vanuit de wettelijke voorschriften zoals onder andere in de Wet PG, WGBO, de AVG en UAVG zijn vastgelegd.

In het debat heb ik u ook in herinnering gebracht dat ik momenteel werk aan het wetsvoorstel Wet zeggenschap lichaamsmateriaal (WzI) en heb toegezegd in deze brief terug te komen op hoe dit wetsvoorstel in elkaar zit. Met de WzI werk ik toe naar een sluitend en volledig wettelijk kader voor handelingen met lichaamsmateriaal dat in de geneeskunst of op het terrein van medisch- en biologisch-wetenschappelijk onderzoek beschikbaar komt. Ik streef met deze wet een aantal doelen na. Ten eerste wil ik de zeggenschap over ons lichaamsmateriaal versterken en in balans brengen met andere doelen van grote maatschappelijke waarde, zoals medisch-wetenschappelijk onderzoek of kwaliteitsbewaking in de zorg. Ten tweede borgt de WzI de zorgvuldige omgang met lichaamsmateriaal, onder meer door de plicht van medisch-ethische toetsing voorafgaand aan afnames voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek en gebruik van reeds afgenomen lichaamsmateriaal voor concreet wetenschappelijke onderzoek. Ten derde creëert de WzI duidelijkheid over en eenduidigheid in de omgang met lichaamsmateriaal, bijvoorbeeld door regels te stellen voor situaties die nu tussen verschillende wettelijke kaders vallen en daarmee ongereguleerd zijn. Over de precieze werking van het wetsvoorstel vraag ik nog even uw geduld. Momenteel ligt het wetsvoorstel voor advies bij de Afdeling Advisering van de Raad van State. Ik verwacht begin 2021 het wetsvoorstel aan uw Kamer te zenden.

Aan het lid van Van Haga heb ik toegezegd te zorgen dat alle informatie op de site, zowel die van het RIVM als die van de rijksoverheid, altijd accuraat en openbaar is, zodat deze voor een ieder is terug te vinden. Het RIVM heeft haar webpagina met informatie over de PCR geactualiseerd en daar ook veelgestelde vragen en stukken aan toegevoegd over de betrouwbaarheid van de PCR. Op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl) geven we basinformatie en verwijzen we naar de RIVM-website. Daarmee is deze toezegging afgedaan.

Tot slot heeft Minister van Ark in het AO van donderdag 12 november jl. aangegeven te zullen reageren op een artikel van *Follow the Money* over vrijgevestigde artsen die goed geld verdienen met het afnemen van testen en de coronacrisis. Minister van Ark zal de beantwoording op Kamervragen hierover zo spoedig mogelijk naar uw Kamer sturen.

## 7. Digitale ondersteuning

### *CoronaMelder*

Ruim vijf weken na landelijke introductie is CoronaMelder inmiddels al door bijna 4 miljoen (3.982.293) mensen gedownload. In totaal hebben op 16 november 36.496 mensen, samen met de GGD, een melding gedaan van besmetting waarmee zij andere mensen hebben gewaarschuwd dat zij mogelijk ook besmet zijn. Sinds vorige week is CoronaMelder op Android telefoons ook beschikbaar in de Friese taal (voor die Android-telefoons waarop Fries als systeemtaal beschikbaar is). De app is nu beschikbaar in elf talen. Met het introduceren van de landschapsmodus op Apple telefoons voldoet CoronaMelder daarnaast nu ook aan alle 50 criteria van de WCAG 2.1 standaard voor toegankelijkheid.

### *Europese interoperabiliteit*

Mijn eerste inspanningen waren gericht op het realiseren van CoronaMelder voor Nederland. Zoals eerder aan uw Kamer gemeld wordt daarnaast in Europees verband al geruime tijd gewerkt aan een digitale infrastructuur, de *European Federated Gateway Server* (hierna: de federatieve gateway), om grensoverschrijdende interoperabiliteit tussen notificatiesapps te realiseren. Met deze infrastructuur hebben gebruikers alleen de app uit hun eigen land nodig om een notificatie te krijgen als zij in contact zijn geweest met een besmet persoon met een app uit een ander deelnemend land. De EU-landen met een app die werken op basis van het framework van Apple en Google zullen stapsgewijs, in zogenaamde «waves», aansluiten op de federatieve gateway. De eerste wave bestaat uit Duitsland, Ierland en Italië en is inmiddels gerealiseerd. Spanje, Letland, Kroatië en Denemarken zijn in een tweede wave aangesloten op de federatieve gateway.

Bij amendement van het lid Van den Berg c.s.<sup>13</sup> is in de Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19 een wettelijke grondslag gecreëerd voor de uitwisseling van gegevens via de federatieve gateway. Hieraan geef ik graag gevolg. Uiteraard stel ik daarbij, net als bij de landelijke introductie, hoge eisen aan het waarborgen van de privacy en informatieveiligheid van gebruikers van de app. Daarom wordt ook nu een zorgvuldig proces doorlopen met alle benodigde technische checks en tests om een spoedige aansluiting mogelijk te maken. Op 6 november is de aanvraag naar de Europese Commissie verstuurd met daarbij ondersteunende documentatie bestaande uit o.a. een technische checklist, een DPIA, een Privacy Verklaring en verwijzing naar de juridische grondslag.

De Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19 regelt dat bij een algemene maatregel van bestuur (hierna: AMvB) de verwerkingsverantwoordelijke voor de Europese uitwisseling wordt aangewezen. Ik heb de Autoriteit Persoonsgegevens (hierna: AP) bereid gevonden om met spoed over het ontwerp voor deze AMvB te adviseren. Dit advies van de AP heb ik op 11 november jl. ontvangen en ik streef ernaar de AMvB en nota van toelichting zo spoedig mogelijk aan uw Kamer en aan de Eerste Kamer te overleggen.

De wet voorziet in een voorhangtermijn van vier weken, waarna de ontwerp AMvB voor advies zal worden voorgelegd aan de Afdeling advisering van de Raad van State en na verwerking van het advies vervolgens zal worden gepubliceerd in het Staatsblad. Gelet op het aantal besmettingen in Nederland en de rest van Europa lijkt het mij verstandig

<sup>13</sup> Kamerstuk 35 538, nr. 12.



zo snel mogelijk aan te sluiten op de federatieve gateway. Het virus stopt immers niet bij de grens en door het gebruik van de federatieve gateway wordt het bereik van CoronaMelder groter waardoor ketens van besmettingen sneller en vaker kunnen worden verbroken. Dat is van belang in de grensregio's. Daarbij acht ik het van belang dat de grondslag voor interoperabiliteit op wens van uw Kamer reeds is opgenomen in de wet, zoals ook de Raad van State eerder reeds adviseerde, en de AP geen principiële bezwaren tegen interoperabiliteit heeft en de reikwijdte van de AMvB slechts beperkt is tot het aanwijzen van de verwerkingsverantwoordelijke.

Gelet op het voorgaande ben ik dan ook voornemens om vooruitlopend op de inwerkingtreding van de AMvB, aan te sluiten bij de eerstvolgende wave die plaatsvindt op 30 november a.s. Uiteraard alleen indien en voor zover dit niet op bezwaren stuit in uw Kamer dan wel de Eerste Kamer.

#### *Nauwkeurigheid meldingen*

Ik constateer dat er berichten zijn over onterechte CoronaMelder notificaties waarbij, bijvoorbeeld, sprake zou kunnen zijn geweest van signalen van burens door muren heen. Tijdens de technische tests in Vught, waar eerder de werking van de gebruikte bluetooth-techniek is gevalideerd, is gebleken dat de meeste notificaties terecht zijn. Maar ook dat incidenteel mensen die buiten de 1,5 meter waren toch een notificatie kunnen ontvangen. De meeste obstakels (zoals muren, ramen en autodeuren) bleken tijdens deze tests de bluetoothsignalen dusdanig te verzwakken dat ook de kans op notificatie sterk afnam. Het is echter denkbaar dat er situaties zijn waarbij bepaalde muren niet voor voldoende verzwakking van het signaal zorgen. Met een hogere adoptie zullen dit soort uitzonderingssituaties zich vaker voordoen. Binnenkort komt een tweede versie van het framework van Apple en Google beschikbaar. Deze versie zal nog beter onderscheid kunnen maken bij obstakels. Het Verenigd Koninkrijk heeft deze versie inmiddels in gebruik en toont nauwkeuriger resultaten op dit vlak. In voorbereiding op aansluiting op de tweede versie van het framework zal de werking van bluetooth opnieuw getest worden, waarbij expliciet aandacht wordt gegeven aan obstakels zoals bijvoorbeeld muren. Bekeken wordt of deze tests in samenwerking met Duitsland kunnen worden gehouden.

#### *Doorlopende evaluatie CoronaMelder*

Zoals aan uw Kamer toegezegd, is na de landelijke introductie van CoronaMelder op 10 oktober jl. gestart met de doorlopende evaluatie van de werking van de app. De evaluatie loopt op dit moment ongeveer vijf weken en beslaat de volgende vijf onderzoeksgebieden zoals opgenomen in het evaluatieprotocol: adoptie, gebruik, direct beoogde effecten, indirect beoogde effecten en niet-beoogde effecten. Doordat CoronaMelder is ontworpen met privacy-by-design als uitgangspunt, kan maar voor enkele indicatoren de data vanuit de backend van CoronaMelder en de (systemen van de) van de GGD'en worden benut. Er worden daarom ook meerdere onderzoeken uitgevoerd op basis van surveys. Coördinatie hierop vindt plaats door prof. dr. Wolfgang Ebbers (Erasmus School of Social and Behavioural Sciences). Bij de doorlopende evaluatie wordt samen gewerkt met vooraanstaande Nederlandse wetenschappers en wordt de samenwerking gezocht met onderzoekers uit andere EU-lidstaten. Hierover vindt wekelijks afstemming plaats. Enkele voorbeelden van deze onderzoeken zijn:

- Lifelines panel onderzoek in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Groningen, de Rijksuniversiteit Groningen en de



Aletta Jacobs School of Public Health<sup>14</sup>. Coördinatie vindt plaats door assistant professor Esther Metting. Aan de «Corona-barometer» worden ook vragen over CoronaMelder toegevoegd.

- LISS panel onderzoek uitgevoerd door CentERdata en het Centraal Bureau voor de Statistiek onderzoeken onder leiding van associate professor Nynke van der Laan<sup>15</sup>. In dit panel worden onder meer vragen over de opvolging van adviezen uit CoronaMelder uitgezet.
- Onderzoek uitgevoerd door de gedragsunit van het RIVM waarin vragen zijn opgenomen over hoe mensen denken over CoronaMelder en het gebruik van de app.
- Bij huisartsen en de GGD wordt via vragenlijsten onderzocht wat de introductie van CoronaMelder voor hun betekent in de praktijk.
- Het Center eHealth Research & Wellbeing van de Universiteit Twente onderzoekt onder leiding van prof. dr. Lisette van Gemert in samenwerking met prof. dr. Catherine Bolman van de Open Universiteit kwalitatief de impact op mensen die een notificatie ontvangen<sup>16</sup>.
- Systematisch literatuuronderzoek naar de effectiviteit van digitale opsporing op epidemiologische en medische uitkomsten. Onderzoek onder leiding van Dr. Lotty Hooft (Cochrane Nederland en UMC Utrecht).

Met de eerste data die momenteel binnenkomen, zullen ook de volgende onderzoeken spoedig worden gestart:

- Onderzoek naar de effectiviteit van CoronaMelder op epidemiologische en medische uitkomsten op de Nederlandse data, zoals het verminderen van het aantal overdrachten per geïnfecteerd individu (de R) en het verminderen van het totaal aantal besmettingen. Onderzoek onder leiding van en in samenwerking met Prof. dr. Janneke van de Wijgert UMC Utrecht en Dr. Lotty Hooft (Cochrane Nederland en UMC Utrecht).
- Modelstudies naar in hoeverre CoronaMelder bijdraagt aan het verminderen of vertragen van de groei van het reproductiegetal, in samenwerking met Dr. Don Klinkenberg van het RIVM alsmede prof. dr. Mirjam Kretzschmar van UMC Utrecht.

CoronaMelder is een aanvulling op de reguliere bron- en contactopsporing met als doel om sneller en meer nauwe contacten te bereiken en zo bij te dragen aan het bestrijden van verspreiding van het virus. De doorlopende evaluatie van

CoronaMelder is bedoeld om inzicht te geven in deze bijdrage in de praktijk. Ook worden de resultaten gebruikt om aanpassingen in de app, de bijbehorende handelingsperspectieven, de communicatie en in het beleid door te voeren.

Zorgvuldigheid staat voorop en daarom heb ik ook de Begeleidingscommissie gevraagd om een duiding van de resultaten.

### Adoptie en gebruik

Op 16 november was CoronaMelder door ongeveer 22,5% van de totale Nederlandse bevolking gedownload. In vergelijking met de andere 19 Europese landen die een notificatie-app hebben geïntroduceerd is de adoptie in Nederland hoog. Alleen in Duitsland, Ierland en Finland is de adoptiegraad hoger<sup>17</sup>. Daarnaast hadden op 16 november 36.496 mensen

<sup>14</sup> Studie met 167.000 deelnemers uit Noord Nederland die 30 jaar lang gevolgd worden. Ruim 50.000 van de volwassen deelnemers (gemiddelde leeftijd 54±13 jaar, 39% man) doet mee aan de Corona barometer.

<sup>15</sup> Dit panel bestaat uit 5000 huishoudens verspreid over Nederland.

<sup>16</sup> Hiernaar zal later ook een kwantitatief onderzoek plaatsvinden onder leiding van Prof. dr. Wolfgang Ebbens.

<sup>17</sup> Respectievelijk 27% (Duitsland), 44% (Ierland) en 47% (Finland).

na een positieve test samen met de GGD hun contacten via de app gewaarschuwd.

Zoals hiervoor aangegeven worden meerdere kwantitatieve surveys in representatieve panels uitgezet om de werking en het gebruik van CoronaMelder te onderzoeken. Er zijn nulmetingen uitgevoerd voorafgaand aan landelijke introductie en de eerste metingen zijn direct na introductie gestart. De eerste inzichten uit deze surveys laten zien dat van de respondenten die de app op dit moment al gebruiken, de overgrote meerderheid ( $\pm 96\%$ ) aangeeft de app te zullen blijven gebruiken in de komende twee maanden. Ook is te zien dat er nog een groep mensen is die neutraal staat tegenover het gebruik van de app. De mogelijkheid om vanaf 1 december mensen zonder klachten die naar voren komen als nauw contacten uit zowel het reguliere BCO als na een melding van CoronaMelder op dag 5 na blootstelling te laten testen, kan voor deze groep mensen een reden zijn om de app alsnog te gaan gebruiken. Dit ga ik de komende periode volgen.

#### (In)direct beoogde effecten

Van de mensen die bij het aanvragen van een test aangaven dat ze een melding van CoronaMelder hadden gehad was 99,8% op het moment van het aanvragen van de test nog niet benaderd door de GGD vanuit het reguliere BCO. Dit indiceert dat CoronaMelder op dit moment inderdaad sneller nauwe contacten bereikt.

Gezien het grote aantal mensen dat zich meldt voor een test na notificatie (in totaal 21.227 op 16 november) is het waarschijnlijk ook een grotere groep dan gevonden wordt via het reguliere BCO. Deze snellere opsporing van nauwe contacten kan verklaard worden doordat een notificatie sneller wordt verstuurd dan in het analoge proces nauwe contacten kunnen worden benaderd. Daartoe moeten immers eerst de nauwe contacten bij de besmette persoon worden uitgevraagd, waarna deze daarna één voor één worden benaderd. Hierbij is het ook mogelijk dat een besmet persoon zich niet alle nauwe contacten herinnert of zelfs kent, waardoor CoronaMelder niet alleen sneller maar ook meer nauwe contacten kan bereiken. Het hoge percentage nog niet vanuit regulier BCO benaderde nauwe contacten kan overigens mede zijn veroorzaakt doordat het BCO tijdelijk was afgeschaald. Dit zal de komende tijd moeten blijken.

In de eerste weken na landelijke introductie bleek tussen de 11,0% en 14,1% van de mensen die zich na notificatie en met klachten liet testen ook daadwerkelijk besmet met het Coronavirus. Ik heb de begeleidingscommissie gevraagd om advies over hoe deze cijfers te onderzoeken en te vinden. De commissie heeft mij aangegeven de cijfers bemoedigend te vinden. De commissie geeft aan met een duiding te komen en adviseert ook in de evaluatie een vergelijking met specifieke groepen zoals nauwe contacten en huisgenoten in reguliere bron- en contactopsporing mee te nemen.

#### Niet beoogde effecten

Zoals toegezegd aan uw Kamer naar aanleiding van de breed aangenomen motie van het lid Middendorp<sup>18</sup> zet ik extra in op het onderzoeken van de (negatieve) niet beoogde effecten van CoronaMelder. De app is nu een aantal weken in gebruik en ik herken dat er al signalen zijn van niet beoogde gedrags-, sociale en maatschappelijk effecten. In de media circuleren bijvoorbeeld vragen rondom appgebruik door werknemers, scholieren en mensen in de zorg. Uit navraag bij de CoronaMelder Helpdesk blijkt een klein aandeel van de vragen hierover te gaan. Op

<sup>18</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 511.

CoronaMelder.nl wordt extra aandacht besteed aan deze maatschappelijk vraagstukken maar ik neem deze signalen ook mee in de onderzoeken.

In de aanpak van de doorlopende evaluatie is rekening gehouden met onderzoek naar deze onvoorziene effecten. Hiertoe worden momenteel ook al vragenlijsten uitgezet onder GGD-medewerkers (bron- en contactonderzoek- en ICT-medewerkers) en huisartsen om te onderzoeken wat de impact van het gebruik van CoronaMelder is op het werkproces en de werklast van hen. Dit in navolging op de voor de lancering uitgevoerde Uitvoeringstoets door Bureau Berenschot waarover uw Kamer eerder geïnformeerd is<sup>19</sup>. Ik zal u in een volgende brief informeren over de eerste resultaten uit dit onderzoek.

#### Rapportage over cijfers ten aanzien van CoronaMelder

De in deze rapportage genoemde cijfers en de tussentijdse resultaten uit de doorlopende evaluatie zullen binnenkort ook online beschikbaar komen. Zo kan, in lijn met de open en transparante wijze waarop CoronaMelder tot stand is gekomen, de voortgang van de evaluatie worden gevolgd. In een volgende brief zal ik u informeren over de digitale vindplaats hiervan.

#### *Advies 13 begeleidingscommissie*

Op 27 oktober heeft de Begeleidingscommissie haar dertiende advies (bijgevoegd) uitgebracht<sup>20</sup>. Dit advies richt zich op het belang van het houden van regie op de testcapaciteit, het versnellen van de verwerking van positieve testuitslagen, en het registreren van snel- en zelftest uitslagen. De commissie geeft aan dat bij al deze aspecten ICT een belangrijke rol kan spelen. In het geval van CoronaMelder kan gebruikers van de app bijvoorbeeld de mogelijkheid worden gegeven om hun meldcode, welke zij gebruiken om in de app samen met de GGD anderen te waarschuwen, al door te geven bij het aanvragen van een test. Het waarschuwen van contacten via CoronaMelder na het ontvangen van een positieve testuitslag kan hierdoor direct en sneller plaatsvinden zonder tussenkomst van de GGD medewerker waardoor mogelijk onbewuste en ongewilde besmettingen kunnen worden voorkomen. De commissie adviseert daarnaast ook voor registratie van snel- en zelftesten gebruik te maken van digitale oplossingen om het verloop van de epidemie goed te kunnen volgen. Deze adviezen neem ik mee bij de doorontwikkeling van CoronaMelder. Momenteel wordt verkend om gebruikers van CoronaMelder deze mogelijkheid te geven. Dit moet technisch mogelijk worden gemaakt en daarna ook in de praktijk geïmplementeerd worden. Ik kom daar in een volgende brief op terug.

#### *Oplossing 2 Voortgang tweede digitale oplossing («Oplossing 2»)*

In mijn brief dd. 8 oktober<sup>21</sup> heb ik u geïnformeerd over de ontwikkeling van «Oplossing 2». Deze tweede digitale oplossing ondersteunt de GGD bij haar reguliere bron- en contactonderzoek. In eerste instantie door het verzamelen van gegevens ten behoeve van het bron- en contactonderzoek (BCO) te versnellen en te vereenvoudigen. Inmiddels is er een definitieve naam voor de oplossing, namelijk «GGD Contact».

Ik ondersteun de GGD in de realisatie van deze oplossing door het beschikbaar stellen van middelen en technische expertise. Zo is een deel

<sup>19</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 620.

<sup>20</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>21</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 620.

van de experts die aan CoronaMelder hebben gewerkt ook bij de ontwikkeling van deze digitale oplossing betrokken. Daarnaast financiert ik een deel van de kosten (6,2 mln.). De rest van de kosten worden door de GGD-en zelf gedragen.

GGD Contact wordt gefaseerd gerealiseerd, waarbij stap voor stap onderdelen worden opgeleverd en uitgebreid. Door deze gefaseerde aanpak kan snel waarde aan het BCO worden toegevoegd. De eerste fase omvat het mogelijk maken dat een besmet persoon contactgegevens van recente nauwe contacten zelf kan verzamelen en met de GGD kan delen. Hiervoor komt een app beschikbaar waarmee de besmette persoon de relevante contactgegevens aan de GGD kan verstrekken. Deze gegevens komen via een portaal, dat hiervoor wordt gebouwd, bij de BCO-medewerker terecht om de relevante contacten te inventariseren. Door gegevens eerder in het BCO digitaal vast te leggen, wordt het vervolgproces bij de GGD verkort, en de kans op fouten in gegevensoverdracht kleiner.

Evenals bij CoronaMelder gebeurt de ontwikkeling van GGD Contact zo transparant mogelijk. Dat betekent dat broncodes en tussenproducten doorlopend worden gepubliceerd op het online platform Github. Ditzelfde geldt ook voor de ontwerpen van de gebruikersinterface. Iedereen die geïnteresseerd is, wordt daarmee in staat gesteld om het ontwikkelproces nauwlettend te volgen en verbeteringen aan te dragen. Ook zullen diverse tests en checks worden gedaan op het gebied van bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid en op het gebied van privacy en gegevensbescherming en informatieveiligheid. Net als bij de ontwikkeling van CoronaMelder worden daaraan ook nu geen concessies gedaan. Gelet op de gevoeligheid van de verwerkte gegevens worden extra maatregelen genomen op het gebied van informatiebeveiliging.

Onder voorbehoud van de uitkomsten van de tests en checks zal de GGD naar verwachting eind november of medio december een praktijktest in vijf regio's starten. Dit geeft de GGD de ruimte om het werken met deze tweede digitale oplossing te ervaren en te verenigen met de bestaande werkprocessen. Daarnaast maakt de praktijktest het mogelijk om de beschreven functionaliteiten te beproeven en verbeterpunten meteen op te pakken. De praktijktest is door de GGD gepland in vijf regio's, te weten Gooi en Vechtstreek, Rotterdam-Rijnmond, Twente, West-Brabant en Zuid-Limburg.

Gedurende het realisatieproces van GGD Contact wordt, tot slot, opnieuw kritisch meegekeken en geadviseerd door de Taskforce Digitale Ondersteuning bestrijding COVID-19 en de Taskforce Gedragwetenschappen.

## **8. Quarantaine**

### *Ondersteuning bij quarantaine*

Uit gedragsonderzoek door het RIVM blijkt dat de naleving van de quarantainemaatregelen met name bij de groepen die niet primair zelf besmet zijn maar in contact zijn geweest met iemand die besmet is, een punt van zorg is. Het RIVM heeft in haar rapport van 14 november jl.<sup>22</sup> een aantal adviezen gegeven om deze naleving te bevorderen. De inzet van het kabinet sluit aan op deze adviezen.

---

<sup>22</sup> RIVM, Naleven van quarantaine en isolatie advies (11/11/2020).

### *Sociale ondersteuning*

Het genoemde onderzoek van het RIVM toont aan dat mensen sneller geneigd zijn thuis te blijven wanneer zij praktisch en sociaal ondersteund worden. In overleg met de GGD en het Rode Kruis bevorder ik dat mensen in quarantaine ondersteund worden door een quarantainecoach. Deze quarantainecoach benadert mensen die een positieve testuitslag hebben of naar voren komen uit BCO als mogelijk besmet meerdere malen telefonisch tijdens de quarantaineperiode. Op deze manier worden mensen gestimuleerd om in quarantaine te blijven en kan steun worden verleend. Praktische belemmeringen, hulpvragen en problemen worden geïnventariseerd. Quarantaine coaches wijzen de weg naar lokale initiatieven voor hulp bij eenzaamheid, financiële problemen en praktische zaken. Mocht het voorgaande t.a.v. de praktische zaken onvoldoende zijn, stimuleer ik dat mensen in verbinding komen met een buddy. Via deze weg worden mensen ondersteund bij boodschappen doen, het uitlaten van een huisdier en wordt een luisterend oor geboden. De bedoeling is om zo laagdrempelig mogelijk aan te sluiten bij initiatieven die in Nederland al aanwezig zijn. Ook verwijs ik hierbij naar het initiatief van het Rode Kruis «Ready2Help» waar 85.000 mensen zijn ingeschreven die willen helpen bij de praktische zaken.

### *Financiële ondersteuning*

Quarantaine kan financiële gevolgen hebben voor werkgevers en werkenden waarbij niet vanuit huis gewerkt kan worden. Het kabinet heeft daar oog voor en probeert deze gevolgen te beperken. De Minister van SZW heeft tijdens het debat over het aanvullende steunpakket van 3 november jl. aangegeven (Handelingen II 2020/21, nr. 20, debat over nieuw steunpakket), dat een generieke compensatieregeling voor deze financiële gevolgen niet doeltreffend is en een specifieke compensatieregeling niet uitvoerbaar. In algemene zin geldt: hoe langer de quarantaine duurt, hoe groter de financiële gevolgen voor werkgevers en werkenden. De voorgestelde verkorting van de quarantaineduur tot 5 dagen levert dan ook een grote bijdrage aan het beperken van de gevolgen voor zowel werkgevers als werkenden (zie hiervoor de passage in deze brief t.a.v. testen en het recente OMT-advies t.a.v. asymptomatisch testen). De Minister van SZW heeft verder toegezegd te verkennen welke andere routes mogelijk zijn om knellende situaties te adresseren. Hier wordt in de brief over de herijking van het steun- en herstelpakket begin december nader op ingegaan.

### *Publiekscommunicatie*

Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat een op de vijf personen die daadwerkelijk positief getest zijn niet de hele quarantaineperiode thuis blijft. Daarom gaan we de komende tijd extra inzetten op communicatie over het uitleggen van quarantaine, de duur van quarantaine en wanneer mensen zonder klachten zich kunnen laten testen om de quarantaine te verkorten. Belangrijk is om niet alleen te focussen op de regels maar op wat men doet en niet doet tijdens de quarantaine. De communicatie gaat zich veel meer richten op het stimuleren van mensen om thuis te blijven en het activeren van de (naaste) omgeving van thuisblijvers. De quarantaineboodschap is een centraal onderwerp binnen de publiekscampagne «Alleen Samen». Er is binnen die campagne speciale aandacht voor jongeren, mensen met een migratieachtergrond en mensen met een lage sociaaleconomische status. Om deze doelgroepen te bereiken, wordt de communicatie meer gericht op *communities* en lokale gemeenschappen. Middelen die ingezet gaan worden, zijn onder andere content op online

jongerenkanalen en via kanalen die door mensen met een niet-westerse migratieachtergrond worden gebruikt.

## 9. Vaccin

Het kabinet zet alles op alles om zo snel als mogelijk te beschikken over een veilig en effectief vaccin. Zo zijn overeenkomsten gesloten met kansrijke producenten, terwijl hun vaccins de noodzakelijke testfases doorlopen. De implementatievoorbereidingen zoals deze zomer zijn gestart komen met het advies van de Gezondheidsraad in een volgende fase. Ik verwacht dit advies later deze week te ontvangen en zal kort daarop de vaccinatiestrategie van het kabinet aan u presenteren. In deze brief ga ik dan ook in bredere zin kort in op de stand van de uitvoering.

### *Aankoop COVID-19 vaccinatie*

Zowel het consortium BioNTech/Pfizer, als Moderna hebben deze week aangegeven dat hun vaccins een bescherming bieden van meer dan 90%. De Europese medicijnautoriteit (EMA) is ook voor deze producenten gestart met zogeheten «rolling review»-proces om de veiligheid, kwaliteit, en effectiviteit van deze vaccins te testen. Dat is natuurlijk erg goed nieuws. De Europese Commissie heeft – namens de EU-lidstaten – een contract gesloten met BioNTech/Pfizer voor de levering van 200 miljoen vaccins. Hierover heb ik u op 16 november jl. per brief geïnformeerd. Na de eerdere contracten met Janssen, AstraZeneca en Sanofi/GSK is dit het vierde vaccincontract dat de EU sluit. Onderhandelingen met andere vaccinproducenten lopen nog. Als de verdere stappen in het ontwikkelen positief verlopen, zou eind dit jaar, of begin 2021, mogelijk een markttoelating kunnen worden afgegeven. Hierna kan de toediening feitelijk worden opgestart. De levering van deze vaccins vindt niet in een keer plaats, maar verspreid over een langere periode. Nederland heeft met het BioNTech/Pfizer-vaccin recht op circa 7,8 miljoen vaccins (de vaste pro-rata van 3,89% van het EU-brede contract), waarmee 3,9 miljoen mensen kunnen worden gevaccineerd. De afspraken met Moderna zouden voor Nederland overigens een hoeveelheid van 3,1 miljoen vaccins betekenen (naar rato).

De exacte datum waarop Nederland de eerste vaccins zou kunnen ontvangen staat nog niet vast. Ook ben ik positief over een spoedige levering van de eerste vaccins uit de overeenkomst met AstraZeneca. Deze zouden in het gunstigste geval eveneens in het eerste kwartaal van 2021 beschikbaar kunnen komen. Tegelijk hecht ik eraan op te merken dat nog geen enkel vaccin een markttoelating van de EMA/Europese Commissie heeft gekregen. Ik wil daarom ook voorzichtig zijn met verwachtingen omtrent de beschikbaarheid van een vaccin. Als alles naar wens verloopt, is het mogelijk om het eerste kwartaal van 2021 te starten met het vaccineren van de eerste doelgroepen. In het meest gunstige geval kunnen de eerste vaccins in de laatste weken van 2020 worden geleverd, maar dit is afhankelijk van de toelatingsprocedure. Onze voorbereidingen zijn erop gericht om ook hier klaar voor te zijn.

Uiteraard betekent dit het nodige voor de logistieke voorbereidingen. Zo moet het vaccin van Pfizer/BioNTech bijvoorbeeld gehouden worden bij zeer lage temperaturen. We zijn daarom nu reeds in gesprek met de leverancier, het RIVM en overige betrokken partijen om dit proces zo voorspoedig mogelijk te laten verlopen. Er zijn door het RIVM extra ultra-vriezers aangeschaft om de vaccins goed te kunnen bewaren. Deze faciliteiten zijn gereed in december.



Ook op andere terreinen wordt alles in gereedheid gebracht om zo snel mogelijk te kunnen starten met vaccineren zodra de vaccins beschikbaar komen, ook in de Caribische delen van het Koninkrijk. Het RIVM heeft in totaal nu 25 miljoen extra veiligheidsnaalden en spuiten aangeschaft om de vaccins toe te kunnen dienen. Ook neemt Nederland verder deel aan een Europese joint procurement voor veiligheidsnaalden. Daarnaast zijn we in goed gesprek met de partijen die de vaccinatie straks kunnen gaan uitvoeren, echter de strategie is ook afhankelijk van het advies van de Gezondheidsraad. Nog deze week wordt het advies van de Gezondheidsraad over de prioritering van doelgroepen verwacht. Op basis van dit advies, en de reeds beschikbare Europese en internationale adviezen, komt het kabinet tot een eerste besluit ten aanzien van prioritering en een strategie. Daarbij zal ik ingaan op de aankoopstrategie van COVID-19 vaccins, de veiligheid, toelating en leveringstermijn, de doelgroep en het tijdspad daarbij en de wijze van oproepen en registratie. Maar uiteraard ook de uitvoering van de COVID-19 vaccinatie door uitvoerende partijen, de logistiek, de communicatie maar ook monitoring en onderzoek. De vaccinatiestrategie ontvangt uw Kamer kort na het verschijnen van het advies.

## **10. Innovatieve behandelingen**

Naast de vaccinatiestrategie zet ik mij ook intensief in voor de uitbreiding en verbetering van kansrijke behandelingen van COVID-19. Het gaat er daarbij vooral om welke behandeling het meest kansrijk is en snel beschikbaar kan komen voor de patiënt. Daarom investeer ik vooral in (aanvullend) onderzoek en in de noodzakelijke randvoorwaarden om nieuwe behandelmethoden snel in de praktijk te kunnen inzetten.

Eerder dit jaar heb ik uw Kamer<sup>23</sup> laten weten € 10 miljoen beschikbaar te stellen aan Sanquin Bloedbank voor het inzamelen van bloedplasma en het daaruit ontwikkelen van een plasmaproduct met antistoffen (de zgn. immunoglobulines) tegen COVID-19. Inmiddels hebben vele herstelde coronapatiënten bloedplasma gedoneerd. Eerder is er al een studie vanuit het Erasmus MC en het LUMC gestart om te toetsen of een behandeling met bloedplasma kort na infectie een therapeutisch effect heeft op COVID-19. Deze COV-Early studie is begin oktober begonnen met het includeren van de eerste patiënten.

Daarnaast hebben Sanquin Bloedbank en plasmaproductant Sanquin Plasma Products (SPP) de afgelopen maanden uit dit gedoneerde bloedplasma een medicijn op basis van antistoffen geproduceerd. De eerste batch van 4.000 doses van dit medicijn met de antistoffen is nu klaar om ingezet te worden. Het gaat hierbij om een off-label behandeling (een bestaand middel dat voor een andere indicatie wordt gebruikt), dat alleen onder toezicht van de behandelend arts mag worden voorgeschreven. Het is daarbij van belang dat artsen de uitkomsten van die behandelingen rapporteren, zodat er van geleerd kan worden. Het is immers nog niet duidelijk wat de werkzaamheid van dit medicijn zal zijn. De voorraad van dit middel is evenwel beperkt. Sanquin Bloedbank en SPP zetten de productie voort en de verwachting is dat er in januari 2021 nog zeker 4.000 doses beschikbaar komen.

Een werkgroep van Sanquin Bloedbank en medische specialisten boog zich de afgelopen periode over de vraag welke patiëntengroep als eerste in aanmerking zou moeten komen voor toediening van dit middel. De werkgroep heeft hierover afgelopen week advies aan mij uitgebracht. Het

<sup>23</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2020/06/25/covid-19-update-stand-van-zaken>.



advies is tweeledig. Allereerst adviseert de werkgroep het middel preventief in te zetten bij patiënten met een sterk verzwakte afweer, om hen bescherming te bieden na een hoog risico blootstelling aan het virus. Deze patiënten zijn extra vatbaar voor een besmetting met het coronavirus en hebben mogelijk het meeste baat bij een preventieve behandeling met antistoffen. Voor deze groep is het middel direct inzetbaar. Om van deze behandeling te leren, wordt een observationele studie gestart. De behandeld artsen zullen hun ervaringen met het middel dan ook delen.

Daarnaast adviseert de werkgroep een onderzoek te starten naar de effectiviteit van de antistoffen als preventief medicijn bij ouderen in verpleeghuizen. Er is nog geen (internationaal) bewijs dat plasma, of daaruit gewonnen antistoffen, ook daadwerkelijk leidt tot een betere weerstand tegen het coronavirus. De werkgroep adviseert dit te toetsen in bijvoorbeeld verpleeghuizen waar de COVID-19 infectiedruk hoog is. Ik stel voor het onderzoek zowel financiering als een voorraad van het medicijn beschikbaar. De geproduceerde doses zijn immers eigendom van VWS. ZonMw zal een procedure starten om dit onderzoek op korte termijn te laten plaatsvinden. De eerste onderzoeksresultaten worden vervolgens in de zomer van 2021 verwacht. Met de voortzetting van de productie, distributie en het onderzoek is een additioneel budget gemoeid van € 6,3 miljoen.

## **Zorgen dat de zorg het aan kan**

### **11. Zorg voor patiënten in de curatieve sector**

#### *Actueel beeld*

Het actuele beeld ten aanzien van de zorg voor COVID-patiënten in de curatieve zorg is gedifferentieerd. Er is geen sprake meer van voortdurende groei van het aantal ziekenhuisopnames en de curve van COVID-bezetting op de klinische bedden en de IC-bedden vlakkt af. Dat is goed nieuws. Toch ben ik ook nog voorzichtig, want de voorzichtige daling van de COVID-bezetting op de klinische bedden die we nu zien, moet zich eerst structureel gaan bewijzen. En daarnaast lijkt er nog geen sprake van een duidelijke daling van de bedbezetting door COVID-19 patiënten op de IC's, terwijl we daar zien dat de gemiddelde ligduur van de patiënten oploopt.

Op dit moment 17 november 2020 zijn totaal 2146 patiënten met COVID-19 in de ziekenhuizen opgenomen. Dit is een daling van 507 ten opzichte van twee weken geleden (d.d. 3 november). In diezelfde periode zien we een stijging van 33 COVID-patiënten op de IC en een daling van 474 COVID-patiënten in de kliniek.

Het Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS) blijft zich inzetten voor een evenwichtige patiëntenspreiding over alle regio's heen. In de afgelopen week vonden er gemiddeld dagelijks 24 bovenregionale overplaatsingen van COVID-19 patiënten naar een ander ziekenhuis plaats, waarvan 5 IC-patiënten.

#### *Ontwikkeling reguliere zorg*

Ondanks de licht positieve geluiden en dalende aantallen COVID-patiënten in de ziekenhuizen, blijft de druk op de zorg onverminderd hoog. De forse extra benodigde capaciteit voor zorg aan COVID-patiënten gaat nog steeds ten koste van de reguliere zorg. Momenteel is gemiddeld 30% van de planbare zorg uitgesteld en in sommige regio's of individuele ziekenhuizen loopt dit zelfs nog verder op. In die ziekenhuizen kan – naast de COVID-zorg – enkel nog (semi-)acute, poliklinische en beperkt planbare

kritische zorg worden verleend. Voor uitgestelde zorg is later een inhaalslag nodig.

Daarnaast heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) berekend dat er sinds de start van de COVID-19-epidemie in maart nu reeds meer dan een miljoen minder verwijzingen heeft plaatsgevonden van de huisarts naar een medisch specialist in vergelijking tot eerdere jaren. NZa ziet hierbij dat er nu meer zorgverlening overeind blijft dan tijdens de eerste golf en dat het aantal verwijzingen nu gelukkig minder daalt dan toen. Toch worden op dit moment wekelijks 30.000 minder patiënten verwezen door de huisarts. Soms gaan klachten vanzelf over en is later geen doorverwijzing meer nodig. Maar voor het overgrote deel houdt dit in dat er naast de zichtbaar uitgestelde zorg, ook nog een onzichtbaar stuwmeer is aan patiënten die nu nog niet in beeld zijn gekomen, maar die op termijn ook zorg zullen moeten ontvangen.

Alles bij elkaar genomen betekent dit dat de zorgverleners in het ziekenhuis na afvlakking van de tweede golf een grote opgave hebben om deze uitgestelde zorg in te halen. De termijn waarbinnen en de snelheid waarop de inhaalzorg kan plaatsvinden, is afhankelijk van het tempo van de afname van de COVID-ziekenhuisbezetting in de tweede golf en van de Rt-waarde in de komende maanden. Daarbij moeten we ons realiseren dat de mogelijkheden van de zorg zijn grenzen kent. Ter vergelijking met de inhaalslag na de eerste golf: tussen de eerste en de tweede golf in de ziekenhuizen was er geen moment geweest dat het zorgpersoneel heeft kunnen bijkomen, maar werd op volle toeren doorgewerkt. Het totaal aantal patiënten dat werd behandeld in het ziekenhuis was volgens de NZa in die periode 19% hoger dan in dezelfde periode in 2018 en 2019. Ondanks al die extra inspanningen konden de ziekenhuizen het stuwmeer van uitgestelde zorg in de zomerperiode slechts beperkt ingelopen.

Op grond van de huidige situatie en de prognoses is het beeld dat de zorg in het ziekenhuis zich minimaal tot diep in het voorjaar in een opgeschaalde situatie zal bevinden en het personeel onder hoge druk blijft staan. Daarnaast wordt ook zorgpersoneel ziek en is er uitval door de werkdruk, die zowel fysiek als psychisch hoog is. Er is dus geen ruimte om het zorgpersoneel te laten herstellen van de tweede golf, laat staan om een eventuele derde golf op te vangen. Als de Rt-waarde hoger uitvalt of er zelfs een derde golf komt, duurt deze situatie vele malen langer, met gezondheidsschade voor een deel van de patiënten als gevolg. Niet alleen door het langere uitstel, maar ook door mogelijk beperkingen in de hoeveelheid gekwalificeerd zorgpersoneel.

#### *Stand van zaken Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-pandemie*

Op 23 oktober jl. heeft de Minister voor MZS uw Kamer geïnformeerd<sup>24</sup> over het Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie. Hierin heb ik aanvullende tijdelijke maatregelen met partijen genomen om de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg (voor zowel COVID als non-COVID-patiënten) en de kritieke planbare zorg op peil te houden. Met de maatregelen wordt beoogd de beschikbare zorgcapaciteit in Nederland zo goed mogelijk te benutten en voor patiënten een gelijke toegang tot zorg te borgen. Partijen zijn voortvarend aan de slag gegaan met de uitvoering van het kader. Hierin zijn vijf maatregelen opgenomen. Per maatregel zal ik kort ingaan op de huidige stand van zaken.

<sup>24</sup> Kamerstukken 29 247 en 25 295, nr. 317.

### 1. Bredere inzet op evenwichtige patiëntenspreiding en meer doorzettingsmacht voor een planmatige sturing vanuit het LCPS

Het LCPS krijgt een meer sturende rol bij de verdeling van COVID-patiënten over het land. De invulling van deze rol heeft het LCPS uitgewerkt in een nieuwe werkwijze die vanaf 9 november is ingegaan. Op basis van een overzicht van het aantal beschikbare bedden per ziekenhuis, wordt het landelijke beeld opgemaakt. De ROAZ-regio's worden geïnformeerd op basis van prognoses hoeveel COVID-patiënten zij de komende week kunnen verwachten. Ziekenhuizen schalen, op basis van die gevraagde capaciteit, hun COVID-zorg op en de non-COVID-zorg af. Op deze manier weten ziekenhuizen waar ze aan toe zijn en kunnen hier tijdig op anticiperen. De IGJ en NZa zien erop toe dat de werkwijze zodanig is, dat deze leidt tot goede en veilige zorg.

### 2. Kaderstelling voor prioritering van zorg

In het Tijdelijk beleidskader is afgesproken dat de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) een hulpmiddel maakt om zorginstelling en zorgprofessionals te ondersteunen om de juiste keuzes te kunnen in de organisatie van de zorg. De FMS heeft op 30 oktober dit Raamwerk gepubliceerd voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg<sup>25</sup>. Het Raamwerk biedt handvatten om de continuïteit van de acute en de kritieke planbare zorg te waarborgen en draagt bij aan een uniforme werkwijze voor de ziekenhuizen. Ik hoor dat op basis van het raamwerk op lokaal en regionaal niveau gesprekken worden gevoerd, waarmee we zien dat het Raamwerk zijn functie dient. In sommige regio's zien we nog wel dat meer reguliere zorg wordt afgeschaald dan bij andere regio's. Het LCPS blijft samen met ROAZ-regio's werken aan gelijkmatige patiëntenspreiding om de druk zo evenwichtig mogelijk te verdelen.

### 3. Maximalisering regionale ketensamenwerking van alle zorgaanbieders in het ROAZ

Ook in de voor- en nazorgketen (bij onder meer de huisartsen, eerstelijnsverblijf, VVT-sector en de wijkverpleging) is sprake van hoge druk en schaarse capaciteit. Daarom is afgesproken dat de regionale ketensamenwerking gemaximaliseerd wordt. Om de zorgcapaciteit in Nederland zo goed mogelijk te benutten, is inzet van de gehele zorgketen nodig. Onderdeel van deze geïntensiveerde samenwerking zijn afspraken met huisartsen over een evenwichtige instroom van patiënten voor wie behandeling in het ziekenhuis zinvol en wenselijk is en afspraken met de thuiszorg, wijkverpleging en de verpleeghuissector over de doorstroom in de zorgketen. De motie van de leden Van der Staaij en Veldman gaat in op deze ketensamenwerking en vraagt welke initiatieven er zijn of aanvullend kunnen worden gecreëerd voor het verlenen van zorg aan coronapatiënten buiten het ziekenhuis, zowel in (tijdelijke) zorglocaties als in de thuissituatie<sup>26</sup>.

Hierover kan ik aangeven dat afgelopen zomer bestuurlijk afspraken zijn gemaakt<sup>27</sup> gericht op kwetsbare COVID-19 patiënten buiten het ziekenhuis. In paragraaf 12 Opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis in deze brief ga ik uitgebreider in op de precieze beschikbare capaciteit en (verwachte) bezetting van deze tijdelijke verblijfplekken. Bij het LCPS zijn er signalen dat patiënten soms nog worden overgeplaatst naar een ziekenhuis in een andere regio, terwijl zij eigenlijk (in de eigen regio) zouden moeten doorstromen naar een bed buiten het ziekenhuis.

<sup>25</sup> <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Raamwerk%20behoud%20noncovid%20zorg.pdf>.

<sup>26</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 673.

<sup>27</sup> Met (vertegenwoordigers van) ZN, ActiZ, VGN, de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG-en) en de NZa.

Dit is recent onder de aandacht gebracht van partijen. Het is belangrijk om hier in de hectiek en drukte scherp met elkaar op te zijn en te blijven.

Het is nodig dat de huisartsenzorg aan zowel COVID- als niet-COVID-patiënten kan blijven doordraaien en dat de huisarts toegankelijk is. In de eigen praktijk, maar ook in de regio wanneer de situatie daarom vraagt. Dat heeft voor de huisartsen eerste prioriteit. Daarnaast zie je in diverse regio's initiatieven ontstaan waarin huisartsen inzetten op zorgverlening aan COVID-patiënten in de thuissituatie. Zo nemen huisartsen in de regio Amsterdam en Den Bosch samen met thuiszorgorganisaties een deel van de zorg op zich, zodat herstellende COVID-patiënten eerder het ziekenhuis kunnen verlaten.

Tot slot kan ik u melden dat de IGJ zorgaanbieders, onder meer via een nieuwsbericht op de website, heeft uitgenodigd om knelpunten in de samenwerking te melden. De IGJ wil hierover in gesprek gaan om te kijken hoe de zij kan bijdragen aan het oplossen ervan. Zo kan de instroom en doorstroom van patiënten beter worden en krijgt iedere patiënt de zorg die hij nodig heeft, op de juiste plek.

#### 4. Transparantie over toegankelijkheid zorg

De NZa heeft een aparte informatievoorziening ingericht zodat voor zorgaanbieders en ROAZ-regio's continu de meest actuele informatie over de patiëntenstromen en de toegankelijkheid van zorg in de regio beschikbaar is tijdens de COVID-19 pandemie. Dit inzicht helpt zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij de samenwerking om de toegankelijkheid van de COVID-zorg en reguliere zorg te kunnen borgen. Op maandag 9 november is dit dataportaal, genaamd Zorgbeeld, live gegaan. Bij de ontwikkeling van Zorgbeeld is nauw samengewerkt met het LCPS en het LNAZ. Het portaal biedt zorgaanbieders, ROAZ-regio's, verzekeraars en de toezichthouders op een laagdrempelige manier inzicht in de huidige situatie over de toegankelijkheid van zorg in de eigen regio, maar ook in andere regio's en ondersteunt daarmee de samenwerking in de regio. De uitvraag van data is zo efficiënt mogelijk ingericht om partijen niet onnodig te belasten. Bij de doorontwikkeling van het portaal en het toevoegen van nieuwe functionaliteiten wordt aangesloten op de urgentie en behoefte van de gebruikers. De aansluiting van de VVT-sector staat op de agenda van deze doorontwikkeling.

#### 5. Financiële randvoorwaarden

Tot slot is afgesproken dat zorgverzekeraars afspraken maken over financiële arrangementen. Zorgaanbieders hebben financieel comfort nodig om zich te kunnen focussen op bovengenoemde maatregelen en hierin de benodigde keuzes te kunnen maken. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn met elkaar in gesprek over een regeling voor 2021. Het is belangrijk dat een ieder hierin zijn verantwoordelijkheid neemt. Daarnaast is er financiële ondersteuning vanuit VWS voor ziekenhuizen, zoals bij de opschaling van IC-bedden.

De Minister voor MZS zal de Kamer op korte termijn nader informeren over de stand van zaken van de financiële ontwikkelingen rond de ziekenhuizen.

#### *Uitbreiden IC-capaciteit*

Zoals bekend zijn ziekenhuizen momenteel bezig met de uitbreiding van de IC-capaciteit en klinische capaciteit in het kader van COVID-19 conform het opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). De uitbreiding naar 1350 IC-bedden en bijbehorende klinische bedden voor Covid patiënten stond per 1 oktober gepland. Dit betreft fase 2 van het opschalingsplan. Het gaat dan om «aanleg» van 200 extra

IC-bedden en 400 extra klinische bedden, structureel voor de duur van de pandemie. De volgende stap is de uitbreiding naar 1700 IC-bedden per 1 januari 2021. Dit betreft fase 3 van het opschalingsplan. Het gaat dan om «aanleg» van 350 extra IC-bedden en 700 extra klinische bedden, die flexibel beschikbaar moeten zijn voor de duur van de pandemie. Om daadwerkelijk gebruik te kunnen maken van de extra uitbreiding van de bedden capaciteit geldt dat de beschikbaarheid van voldoende personeel de bepalende factor is. Hier hebben we – in tegenstelling tot de eerste golf – nu te maken met knelpunten vanwege de hoge uitval van personeel op dit moment; en vanwege de zorgverlening aan het grote aantal COVID-patiënten op de klinische afdelingen van de ziekenhuizen.

Het opschalingsplan van het LNAZ betreft een tijdelijke opschaling van de capaciteit, alleen bestemd voor het opvangen van COVID-patiënten gedurende de pandemie. Op dit moment is nog onduidelijk wat de impact van COVID blijft in de toekomst. Hoe het virus en hoe de behandeling van COVID-patiënten zich ontwikkelt, zullen onder andere van invloed zijn op de benodigde IC-capaciteit in de toekomst. De motie<sup>28</sup> van de heer Wilders verzoekt de regering een structurele reserve van IC-bedden en klinische ziekenhuisbedden aan te houden teneinde toekomstige pandemieën en rampen beter op te kunnen vangen. In haar appreciatie van deze motie, waarmee de heer Wilders akkoord is gegaan, heeft de Minister voor MZS aangegeven dat de opschaling er nu is voor de coronatijd en dat we daarna – als de COVID-crisis voorbij is – gaan kijken wat er structureel nodig is.

Op grond van haar wettelijke taak houdt de IGJ toezicht op de opschaling en spreiding. Zo verzamelt of ontvangt de IGJ informatie van bijvoorbeeld het LCPS, de NZa, meldingen van patiënten en burgers bij het landelijk meldpunt zorg, en van zorgverleners en organisaties. De IGJ gaat in gesprek over opvallende zaken en signalen over mogelijke knelpunten. Door zicht op de feiten en op de omstandigheden waaronder de zorgverlening wordt georganiseerd, kan de IGJ oordelen of aan de voorwaarden voor goede zorg wordt voldaan.

De IGJ heeft op 9 november jl. een brief gestuurd naar alle ROAZ-voorzitters waarin zij nadere informatie vraagt over de voortgang van de opschaling en de beschikbare IC-capaciteit in de ROAZ-regio's. De IGJ wil hiermee inzicht krijgen in hoe de samenwerking verloopt, in hoeverre de uitbreiding van de extra bedden capaciteit gestalte heeft gekregen, hoe het opschalingsplan in de regio uitgevoerd wordt en wat eventuele knelpunten zijn. De IGJ vormt zich op dit moment een beeld; in een volgende brief wordt de Kamer hierover verder geïnformeerd.

Met de realisatie van de opschaling gaan kosten gepaard. Op 30 oktober jl. is door VWS de Subsidieregeling opschaling COVID-19 gepubliceerd. Met deze subsidieregeling wordt de fase van 1150 tot 1350 IC-bedden (fase II) en de fase tot 1700 IC-bedden (fase III) vergoed. Daarnaast worden met deze subsidie enkele werkelijke kosten eenmalig in 2020 vergoed. Het gaat om bijvoorbeeld: de vergoeding voor noodzakelijke verbouw en bouwkundige aanpassingen binnen bestaande ziekenhuisgebouwen voor de opschaling t.b.v. de COVID-19 patiënt; de vergoeding voor noodzakelijke medische inventaris voor de opschaling t.b.v. de COVID-19 patiënt; en de vergoeding voor het aanleggen van een COVID-19 (crisis)voorraad geneesmiddelen (conform plan LCG). Het aanvraagportaal voor deze subsidieregeling is op 2 november 2020 opengesteld. Tot uiterlijk 13 november 2020 konden de ziekenhuizen waar de opschaling plaatsvindt een aanvraag indienen; inmiddels zijn door alle ziekenhuizen conform bijlage I van de Subsidieregeling aanvragen ingediend.

<sup>28</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 690.

De opschaling van de IC-bedden naar de eerste fase, de 1150 IC-bedden, wordt niet uit de subsidieregeling bekostigd, maar wordt via de zorgverzekeraars bekostigd. In het bestuurlijk overleg op 24 september jl. over de opschaling van de IC-capaciteit en klinische bedden hebben zorgverzekeraars aangegeven dat zij voor 2021 exclusief de opschaling zullen inkopen maar de COVID-19 zorg op de IC (en dus ook de noodzakelijke opschalingen in fase 1) zonder plafond zullen vergoeden.

Ik begrijp dat de ziekenhuizen met man en macht bezig zijn om de extra IC- en klinische bedden – inclusief het benodigde personeel – voor elkaar te krijgen en zie ik ook dat dit geen makkelijke opgave is. Ik waardeer de inzet van alle betrokkenen om de opschaling conform het opschalingsplan COVID-19 te realiseren zodat de benodigde COVID-19 zorg beschikbaar is. Daarnaast wil ik nog benadrukken dat we net als in de eerste golf, ook van en tijdens deze tweede golf leren. Er komen voortdurend nieuwe inzichten waarmee zowel de zorg voor COVID-19 patiënten, als de organisatie van zorg continue ontwikkelen. Op basis van de ervaringen en nieuwe inzichten wordt de zorg verder ontwikkeld zodat de beste mogelijke zorg kan worden geboden. Dit is een continu proces.

## **12. Opschaling tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis**

Conform het door de DPG-en ontwikkelde ramingsmodel zijn er landelijk minimaal 300 plekken direct beschikbaar (niveau «basis»), 550 extra plekken die binnen 72 uur in gebruik genomen moeten kunnen worden (niveau «midden») en 1150 plekken die binnen 2 weken kunnen worden gerealiseerd (niveau «hoog»). Er vindt sinds begin oktober wekelijks monitoring plaats van beschikbare en bezette plekken. De bezetting van de tijdelijk verblijfplekken (eerstelijnsverblijf) voor COVID-19-patiënten in de verpleeg- en verzorgingshuizen is de afgelopen weken verder gestegen van 550 naar 948 plekken over het hele land, met een beschikbaarheid van 1292 plekken (peildatum 16 november). In de prognose wordt volgende weken een daling verwacht in bezetting naar ongeveer 870 en 715 plekken. Van de 25 regio's zijn er 11 opgeschaald naar niveau «midden», 10 regio's naar niveau «hoog» en regio Rotterdam-Rijnmond is aangemerkt als crisisregio. De situatie wordt door GGD-GHOR als beheersbaar, maar zorgelijk ingeschat. De grootste zorg blijft de personele capaciteit.

## **13. Financiële maatregelen in de zorg**

De uitbraak van de COVID-19-pandemie vraagt het uiterste van onze zorgverleners en hun organisaties. Het is belangrijk dat zorgaanbieders zich op die momenten geen zorgen hoeven te maken over hun financiële positie en zich maximaal kunnen richten op het leveren van de noodzakelijke en veilige zorg tijdens de crisis en daartoe ook in staat blijven als we de crisis voorbij zijn. In alle domeinen binnen de zorg zijn (eerder) afspraken gemaakt om de financiële onzekerheid als gevolg van de COVID-19-pandemie te beperken. Deze afspraken zijn vertaald naar concrete maatregelen. Veel van deze maatregelen zijn in beginsel enkel voor 2020 ingericht. In onderstaande paragrafen ga ik per domein in op hoe ik in 2021 een passend vervolg wil geven aan deze maatregelen.

### *Wet langdurige zorg*

Medio maart 2020 zijn voor de Wet langdurige zorg (Wlz) afspraken gemaakt over financiële maatregelen als gevolg van de COVID-19-pandemie. Deze afspraken hebben als doel de continuïteit van zorg op de korte termijn te garanderen en de continuïteit van (het) zorg(landschap) op langere termijn te borgen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft hiervoor een beleidsregel opgesteld op basis waarvan meerkosten als gevolg van de COVID-19-pandemie kunnen worden vergoed. De



mogelijkheid meerkosten als gevolg van de COVID-19-pandemie te vergoeden, loopt tot 31 december 2020 voor alle aanbieders in de langdurige zorg. Ook voorziet deze beleidsregel in compensatie van doorlopende kosten van zorgaanbieders die ze moeten maken voor overeengekomen productie die zij ondanks de COVID-19-pandemie wel realiseren.

In mijn brief van 12 juni jl.<sup>29</sup> heb ik het perspectief geschetst voor de tweede helft van 2020. Na afloop van de generieke periode is er voor zorgaanbieders en zorgkantoren de mogelijkheid maatwerkafspraken te maken. Bijvoorbeeld als er sprake is van een COVID-19-besmetting binnen de instelling en/of als de dagbesteding als gevolg van de COVID-19-pandemie nog op alternatieve wijze wordt ingevuld. Ook hiervoor heeft de NZa een beleidsregel opgesteld. Door dagbesteding, die op alternatieve wijze wordt ingevuld, voor vergoeding in aanmerking te laten komen, wordt continuïteit van zorg voor de cliënt en tegelijkertijd ook zorgvernieuwing en innovatie gestimuleerd. Zorgaanbieders die geen COVID-19-besmetting binnen de instelling hebben en daardoor geen toegang tot de maatwerkregeling hebben, kunnen in uitzonderlijke situaties een beroep doen op de hardheidsclausule. Hierbij toetst het zorgkantoor of het omwille van de continuïteit van zorg noodzakelijk is hen te compenseren voor de effecten van COVID-19-pandemie. Bijvoorbeeld indien er sprake is van uitzonderlijk hoog ziekteverzuim.

De ontwikkeling van het aantal besmettingen maakt duidelijk dat, in verband met de COVID-19-pandemie, ook in 2021 dergelijke maatregelen nodig zullen zijn zodat zorgaanbieders zich maximaal kunnen blijven richten op het leveren van de noodzakelijke en veilige zorg. Om die reden zal ik op de kortst mogelijke termijn de NZa verzoeken de maatregelen te verlengen tot 1 januari 2022. Het betreft hierbij de vergoeding van extra kosten als gevolg van de COVID-19-pandemie, de maatwerkregeling compensatie doorlopende kosten en de maatwerkregeling dagbesteding. Ik zal de NZa hierbij verzoeken enkele verbeteringen door te voeren, onder andere op basis van de ervaringen die dit jaar zijn opgedaan met de maatregelen. Ook zal ik de NZa verzoeken een verband te leggen met de verschenen Routekaart coronamaatregelen<sup>30</sup> zodat passende financiële maatregelen kunnen worden getroffen indien op basis van deze Routekaart algemene maatregelen worden getroffen die de zorgverlening raken.

### *Wmo en Jeugdwet*

De VNG en het Rijk hebben medio maart 2020, kort na het uitbreken van de coronacrisis, afspraken gemaakt over het bieden van financiële zekerheid en ruimte aan zorgorganisaties en professionals binnen de Jeugdwet en Wmo 2015. De afspraken zijn gericht op het zo goed mogelijk organiseren van continuïteit van zorg voor cliënten en het borgen van het zorgstelsel voor de langere termijn.

### *Meerkostenregeling*

Onderdeel van deze afspraken is dat meerkosten als gevolg van de COVID-19-pandemie door het Rijk worden vergoed. Zoals eerder aan uw Kamer gecommuniceerd<sup>31</sup>, is de totale hoogte van de compensatie m.b.t. de Jeugdwet en Wmo 2015 voor het jaar 2020 gezamenlijk vastgesteld op € 170 miljoen. Dit betreft een afrondende afspraak voor meerkosten in het sociaal domein over 2020. Dat neemt niet weg dat als er evident aanleiding is om te veronderstellen dat gemeenten door COVID-19 in

<sup>29</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 296.

<sup>30</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 656.

<sup>31</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 656.

financiële problemen komen, of als er onvoorziene ontwikkelingen optreden, Rijk en gemeenten daarover met elkaar in gesprek zullen gaan.

De afspraak voor compensatie van meerkosten gold in eerste instantie tot 1 juli 2020 en is later verlengd tot 1 januari 2021. Duidelijk is dat zorgaanbieders binnen de Jeugdwet en Wmo 2015 ook in 2021 extra kosten moeten maken om zorg binnen de maatregelen van de COVID-19-pandemie te kunnen organiseren. Om deze reden is besloten de afspraken tussen het Rijk en de VNG te verlengen tot 1 januari 2022. Hiermee wordt de einddatum van deze regeling in het sociaal domein gelijkgetrokken met de Wlz.

Begin juni jl. is een nadere uitwerking van de afspraken over de compensatie van meerkosten gepubliceerd. De onderliggende afspraken worden op basis van de ervaringen in 2020 geactualiseerd, maar blijven inhoudelijk grotendeels onveranderd. De basis van de meerkosten zijn de coronamaatregelen van het kabinet en de RIVM-richtlijnen. Gemeenten worden voor deze meerkosten gecompenseerd door het Rijk. Hiertoe wordt in de loop van 2021 op macroniveau de omvang van de meerkosten bepaald voor heel 2021. Dit bedrag wordt in principe via de gebruikelijke verdeelmodellen voor de verschillende uitkeringen uit het gemeentefonds verdeeld over gemeenten.

#### *Zorgcontinuïteitsafspraken*

Alle inzet van professionals, aanbieders, gemeenten en het Rijk moet allereerst gericht zijn het continueren van de zorg, binnen de richtlijnen van het RIVM. Op reguliere wijze, of indien noodzakelijk, op alternatieve wijze. Als gevolg van de coronacrisis kan het echter voorkomen dat zorg niet geleverd kan worden. Om de continuïteit van zorg en ondersteuning te borgen zijn gemeenten tot 1 juli dit jaar opgeroepen tot een generieke en landelijke continuïteitsregeling. Gemeenten zijn daarbij verzocht de omzet onverminderd door te betalen aan aanbieders, ook in het geval dat er sprake was van vraaguitval. Het doel daarvan was acute liquiditeitsproblemen bij aanbieders te voorkomen en het behoud van werkgelegenheid in de zorg en ondersteuning.

Na het vervallen van de landelijke oproep per 1 juli, dienen gemeenten op lokaal niveau echter nog steeds aandacht te hebben voor de financiële positie van aanbieders. Gegeven de wettelijke taak om de continuïteit van zorg en ondersteuning te waarborgen, wordt van gemeenten verwacht dat maatwerk wordt verleend aan aanbieders als daartoe aanleiding is en indien nodig continuïteitsafspraken te maken. Indien aanbieders problemen ondervinden met doorbetaling door gemeenten is het belangrijk dat ze met elkaar in gesprek gaan – eventueel met een regiofunctionaris van het ketenbureau indien ze er niet meteen uitkomen.

Specifiek voor de dagbesteding en de cruciale jeugdzorg binnen de Jeugdwet en Wmo 2015, blijf ik – vanwege signalen dat aanbieders financiële problemen ervaren – in overleg met de VNG en aanbieders om te bezien of aanvullende afspraken nodig zijn.

#### *Zorgverzekeringswet*

Ook voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn medio maart afspraken gemaakt met het doel de continuïteit van zorg tijdens en na de COVID-19-pandemie te borgen zodat zorgverzekeraars kunnen blijven voldoen aan hun zorgplicht. Zorgaanbieders worden gecompenseerd voor de meerkosten die de COVID-19-pandemie met zich meebrengt en krijgen een bijdrage voor de omzet die daardoor wegvalt. Hiervoor heb ik de NZa

via een aanwijzing opdracht gegeven om passende prestatiebeschrijvingen te ontwikkelen die zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen gebruiken voor de continuïteitsbijdrage- en meerkostenregelingen die tot stand zijn gekomen. Deze prestatiebeschrijvingen gelden tot 1 januari 2022. In de loop van dit jaar is Zorgverzekeraars Nederland (ZN) naar buiten getreden met verschillende continuïteitsbijdrage- en meerkostenregelingen over 2020 voor groepen zorgaanbieders binnen de Zvw.

Op dit moment wordt door ZN/zorgverzekeraars bezien of en waar er ook voor 2021 regelingen moeten worden vastgesteld en waar regelingen over 2020 nog verlenging van de looptijd behoeven. De bovengenoemde aanwijzing aan de NZa biedt die mogelijkheid ook voor 2021. Uiteraard sta ik hierover in contact met ZN en andere betrokken partijen. Ik zal uw Kamer hier binnenkort verder over informeren.

#### *Persoonsgebonden budget*

Ook voor het persoonsgebonden budget (pgb) zijn maatregelen getroffen om de continuïteit van zorg voor budgethouders te borgen. Hierover zijn afspraken gemaakt met VNG en ZN over de regeling in het kader van continuïteit van zorg ten aanzien van het pgb in de Wlz, Jeugdwet en Wmo. De pgb-regeling houdt in dat de generieke maatregel die tijdens de eerste golf van kracht was (regeling doorbetaling niet-geleverde zorg) opnieuw wordt ingevoerd, maar doorbetaling alleen mogelijk is onder specifieke in de regeling bepaalde voorwaarden. De situaties waarin niet-geleverde zorg wordt doorbetaald is bij besmetting en/of noodzaak tot quarantaine van een budgethouder of diens zorgverlener, waardoor tijdelijk geen zorg kan worden geleverd of waardoor budgethouder niet naar de dagbesteding kan gaan. En de situatie dat de zorg niet conform de geldende richtlijnen kan worden geleverd, zoals bij dagbestedingslocaties. De regeling gaat met terugwerkende kracht in vanaf 1-10-2020 en is geldig tot en met 31-12-2021. Ik ben voornemens om ook voor het Zvw-pgb een vergelijkbare regeling te ontwikkelen. Hiervoor ben ik in gesprek met de betrokken partijen. Naast de regeling doorbetaling niet-geleverde zorg wordt ook de meerkostenregeling PGB voor de Wlz, de Jeugdwet en de Wmo2015 verlengd naar 31-12-2021.

#### *Publiekscommunicatie*

Er is sprake van een oplopende achterstand in het aantal verwijzingen door de huisarts in vergelijking met voorgaande jaren. Op dit moment onderzoeken we samen met de NZA en koepelorganisaties welke specifieke groepen mensen met gezondheidsklachten nu geen of minder zorg afnemen en maken een plan van aanpak hoe we deze groepen met communicatie kunnen bereiken, zodat zij bij klachten wel contact opnemen met hun zorgverlener. Ook maken we met een gerichte communicatie aanpak zichtbaar dat de zorg zich in een uitzonderlijke situatie bevindt, die ook voor patiënten gevolgen kan hebben en wat dit voor patiënten en geboden zorg kan betekenen.

### **Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid**

#### **14. Kwetsbare personen**

##### *Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid*

##### Waardering voor zorgmedewerkers in de langdurige zorg

Ook tijdens de tweede golf zien we wat voor impact het COVID-19 virus heeft op de bewoners en medewerkers in verpleeghuizen, gehandicap-

tenzorg, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang, en zorg thuis. We zien dat het aantal nieuwe besmettingen op dit moment ook in de langdurige zorg langzaam begint af te nemen. Dit heeft alleen kunnen gebeuren met de enorme inzet van medewerkers in de zorg en ondersteuning die in deze moeilijke tijd en omstandigheden ongeremd hun bijzondere werk blijven doen. Deze mensen en verwanten van kwetsbare mensen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning verdienen daarom alle lof en waardering. Onder bijzonder moeilijke omstandigheden helpen zij kwetsbare mensen die soms niet altijd begrijpen waarom maatregelen noodzakelijk zijn. Zij moeten dit mooie en belangrijke werk te vaak doen met minder collega's dan gewenst. Bovendien moeten zij deze buitengewone inspanning al maanden volhouden en is het einde nog niet in zicht. Al deze zorgverleners verdienen ons respect en wij zullen hen samen ondersteunen waar dat moet en kan.

We zien dat instellingen in de langdurige zorg en aanbieders van zorg thuis of dagbesteding alle zeilen moeten bijzetten om het virus ferm aan te pakken en hun medewerkers te ondersteunen en bij te staan, waarbij de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers zowel waardevol als noodzakelijk is. Zij doen ook hun best om bezoek en sociale contacten mogelijk te maken en toe te staan.

Ik heb (meer dan) wekelijks overleg met de koepels van zorgaanbieders en cliëntenorganisaties in de langdurige zorg. In dit overleg worden signalen over knelpunten besproken, zodat waar mogelijk actie kan worden ondernomen. Zo komt onder meer de stand van zaken rond bezoek aan de orde.

### *Verpleeghuiszorg*

#### Cijfers

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

#### Bewoners

- Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 16 november 2020) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 45 en 46) het aantal nieuwe besmettingen 2.317 bedraagt. Dit is een afname van ruim 700 ten opzichte van het aantal besmettingen in week 43 en 44. Het aantal nieuwe besmettingen is nog steeds hoog. Lichtpunt is wel dat uit de recente cijfers over week 45-46 blijkt dat het aantal nieuwe besmettingen afneemt. De meest recente cijfers van Verenso zijn hiermee in lijn.
- Het RIVM schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij ca. 16.000 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ruim 3.885 mensen als overleden zijn gemeld<sup>32, 33</sup>. Een groot deel van de mensen herstelt gelukkig, mede door de goede verzorging die zij ontvangen.
- In week 46 zijn er 130 cliënten overleden aan de gevolgen van COVID-19. In de afgelopen twee weken was dit een aantal van respectievelijk 248 (week 45) en 213 (week 44). Ter vergelijking, in week

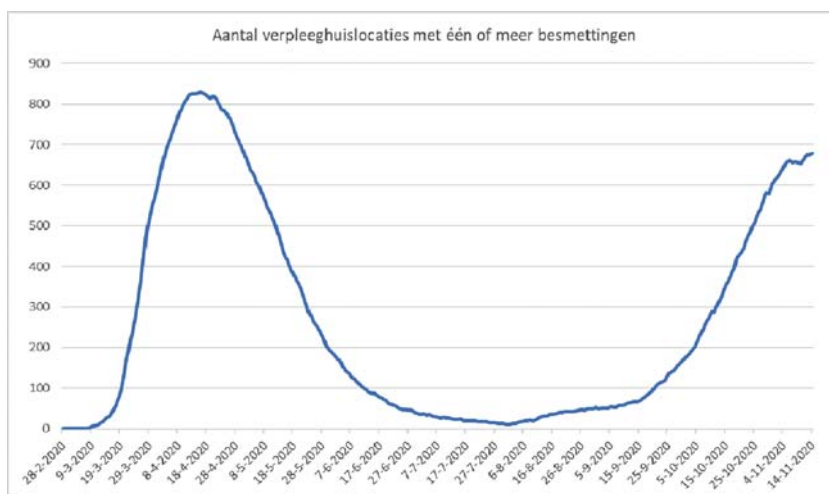
<sup>32</sup> Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

<sup>33</sup> Alle bevestigde COVID-19 besmettingen worden geregistreerd. Voor de verpleeghuizen gebeurt dit door de specialisten ouderengeneeskunde, die het melden bij de GGD. De GGD geeft de cijfers door aan het RIVM. Het RIVM beschikt niet over het aantal verdenkingen van een COVID-19 besmetting.

44 zijn circa 1.200 bewoners van verpleeghuizen overleden. Van hen was dus bij ca. 18% een besmetting vastgesteld.

### Locaties

- Het aantal verpleeghuislocaties waar één of meerdere besmettingen is gemeld is ook toegenomen. Het RIVM schat dat op dit moment (16 november peildatum) bij ongeveer 680 verpleeghuislocaties sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Dat is ruim 25% van het aantal locaties. Het gaat om het aantal verpleeghuislocaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is van tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test. Op een aantal locaties waar sprake was van een besmetting, zijn in de afgelopen 28 dagen geen nieuwe besmettingen vastgesteld die wegvallen uit deze groep. Het gaat in totaal om locaties 148 in de afgelopen twee weken (peildatum 16 november 2020).
- In de piek van de eerste golf waren besmettingen gemeld bij ruim 800 locaties. Het bovenstaande beeld is zichtbaar in onderstaand grafiek.



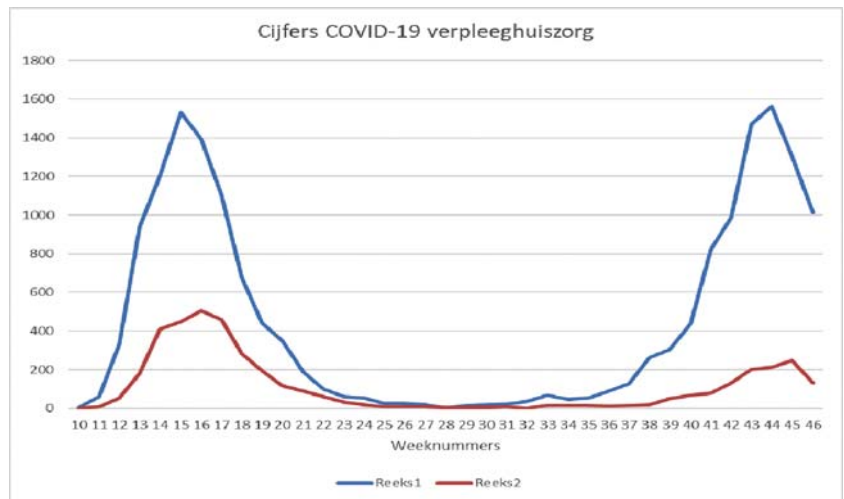
### Clusters

Het RIVM brengt op basis van het bron- en contactonderzoek clusters van besmettingen in kaart. Op 10 november zijn er 204 clusters (in verpleeghuizen en wooncentra voor ouderen) geregistreerd met in totaal 2.208 meldingen. De mediane clustergrootte is 6,0 besmettingen. Dat betekent dat de helft van de clusters meer dan 6 en de andere helft minder dan 6 besmettingen heeft. Het cluster met de meeste besmettingen heeft maar liefst 108 gerelateerde besmettingen<sup>34</sup>.

In onderstaande figuur is de ontwikkeling van het aantal nieuwe besmettingen vanaf 1 maart 2020 weergegeven. Momenteel ligt het wekelijks aantal gemelde nieuwe besmettingen in de buurt van de eerste golf, terwijl er nu veel meer wordt getest.

In de cijfers van week 45 en week 46 zien we een afname van het aantal *nieuwe* besmettingen in verpleeghuizen.

<sup>34</sup> Per 23 oktober heeft het RIVM de definitie van clusters aangepast. De nieuwe definitie luidt: Personen worden alleen aan elkaar gelinkt wanneer hun eerste ziekte-dagen binnen -4 tot 14 dagen van elkaar vallen (besmettelijke naar geïnfecteerde). Binnen een cluster moeten alle personen dezelfde setting hebben behalve de mogelijke bron van het cluster (deze persoon of personen zijn op een andere locatie besmet geraakt en hebben het virus meegenomen). De eerdere definitie van clusters (alle aan elkaar gelinkte gevallen ongeacht setting) wordt nu «transmissieketens» genoemd. Op basis van deze nieuwe definitie is het aantal clusters in verpleeghuizen flink lager.



### Ontwikkelingen en signalen verpleeghuiszorg

Zowel van de koepelorganisaties als van de individuele zorgaanbieders vernemen wij in toenemende intensiteit zorgen over de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Dit hangt samen met het oplopend ziekteverzuim van zorgmedewerkers als gevolg van besmettingen, quarantaine of wachten op testuitslagen.

We ontvangen signalen dat activiteiten en zorg in een sommige instellingen min of meer evenredig met de verminderde beschikbaarheid van zorgverleners worden afgeschaald. Dit oplopende ziekteverzuim kan de zorgaanbieders dwingen om de zorg af te schalen, bijvoorbeeld door dagactiviteiten of het toezicht op de groepen te verminderen. Dit kan noodzakelijk zijn omdat de zorgaanbieders niet meer de menskracht hebben om alle zorg vol te kunnen houden. ActiZ, Zorgthuisnl, V&VN en Verenso werken op dit moment samen aan een handreiking hoe je verantwoord keuzes kunt maken ten aanzien van het regionaal en/of lokaal afschalen in de zorg voor ouderen. Dit document kan ondersteuning bieden bij het maken van de afspraken in ROAZ verband. De handreiking is ondertussen gepubliceerd.

Verder vernemen we van zorgaanbieders dat er soms sprake is van enige leegstand in de verpleeghuizen. Na de eerste golf is het aantal bewoners in verpleeghuizen gedaald met ca. 5.000 personen. We zien dat vanaf week 23 vindt in de verpleeghuizen geleidelijk herbezetting plaats. De laatste weken keert de trend weer. De afgelopen week zien we als gevolg van de hogere sterfte een afname van het aantal Wlz-gebruikers (-345). Vooral het aantal cliënten opgenomen in verpleeghuizen is met ruim 300 afgenomen. Volgens het cijfer van deze week is de leegstand op 19 oktober opgelopen tot 975. Dat kan samenhangen met de twijfels die ouderen soms hebben om naar een verpleeghuis te verhuizen omdat zij vrezen dat er een volgende bezoekregeling kan komen.

Tegelijkertijd zijn zorgaanbieders creatief met het inzetten van mensen buiten de zorg. Hoewel bijvoorbeeld mensen van KLM of uit de horeca de zorgverleners niet volledig kunnen vervangen, kunnen zij de zorgverleners wel helpen. Ook doen zorgaanbieders hun uiterste best om bezoek aan bewoners mogelijk te blijven maken.



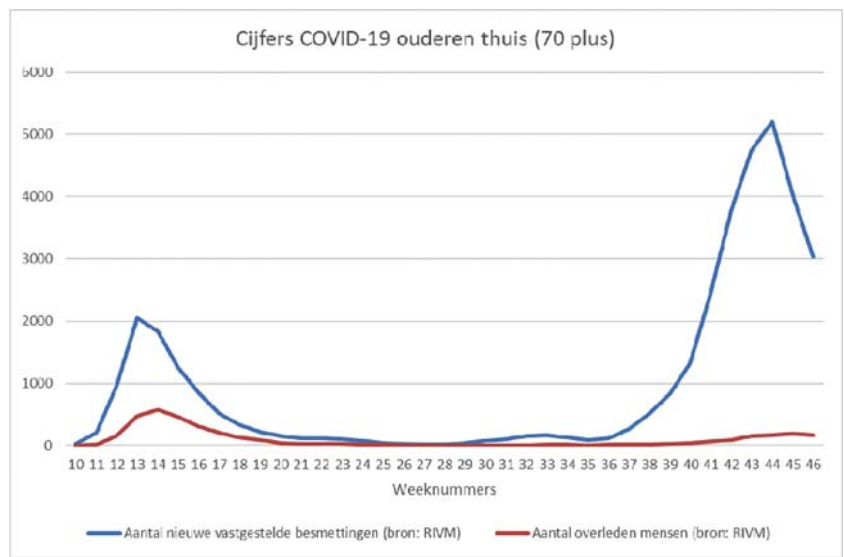
Naast de uitval van zorgverleners door ziekte blijkt dat zorgverleners soms «corona-moe» beginnen te worden. De zorgverleners zouden terug willen naar de pre-corona situatie, waarin meer tijd was voor het bieden van meer persoonsgerichte zorg aan bewoners. Het is daarom extra belangrijk voor de zorgaanbieders om aandacht te geven aan het vitaal en gemotiveerd houden van de zorgverleners.

### *Kwetsbare ouderen thuis*

#### Cijfers

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

- Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen bij ouderen, die ouder zijn dan 70 jaar en thuis wonen is nog steeds hoog. Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 16 november 2020) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 45 en 46) het aantal nieuwe besmettingen ruim 7.035 bedraagt. Dit is gelukkig wel minder dan de 9.950 nieuwe besmettingen in de voorgaande twee weken (week 44 en 45).
- Het RIVM schat dat tot nu toe bij bijna 35.950 ouderen van boven de 70 jaar en die thuis wonen<sup>35</sup> een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ongeveer 3.500 mensen als overleden zijn gemeld.<sup>36</sup> Hoeveel van deze ouderen in een kwetsbare gezondheid verkeerden of een vorm van zorg of ondersteuning thuis ontvingen, is niet bekend.
- In onderstaand figuur is deze ontwikkeling weergegeven vanaf 1 maart 2020. Momenteel is het wekelijkse aantal gemelde nieuwe besmettingen flink hoger dan tijdens de eerste golf. Reden hiervan is dat er nu veel meer wordt getest. Het aantal mensen dat komt te overlijden ligt momenteel fors lager.



<sup>35</sup> Thuis wonen betekent dat mensen niet in een verpleeghuis of een gehandicaptenzorginstelling wonen.

<sup>36</sup> Sinds 1 juni kan iedereen zich met klachten laten testen. Toch is het aannemelijk dat niet alle COVID-19 patiënten getest worden. De werkelijke aantallen in Nederland zijn daarom waarschijnlijk hoger dan de aantallen die hier genoemd worden. Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten opgenomen in het ziekenhuis of overleden is hoger dan het aantal opgenomen of overleden patiënten gemeld in de surveillance, omdat de surveillance gebaseerd is op de informatie op het moment van melding.

### Buurthuizen

Naar aanleiding van de tijdelijke maatregelen (aangekondigd in de persconferentie van 3 november 2020) is de algemene, generieke inloopfunctie van buurthuizen tot 19 november 2020 verboden. Naar aanleiding van de door uw Kamer aangenomen motie<sup>37</sup> van het lid Klaver is toegezegd dat buurthuizen wel als locatie kunnen worden gebruikt voor georganiseerde en besloten dagbesteding voor kwetsbare personen. Hierbij doe ik deze motie af. Ook is het mogelijk om op afspraak individuele ondersteuning te bieden aan kwetsbare personen. Ik heb dit ook opgenomen in de aanwijzing aan de veiligheidsregio's. Op basis hiervan heb ik een handreiking gemaakt zodat het veld de maatschappelijke ondersteuning in buurthuizen, veilig, kan blijven voortzetten. Deze handreiking is breed verspreid en te vinden op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2020/11/10/corona-handreiking-voor-buurt--dorpshuizen-en-wijkcentra>.

### Maatschappelijke initiatieven

In het debat van twee weken geleden is de toezegging gedaan om het vrijwilligersplatform van NLvoorElkaar verder onder de aandacht te brengen richting ondernemers die hulp willen bieden. NLvoorElkaar biedt een landelijk vrijwilligersplatform om vraag en aanbod, juist in deze tijd, actief aan elkaar te verbinden. Er zijn 11.000 organisaties aangesloten en sinds maart dit jaar heeft NLvoorElkaar 64.000 online matches weten te maken. NLvoorElkaar heeft een aantal koepelorganisaties benaderd met het verzoek het platform onder de aandacht te brengen. De gesprekken daarover lopen nog. Eén daarvan is de Koninklijke Horeca Nederland naar aanleiding van een initiatief in Breda. De horeca in Breda in een samenwerking gestart met de zorgorganisatie Surplus. Dit betreft geen vrijwilligerswerk, maar het platform voorziet wel in de behoefte dat organisaties elkaar kunnen vinden bij dergelijke initiatieven. Daarnaast kan ik melden dat de Kamer van Koophandel het vrijwilligersplatform van NLvoorElkaar meeneemt in haar voorlichting, bijvoorbeeld op haar website.

### Vrijwilligerswerk

In mijn vorige brief gaf ik aan in gesprek te gaan met landelijk opererende vrijwilligersorganisaties zoals onder andere Present, Humanitas en de Zonnebloem, om te bezien hoe zij nog beter in staat gesteld kunnen worden de sociale en praktische gevolgen van de coronamaatregelen in de komende moeilijke tijd op te vangen en te verzachten. Dit gesprek heeft plaatsgevonden en de bereidheid samen te werken is groot. De concrete uitwerking van hoe wij hen kunnen ondersteunen, ook rondom de feestdagen, wordt momenteel uitgewerkt. De #NietAlleen beweging is hier ook bij aangesloten. Hiermee geef ik invulling aan de motie Segers.<sup>38</sup> In de volgende stand van zakenbrief rondom COVID-19 zal ik hier uitgebreider op ingaan.

<sup>37</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 693.

<sup>38</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 643.

## Met gemeenten bezien hoe kwetsbare mensen beter ondersteund kunnen worden (motie Asscher)

Om uitvoering te geven aan de door Uw Kamer aangenomen motie<sup>39</sup> van lid Asscher c.s., wordt op bepaalde thema's die kwetsbare mensen raken geïnventariseerd (bijvoorbeeld communicatie, quarantaine, eenzaamheid) hoe gemeenten hiermee omgaan. De goede voorbeelden wil ik beter delen en bespreken met gemeenten. Hiertoe organiseer ik op korte termijn een virtuele bijeenkomst tussen en met gemeenten waarin lokaal georganiseerde interventies, acties en programma's richting kwetsbare mensen in deze coronaperiode met elkaar worden gedeeld. Zo kunnen gemeenten van deze goede voorbeelden leren zodat succesvolle acties richting doelgroepen zoals ouderen, daklozen, GGZ-cliënten, mensen met een beperking en andere kwetsbare groepen ook in andere gemeenten uitgevoerd kunnen worden. Hiermee geef ik ook deels invulling aan de motie van lid Van der Staaij c.s.<sup>40</sup>, waarin het kabinet wordt verzocht in samenspraak met gemeenten te bezien hoe (mentaal) welbevinden van mensen kan worden vergroot.

### *Mensen met een beperking in gehandicaptenzorginstelling en thuis*

#### Cijfers

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

- Het RIVM (peildatum 16 november) schat dat sinds het uitbreken van de crisis in maart bij 3.735 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, waarvan 285 mensen zijn overleden.
- Uit deze cijfers blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 45 en 46) het totaal aantal nieuwe besmettingen met ruim 725 is toegenomen. Het aantal nieuwe besmettingen in week 46 is nog steeds hoog maar ligt met zo'n 348 nieuwe besmettingen 30 nieuwe besmettingen lager dan in week 45.

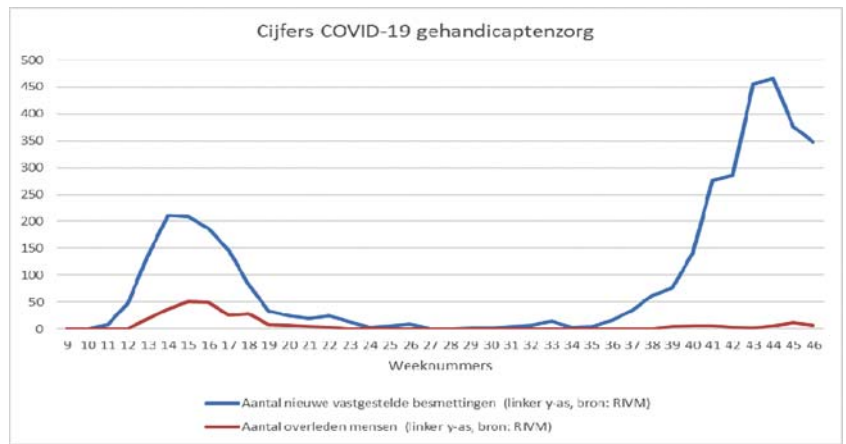
Net als bij de verpleeghuizen, geldt dus bij de instellingen voor gehandicaptenzorg dat het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in week 46 nog steeds hoog is, maar lager ligt dan in week 45. Het aantal mensen dat in de tweede golf overlijdt aan COVID-19 is gelukkig lager dan tijdens de eerste golf.

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling vanaf 1 maart 2020 weergegeven. Ook hier is relevant dat nu veel meer getest wordt.

---

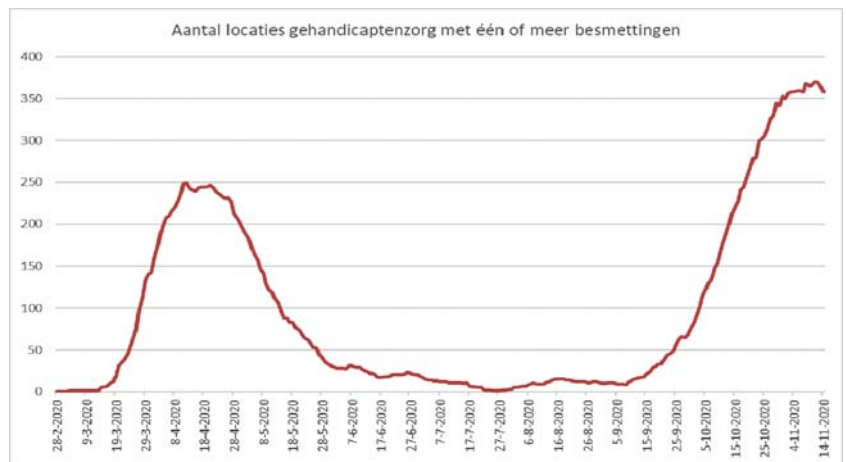
<sup>39</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 700.

<sup>40</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 672.



### Locaties

Het RIVM schat dat momenteel bij 370 locaties voor gehandicaptenzorg sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmettingen. Dat is ongeveer 14% van het aantal locaties. Het aantal besmette locaties schat het RIVM in op basis van het aantal gehandicaptenzorginstellingen waar in de afgelopen 28 dagen sprake is geweest van tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test. Het beeld is zichtbaar in onderstaand grafiek.



### Ontwikkelingen en signalen in de gehandicaptenzorg en met betrekking tot mensen met een beperking of chronische ziekte thuis

Van zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg die wij spreken horen wij over de enorme emoties bij cliënten die de noodzakelijke maatregelen losmaken (afstand houden, mondkapjes bij zorgverleners, meer gereguleerd bezoek en PBM bij bezoek). Het is een opgave voor de zorgverleners om hier goed mee om te gaan. Juist in de gehandicaptenzorg is dat soms lastig, omdat sommige cliënten eigen voorzieningen nodig hebben die verbonden zijn aan de woonruimte van de cliënt, zoals een speciaal bed.

Net als in de ouderenzorg speelt in de gehandicaptenzorg dat de zorgverleners «corona-moe» beginnen te worden. Men wil terug naar de pre-corona situatie. Zorgaanbieders proberen hieraan het hoofd te bieden met inzet van geestelijke verzorgers, aanbieden van gesprekken met psychologen of wat extra verlof.

### *Uitzondering dringend advies mondkapjes voor mensen met een beperking of chronische ziekte*

Sinds begin oktober geldt een dringend advies mondkapjes te dragen in publieke binnenruimtes. Dat geldt ook voor mensen met een beperking of chronische ziekte. Deze mensen doen dit waar mogelijk, want ze zijn gezien hun kwetsbaarheid vaak bang besmet te raken.

Het kabinet is voornemens het dringende mondkapjesadvies om te zetten in een verplichting. De voorbereidingen dit juridisch te borgen lopen. Sommige mensen zijn vanwege een (zichtbare of onzichtbare) beperking of chronische ziekte echter niet in staat een mondkapje te dragen. Zij zijn dan ook uitgezonderd van dat dringende advies en zullen ook uitgezonderd worden van deze verplichting. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om mensen die fysiek geen mondkapje kunnen dragen of opzetten in verband met een aandoening aan het gezicht of mensen met een longaandoening die daardoor onvoldoende zuurstof binnenkrijgen. Ook zijn er mensen die, als zij zelf of hun begeleider een mondkapje dragen, daar ernstig van ontregeld raken, bijvoorbeeld vanwege een verstandelijke beperking of psychische aandoening.

In overleg met cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking of chronische ziekte is overwogen hoe moet worden aangetoond dat iemand niet in staat is een mondkapje te dragen. Op basis van dat overleg is ervoor gekozen dat niet afhankelijk te maken van een formele, medische verklaring, om mensen die kwetsbaar zijn geen extra drempels op te leggen om te kunnen blijven participeren: het vereisen van een medische verklaring levert niet alleen een onevenredige belasting oplevert voor mensen om wie het gaat, maar levert ook een enorme administratieve belasting op in de zorg. We onderkennen dat dit er ook toe kan leiden dat mensen die wel in staat zijn een mondkapje te dragen, maar daar niet voor voelen, ten onrechte claimen onder de uitzondering te vallen. We vertrouwen erop dat het overgrote deel van Nederland te goeder trouw is, zich houdt aan de voorschriften en geen misbruik maakt van deze uitzondering.

Vanuit cliëntenorganisaties is naar boven gekomen dat de behoefte bestaat om op enige wijze kenbaar te kunnen maken dat iemand onder de uitzondering valt om discussies in bijvoorbeeld winkels of met handhavingsbeambten te voorkomen. Uitgangspunt is dat het de verantwoordelijkheid van mensen zelf is en blijft om aan te tonen dat zij uitgezonderd zijn. Dat is, zeker bij een onzichtbare beperking, echter niet altijd eenvoudig. In overleg met cliëntenorganisaties wordt bekeken hoe deze uitzondering vorm kan krijgen, waarbij mensen die daaraan behoefte hebben ondersteund worden in het kenbaar maken dat zij onder die uitzondering vallen. Als een handhavingsbeambte twijfelt, kan hij om aanvullende informatie vragen. Ik zal in overleg treden met degenen die verantwoordelijk zijn voor handhaving te bespreken hoe zij daarmee omgaan, zodat zij hun werk goed kunnen blijven doen en de mensen die onder de uitzondering vallen niet onnodig met belemmeringen te maken krijgen.

### *Monitor COVID-19-strategie mensen met een beperking of chronische ziekte*

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft adviesbureau Significant een monitor ontwikkeld voor de COVID-19-strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte (COVID-19 Strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte). Deze strategie is op 3 juni jl. aan de

Kamer gezonden.<sup>41</sup> Deze eerste rapportage van de monitor beslaat grofweg de periode april tot en met september 2020, waarbij het accent op de zomermaanden en daarna ligt<sup>42</sup>. Daarmee geeft deze monitor een terugblik, maar geen actueel beeld van de huidige situatie. Hierbij in het kort de bevindingen van de eerste rapportage. In december en februari volgen nog twee rapportages.

Deze monitor laat – eens te meer – zien dat het leven van mensen met een beperking en hun naasten tijdens deze coronacrisis hard is geraakt. Zo zagen we in de eerste fase van de coronacrisis maatregelen die grote impact hadden op het dagelijks leven, zoals beperkingen voor bezoek, het wegvallen van zorg en ondersteuning, zoals dagbesteding en fysiotherapie en het afschalen van zorg en begeleiding in instellingen. Daarnaast geeft de monitor weer dat in de zomerperiode, en daarna, een groot gedeelte van de zorg weer was opgestart, dagbesteding op veel plekken weer mogelijk was en bezoek weer kon worden ontvangen. Naast deze ontwikkelingen laat de monitor zien dat bepaalde thema's extra aandacht verdienen. Zoals het belang van sociale contacten, en de gevoelens van eenzaamheid die een aanzienlijk deel van de mensen met een beperking nog steeds ervaren. Daarnaast is de dagbesteding op veel plaatsen opgestart, maar op een aantal plaatsen nog niet, of in sterk afgeslankte vorm. Bovendien is te zien dat ruim de helft van cliënten in instellingen zich betrokken voelen bij het opstellen van maatregelen, echter een groot gedeelte van de cliënten voelt zich nog steeds onvoldoende betrokken. Daarnaast is veel informatie over het coronavirus beschikbaar, maar in sommige gevallen is die nog niet specifiek op deze doelgroep toegesneden of voldoende begrijpelijk.

Verschillende cliëntenorganisaties, zoals Ieder(in), KansPlus en Per Saldo, waren betrokken bij de opzet en informatievoorziening van deze monitor. Zij benadrukken dat op bepaalde thema's, zoals (weggevallene van) dagbesteding en eenzaamheid, de situatie in de praktijk soms schrijnender is dan de cijfers in de monitor laten zien. Het Ministerie van VWS spreekt wekelijks met deze partijen en kijkt steeds samen met de cliëntenorganisaties welke signalen nadere actie behoeven. VWS heeft al verschillende acties ondernomen op deze thema's zoals: bij dagbesteding zijn er tussen VWS, instellingen en cliëntenorganisaties afspraken gemaakt, hoe deze zoveel mogelijk kan worden gecontinueerd. Met betrekking tot de inspraak van cliënten heeft VGN handreikingen opgesteld waarbij samenspraak met cliënten en hun vertegenwoordigers centraal staan. En het programma «Een tegen eenzaamheid» van VWS zet zich – met nog grotere inzet in coronatijd – met verschillende initiatieven in tegen eenzaamheid in de samenleving. Zoals eerder in deze brief al toegelicht, is er op het gebied van communicatie in samenwerking met Vilans, cliënten- en ouderenorganisaties, en kennisinstituten als het RIVM een centraal informatiepunt voor begrijpelijke, toegankelijke en gevalideerde corona-informatie ingericht. Deze informatie is beschikbaar op [www.vilans.nl/levenincoronatijd](http://www.vilans.nl/levenincoronatijd).

### *Dagbesteding*

Het bieden van dagbesteding is vitaal voor de kwaliteit van leven met mensen met een (verstandelijke) beperking. Het organiseren daarvan is meer complex dan vroeger, bijvoorbeeld omdat voorkomen moet worden dat groepen cliënten en zorgverleners gaan mixen. Positief is evenwel dat doordat de dagbesteding meer op de groep of thuis wordt geleverd er

<sup>41</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 386.

<sup>42</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).



minder overdrachtsmomenten zijn, waardoor het aantal medicatiefouten lijkt af te nemen.

#### *Dak- en thuisloze mensen*

Nu weer het maatregelenpakket van 14 oktober van kracht is, vervalt de oproep van het Rijk aan gemeenten de maatschappelijke opvang open te stellen voor mensen die daar normaal gesproken geen recht op hebben. Die openstelling was verbonden aan de oproep «blijf zo veel mogelijk thuis». Dat betekent dat de opvang voor deze mensen wordt beëindigd per 19 november 2020. Deze en andere maatregelen voor dak- en thuisloze mensen staan beschreven in de nieuwe versie van de richtlijn voor dak- en thuisloze mensen die zo snel mogelijk gepubliceerd zal worden op de website van de rijksoverheid.

Het Ministerie van VWS heeft tweewekelijks crisisoverleg met partijen uit het veld. Hier worden de afspraken breed afgestemd en wordt besproken of nadere afspraken nodig zijn conform motie van de leden Klaver en Segers<sup>43</sup> die verzoekt nadere afspraken te maken met gemeenten en hen daarin te ondersteunen zolang als dat met het oog op de COVID-maatregelen noodzakelijk is. Tevens wordt in dit overleg besproken op welke manier gemeenten zicht kunnen houden op de dakloze mensen, die ze als gevolg van de coronacrisis en het breed openstellen van de opvang extra in beeld krijgen, waar dezelfde motie Klaver/Segers toe oproept. Daarmee beschouw ik deze motie als afgedaan.

#### *Persoonlijke beschermingsmiddelen zorg buiten het ziekenhuis*

Het RIVM heeft op 3 november 2020 de algemene uitgangspunten voor gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) voor zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis geactualiseerd. Reden hiervoor was dat er onduidelijkheid was in het veld doordat er verschillen waren met de richtlijn voor zorgmedewerkers binnen het ziekenhuis. Dit betrof het moment waarop de PBM aangetrokken moeten worden als het gaat om het verzorgen/behandelen van mensen met (verdenking van) COVID-19. Zowel binnen als buiten het ziekenhuis geldt nu dat bij een patiënt met (verdenking van) COVID-19 PBM gebruikt worden direct bij het binnentreden van de kamer. Voor de ziekenhuizen was dit al expliciet in de richtlijn opgenomen. Ook in de verpleeghuizen was dit al vaak staande praktijk.

Verder is het preventief gebruik van mondneusmaskers bij een verhoogde besmettingsgraad in de omgeving (vanaf inschalingsniveau «zorgelijk») toegevoegd n.a.v. het eerder gegeven OMT-advies. Hierbij gaat het om continu gebruik, vanwege de continue verzorgings- en begeleidingsbehoefte van de bewoners. In de praktijk wordt dit al breed toegepast en kunnen medewerkers zelf op basis van hun professionele inschatting de afweging maken wel of niet preventief mondneusmaskers te gebruiken zoals ook eerder is bepleit door de vakbonden en V&VN. Met deze aanpassing zijn ook de uitgangspunten voor gebruik van PBM voor zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis en voor wijkverpleging samengevoegd.

#### Preventief gebruik (medische) mondneusmaskers door risicogroepen

Zoals in de brief van 13 oktober jl.<sup>44</sup> aangekondigd, heb ik overleg gevoerd met de Landelijke Huisartsenvereniging, de Federatie van

<sup>43</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 694.

<sup>44</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 656.

Medisch Specialisten en het Nederlands Huisartsengenootschap over de rol die artsen kunnen en willen spelen bij het adviseren van mensen met een kwetsbare gezondheid over preventief gebruik van medische mondmaskers door henzelf. Aanleiding daarvoor was het OMT-advies dat er op medische gronden geen noodzaak is het preventief gebruik van medische mondmaskers door kwetsbare groepen zelf dringend te adviseren, maar ruimte te laten om mensen met een verhoogd risico die zich daardoor veiliger voelen zelf de keuze te laten om preventief een mondmasker te dragen. De betrokken organisaties hebben aangegeven dat het niet goed mogelijk is hier in generieke zin afspraken over te maken. Het hangt van de persoonlijke situatie van iemand af en diens gesprek met zijn of haar huisarts. Bovendien is er in de meeste gevallen geen medische noodzaak voor het dragen van een medisch mondneusmasker, en is het daarmee ook niet aan de arts dit voor te schrijven. Inmiddels is ook duidelijk, op basis van een rapport van Accenture dat ik op 12 oktober jl.<sup>45</sup> aan uw Kamer heb aangeboden, dat aan de hand van de beschikbare gegevens en verwachtingen de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen voldoende is de tweede COVID-19 golf door te komen, ook als er meer preventief gebruik plaatsvindt of het aantal besmettingen hoger ligt dan tijdens de eerste golf.

Dat brengt mij ertoe om op basis van het OMT-advies nogmaals te benadrukken dat er geen dringend advies geldt voor mensen met een verhoogde kwetsbaarheid bij besmetting met het virus om preventief gebruik te maken van medische mondmaskers. Tegelijk heb ik wel begrip voor de vraag, waarbij ik het belangrijk vindt dat iedereen naar vermogen kan participeren in dit «nieuwe normaal». Ik zal daarom nagaan dat apotheken voldoende voorraad medisch mondmaskers hebben zodat mensen, voor wie dit in deze context belangrijk is, altijd zelf deze medische mondneusmaskers via een apotheek aan kunnen schaffen.

#### Persoonlijke beschermingsmiddelen mantelzorgers die intensieve zorg verlenen aan een naaste

Sinds de eerste golf hebben we voor mantelzorgers, die intensieve zorg geven aan een naaste, beschermende middelen beschikbaar gesteld. Dit voor het geval degene voor wie men zorgt getest moet worden of positief getest is. Mantelzorgers kunnen dan respectievelijk een korte en/of lange termijn pakket PBM ontvangen. In de huidige fase van de crisis wordt door medewerkers in de zorg en ondersteuning meer preventief gebruik gemaakt van PBM. Dit op basis van het OMT-advies. Wanneer mantelzorgers belangrijk zijn voor de zorg van een naaste, is het ook voor hen van belang meer preventief gebruik te kunnen maken van PBM. Dit hoeft niet op alle niveaus van de route kaart, omdat de zorg beperkt is tot een naaste. Daarom zullen we, wanneer het besmettingsniveau in de omgeving past vanaf niveau «ernstig», mantelzorgers voorzien van PBM, een lange termijn pakket, zodat men dit preventief kan gebruiken. Deze middelen zal VWS ook om niet ter beschikking stellen. Op dit moment wordt de procedure ingeregeld, waarbij het zo zal blijven dat mantelzorgers het pakket af kunnen halen bij de apotheek. Zo snel dit mogelijk is, zullen we dit nadrukkelijk kenbaar maken.

#### *SET COVID-19 2.0*

De Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) geeft een impuls aan de opschaling van digitale zorg en ondersteuning voor thuiswonende kwetsbare ouderen en mensen met een chronische ziekte of beperking. Niet alleen kan de inzet van e-health cliënten meer regie op hun

<sup>45</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 624.

gezondheid en een betere kwaliteit van leven geven, de inzet van e-health kan daarnaast ook de belasting van zorgprofessionals verlichten en de werkdruk verminderen.

De coronacrisis vraagt veel van de zorg. Het gebruik van digitale zorg en ondersteuning kan de professional ontlasten en zorgaanbieders helpen in het continueren van zorg en ondersteuning. Daarom heb ik extra geld beschikbaar gesteld om de inzet van e-health een impuls te geven. De SET COVID-19 1.0 kon op veel enthousiasme rekenen: er zijn meer dan 1.700 subsidieaanvragen ingediend. Hiervan zijn er uiteindelijk 460 gehonoreerd, waarna het subsidieplafond van € 23 miljoen was bereikt.

Aanbieders van wijkverpleging, huisartsenzorg, GGZ en ondersteuning in het kader van de Wmo-2015 kunnen op dit moment nog gebruikmaken van de SET COVID-19 2.0-regeling. Hiervoor zijn al meer dan 1.100 aanvragen ingediend. De RVO werkt hard aan de beoordeling van alle aanvragen. Momenteel zijn 480 aanvragen gehonoreerd, dit aantal neemt snel toe.

De subsidie wordt vooral ingezet voor de inzet van beeldschermzorg. Circa 60 procent van de aanvragers zet (onder andere) hierop in. Beeldbellen kan onder andere ingezet worden om consulten op afstand plaats te laten vinden, maar kan ook ingezet worden voor sociale doeleinden, bijvoorbeeld voor dagbesteding. Organisaties gebruiken de subsidie daarnaast voor onder meer telemonitoring (circa 15 procent) en e-health-toepassingen voor medicatieverstrekking (circa 15 procent).

Meer dan 90 procent van de aanvragers van de SET COVID-19 2.0 is aangesloten bij het ondersteuningsprogramma SET-up. Dit programma wordt begeleid door VitaValley. SET-up helpt deelnemers met praktische ondersteuning bij de inzet van digitale zorg en faciliteert kennisuitwisseling tussen zorgorganisaties, zodat deelnemers aan de SET, SET COVID-19 1.0 en 2.0 van elkaar kunnen leren. De SET COVID-19 2.0 is geopend tot en met 30 november 2020. De reguliere SET-regeling blijft daarna beschikbaar.

#### *Ventilatiesystemen langdurige zorg*

In samenwerking met brancheorganisaties is een inventarisatie gedaan onder aanbieders om te onderzoeken in hoeverre de intramurale zorg voldoet aan de ventilatierichtlijnen zoals beschreven in het bouwbesluit. Uit deze inventarisatie blijkt dat dit veelal op orde is en dat de zorgmedewerkers in de instellingen bewust zijn gemaakt van de RIVM-richtlijnen rondom ventilatie.

Voor de extramurale zorg en ondersteuning is samen met enkele koepelorganisaties van dagbesteding een communicatiebericht opgesteld waarin stapsgewijs wordt beschreven hoe er op een veilige manier gebruik gemaakt kan worden van de dagbestedingslocaties en welke richtlijnen rondom ventilatie zij hiervoor dienen te volgen. Via de koepelorganisaties worden deze richtlijnen met de leden gedeeld.

#### *Publiekscommunicatie*

Het is onvermijdelijk dat de maatregelen die we nemen van invloed zijn op het mentale welzijn van mensen. Om de mentale druk te verlichten, is het belangrijk om er open over te zijn en het gesprek erover aan te gaan. Het kabinet zal een deel van campagne gericht op mentale klachten tijdens de coronacrisis opnieuw inzetten op radio en social media. De campagne communiceert de boodschap: «Somber of gespannen door het coronavirus? Praat erover». Verder wordt er aandacht gevraagd voor de

mentale gevolgen van de corona-uitbraak en verwezen naar het steunpuntcoronazorgen.nl. Daar zijn handvatten te vinden die helpen om zo mentaal fit mogelijk te blijven.

### Online informatiepunt voor mensen uit risicogroepen

Ouderen, mensen met een beperking of chronische ziekte, hun naasten en zorgverleners hebben behoefte aan begrijpelijke en toegankelijke informatie over de gevolgen van corona op hun dagelijks leven. Daarom hebben wij Vilans, de landelijke kennisorganisatie voor langdurende zorg, de opdracht gegeven om een online informatiepunt op te zetten. Mensen uit de risicogroepen, mantelzorgers en zorgverleners worden op [www.vilans.nl/levenincoronatijd](http://www.vilans.nl/levenincoronatijd) geholpen bij het vinden van antwoord op hun corona-vragen. De komende tijd wordt het informatiepunt verder uitgebreid en brengen wij het bij zoveel mogelijk relevante partijen onder de aandacht. Onder andere via social media, nieuwsbrieven en verwijzingen via andere websites.

## **Andere onderwerpen**

### **15. Reizigers**

Reizen vormt een risico op verspreiding en import van het coronavirus. Dat is onderstreept door de ervaringen met terugkerende wintersporters in februari en maart en door vakantiegangers tijdens de zomervakantie. Daarom is het van groot belang om stappen te zetten om reizen veiliger te maken. Tot medio januari geldt het advies om niet naar het buitenland te reizen. Ook na medio januari blijven de reisadviezen van het Ministerie van Buitenlandse Zaken het uitgangspunt. Als een land een «oranje» reisadvies heeft, wordt aangeraden alleen noodzakelijke reizen te ondernemen. Vakanties zijn geen noodzakelijke reizen.

Dit noodzakelijke verkeer brengt risico's mee. Ook tijdens een noodzakelijke reis is het risico op besmetting in COVID-19-risicogebieden verhoogd. Daarom wil ik stappen zetten om noodzakelijke reizen vanuit COVID-19-risicogebieden veiliger te maken: het vragen van een negatieve testverklaring en het testen van reizigers vijf dagen na aankomst in Nederland.

Reizigers die in Nederland aankomen uit een covid-risicogebied wil ik verplichten een negatief testresultaat te kunnen tonen dat maximaal 48 uur voor aankomst is afgegeven. Hiermee geef ik ook invulling aan de motie van de leden Weyenberg en Veldman<sup>46</sup> en geef ik opvolging aan het OMT-advies van 9 november jl. Op dit moment zijn er beperkte juridische mogelijkheden om een zogenaamde negatieve testverklaring te verplichten. Dit vraagt om een wijziging van de Wet publieke gezondheid. Dit zal naar verwachting niet eerder dan het voorjaar van 2021 kunnen worden ingevoerd. Met het oog op de uitvoerbaarheid onderzoeken we de mogelijkheden en de benodigde tijd om dit per vervoerssector in te voeren. Over de precieze vormgeving hiervan zal ik u later informeren.

Voor bepaalde derdelanders (inwoners van buiten de EU/Schengen en het Verenigd Koninkrijk die zijn uitgezonderd van het EU-inreisverbod) kan de negatieve testverklaring zonder wetswijziging verlangd worden op grond van de Schengengrenscore en het EU-inreisverbod. Voor deze reizigers wil ik dit op korte termijn invoeren, het streven is medio december. Daarnaast onderzoek ik samen met het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat, het Ministerie van Justitie en Veiligheid en luchtvaartmaat-

<sup>46</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 664.

schappijen of zij vrijwillig de negatieve testverklaring op (een deel van hun) vluchten ook in willen voeren voor inwoners van de EU.

Het invoeren van een negatieve testverklaring kan niet volledig voorkomen dat besmette reizigers uit COVID-19-risicogebieden Nederland binnenkomen. Een reiziger kan immers besmet zijn nadat de test is afgenomen, of zo kort voor de test dat deze nog onbetrouwbaar is. Daarom moeten deze reizigers nog steeds in thuisquarantaine. Ik onderzoek of het mogelijk is om deze reizigers vanaf medio januari de mogelijkheid te bieden zich vijf dagen na aankomst te laten testen. Bij een negatieve test kan de quarantaine dan worden beëindigd. Het LCT heb ik om advies gevraagd of de testcapaciteit toereikend is voor deze doelgroep, en de GGD vraag ik om mij te adviseren over de uitvoeringsaspecten.

Naast het verkorten van de quarantaine, werkt het kabinet aan het beter ondersteunen van mensen in quarantaine. Daarover informeer ik u hierna in deze brief.

Door het vragen van een negatieve testverklaring en het testen na vijf dagen quarantaine wordt het risico beperkt dat besmette mensen uit COVID-19-risicogebieden naar Nederland reizen en wordt het risico beperkt dat besmette mensen in Nederland het virus verder verspreiden. Met het oog op de hiervoor beschreven maatregelen acht ik het niet zinvol om ook nog te testen op luchthavens. Het risico bestaat dat besmette reizigers die op de luchthaven negatief testen, zich slechter aan de quarantaineregels houden. Met een test voorafgaand aan de reis en een test na vijf dagen quarantaine, verwacht ik dat de risico's op het verspreiden van het virus door reizigers uit COVID-19-risicogebieden sterk wordt gemitigeerd.

## **16. Gezond leven als onderdeel van de COVID-19 aanpak**

Zoals donderdag 12 november jl. in het Algemeen Overleg Arbeidsmarkt door de Minister voor MZS is toegezegd, reageer ik namens de Staatssecretaris van VWS bij dezen op een oproep van een grote groep medici, wetenschappers en bestuurders. Deze groep heeft het kabinet opgeroepen om gezond leven vanaf nu een nadrukkelijker onderdeel te maken van onze aanpak en van en communicatie over COVID-19. Die oproep omarmt het kabinet van harte.

Artsen signaleren dat tijdens deze COVID-19 pandemie overgewicht of ernstig overgewicht (obesitas) tot een ernstiger beloop van COVID-19 leidt, onder meer via bijkomende aandoeningen (diabetes, hart- en longziekten en trombose), maar met name door een chronisch slechter functionerend immuunsysteem.

Een gezonde leefstijl kan al binnen enkele weken het immuunsysteem versterken en de gezondheid en weerstand van een ieder verbeteren. Het heeft ook bewezen positieve effecten op het mentale welzijn. Artsen geven aan dat kleine veranderingen, zoals elke dag een half uurtje wandelen, al groot verschil kunnen maken. Het maatschappelijk belang van voldoende bewegen kwam ook nadrukkelijk naar voren in een oproep van prominenten uit de sport en beweegsector op 22 mei jl.

Onder de vlag «zorg goed voor jezelf» zijn sinds de zomer al leefstijladviezen opgenomen over voeding, bewegen, roken en alcohol. Deze adviezen zijn onderdeel van «Alleen samen krijgen we corona onder controle». De komende periode willen we de communicatie rondom leefstijl verder versterken. Hoe dat precies zal worden aangepakt, wordt nu uitgewerkt.

Belangrijk om te vermelden is dat het voor mensen met (ernstig) overgewicht mogelijk is om via het basispakket gebruik te maken van gecombineerde leefstijlinterventies (GLI), een leefstijlprogramma waarin wordt gecoacht op een duurzame gedragsverandering op voeding en bewegen. Huisartsen kunnen mensen daarover informeren en hen doorverwijzen. Het ministerie werkt met betrokken partijen aan een communicatieaanpak om de GLI meer voor het voetlicht te brengen. Werken aan een gezonder Nederland heeft onze volle aandacht. Dat doen we onder andere met het Nationaal Preventieakkoord, waaruit dit najaar bijvoorbeeld de publiekscampagnes PUUR (stoppen met roken) en alcoholbewustzijn zijn gestart. We grijpen dit moment aan om extra onder de aandacht te brengen dat een kleine verandering in leefstijl al een positief effect heeft op je gezondheid. Voor de lange termijn verdient gezonde leefstijl meer prioriteit, de Staatssecretaris van VWS zal daarvoor opties in beeld brengen.

## **17. Arbeidsmarkt in de zorg**

In de brief van 27 oktober en van 29 oktober<sup>47</sup> heb ik uitvoerig stilgestaan bij het steeds nijpender wordend tekort aan zorgpersoneel en het brede palet aan maatregelen waarop wordt ingezet om de zorgprofessionals zoveel mogelijk te ontlasten. Daarnaast heeft u recent de vierde voortgangsrapportage over het actieprogramma Werken in de Zorg ontvangen, waar in het Algemeen Overleg Arbeidsmarktbeleid in de zorg uitvoering is gesproken.

In deze brief ga ik in op de ontwikkelingen rondom Extra Handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas en de toezeggingen aan de Kamer in het laatste COVID-19 debat op 4 november jl. en tijdens het AO Arbeidsmarktbeleid in de zorg. Daarnaast geef ik via deze brief aan hoe aan de aangenomen moties van de leden Wilders en Pieter Heerma<sup>48</sup>, over een nationale reserve aan zorgmedewerkers, en de motie van lid Van den Brenk<sup>49</sup>, over hoe ervoor wordt gezorgd dat zorgmedewerkers die positief zijn getest op COVID-19 niet toch gaan werken, uitvoering wordt gegeven.

### SER commissie

Aan de SER commissie is gevraagd om advies uit te brengen met oplossingsrichtingen om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken. De adviesaanvraag heeft betrekking op thema's als loopbaanontwikkeling, waardering, zeggenschap en arbeidsvoorwaarden. Zoals toegezegd in het AO Arbeidsmarkt aan lid Bergkamp op 12 november 2020, zal ik de commissie meegeven om te reflecteren op het voorstel vanuit uw Kamer of en onder welke voorwaarden kan worden gekomen tot één CAO voor verpleegkundigen en verzorgenden.

### Nationale Reserve Zorgverleners

Naar aanleiding van de aangenomen motie van de leden Wilders en Pieter Heerma<sup>50</sup> (nr. kan ik u melden hoe wij hiermee aan de slag zijn en de motie uitvoeren. Er zijn nu ruim 4500 mensen met een zorgachtergrond in Extra Handen voor de Zorg en ruim 8200 mensen die zich hebben aangemeld via de Nationale Zorgklas. Er is dus animo om te helpen in de zorg in tijden van crisis. Het is van belang om te bezien wat er nodig is om

<sup>47</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 659 en Kamerstuk 25 295, nr. 660.

<sup>48</sup> Motie van de leden Wilders en Pieter Heerma, Kamerstuk 25 295, nr. 692.

<sup>49</sup> Motie van het lid Van Brenk, Kamerstuk 25 292, nr. 677 (met gewijzigd nummer Kamerstuk 25 295, nr. 687).

<sup>50</sup> Motie van de leden Wilders en Pieter Heerma, Kamerstuk 25 295 nr. 692.



enerzijds goed in te zetten binnen zorgorganisaties én anderzijds te behouden voor de langere termijn.

Wij zijn daarover in gesprek met de Stichting Extra Zorg Samen (hierna: EZS). EZS is in het afgelopen voorjaar één van de initiatiefnemers geweest van Extra Handen voor de Zorg. Doelstelling is het vergroten van de inzetbaarheid van de mensen die zich aanmelden bij Extra Handen voor de Zorg. Dat moet de kans op een succesvolle match vergroten. Daarnaast gaat EZS in deze tweede golf zoveel mogelijk van de mensen die zich aanmelden bij Extra Handen voor de Zorg enthousiasmeren om zich structureel aan te melden als zorgreservist. Zo ontstaat een zorgreservistenbestand dat ook in volgende crises inzetbaar is. Er wordt nu gewerkt aan de oprichting van regionale communities. In de communities kunnen zorgreservisten elkaar ontmoeten en met en van elkaar leren. Om dit te verwezenlijken heeft EZS vier ambassadeurs aangesteld.<sup>51</sup> Deze ambassadeurs zijn verantwoordelijk voor de regionale communities van zorgreservisten.

Iedereen die zich aanmeldt bij Extra Handen voor de Zorg wordt door het EZS geïnformeerd over het proces na aanmelding en over de inzet binnen een zorgorganisatie, zodat ze precies weten waar ze aan toe zijn.

### Zorgmedewerkers die positief zijn getest op COVID-19

De oplopende personeelstekorten op de werkvloer, mede als gevolg van COVID-19, hebben geleid tot situaties waarbij binnen zorgorganisaties positief geteste zorgmedewerkers toch aan het werk zijn. In navolging van de aangenomen motie van lid Van den Brenk<sup>52</sup> licht ik hier toe hoe ik invulling geef aan de motie. Zorgaanbieders hadden ook voor COVID-19 al te maken met een tekort aan personeel.

Door COVID-19 is het nog moeilijker geworden de bezetting rond te krijgen. Toch geldt ook voor zorgmedewerkers hetzelfde als voor alle Nederlanders dat de RIVM richtlijn gevolgd dient te worden. Medewerkers die positief getest zijn, mogen niet werken en mogen ook niet worden gedwongen om te werken. De RIVM richtlijn is dat mensen met een positieve COVID-19 test in isolatie moeten gaan tot ze minimaal 24 uur klachtenvrij zijn en het minimaal zeven dagen geleden is dat ze ziek werden. Ook moet de medewerker 48 uur koortsvrij en 24 uur symptoomvrij zijn. Ten behoeve van zorgmedewerkers heeft het RIVM uitgangspunten opgesteld voor zowel testbeleid als de inzet van zorgmedewerkers. Voor medewerkers binnen het ziekenhuis geldt de FMS-richtlijn.

In de richtlijn staat ook hoe om te gaan met quarantaine, bijvoorbeeld omdat mensen in contact zijn geweest met zieken en COVID-19-patienten. Het RIVM stelt in haar uitgangspunten dat in geval van quarantaine bij hoge uitzondering en alléén als de zorgcontinuïteit in het geding komt, gewerkt kan worden onder bepaalde voorwaarden. Ook in het ziekenhuis is deze uitzonderingssituatie mogelijk op basis van de FMS-richtlijn. Ik verwacht van werkgevers dat zij de huidige richtlijnen zullen volgen en alleen gebruik maken van deze uitzonderingsmogelijkheid als er echt geen andere oplossingen zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen. Het onderstreept ook het belang om zorgmedewerkers snel te kunnen laten

<sup>51</sup> De ambassadeurs zijn Sabine Uitslag (oud politica en werkt voor FWG), Marga Bult (voormalig verpleegster, tegenwoordig zangeres en springt bij in de zorg via Extra Handen voor de Zorg), Najla van Veen (voormalig IC-verpleegkundige en huidig projectmanager strategie Reinier Haga groep. Is ook weer tijdelijk in de zorg werkzaam via Extra Handen voor de Zorg), Rowan Marijnissen (IC-verpleegkundige in het Elisabeth TweeSteden Ziekenhuis en voorzitter van IC-V&VN).

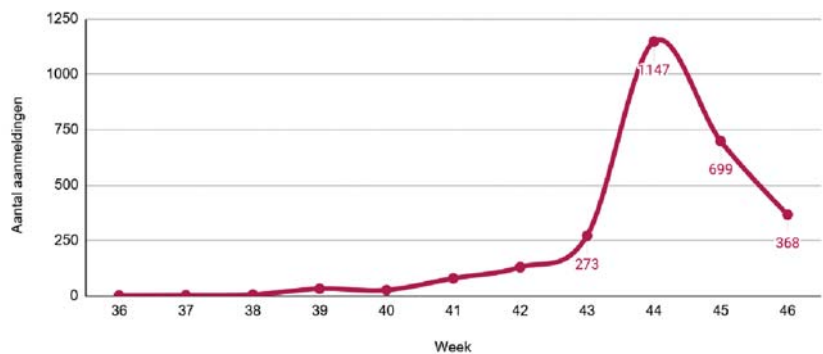
<sup>52</sup> Motie van het lid Van Brenk, Kamerstukken 25 295, nr. 677 (met gewijzigd nummer Kamerstuk 25 295, nr. 687).

testen met PCR testen. Daarom kan zorgpersoneel met prioriteit getest worden bij de GGD. Ik blijf erop wijzen dat zorgmedewerkers altijd een melding kunnen doen bij de Inspectie SZW en IGJ indien er signalen zijn dat werkgevers niet voldoen aan de voorwaarden die in de uitzonderingsrichtlijn van het RIVM zijn opgenomen.

### Ontwikkeling Extra Handen voor de Zorg

In lijn met motie Wilders<sup>53</sup>, waarover ik per brief op 29 oktober de Kamer heb geïnformeerd hoe invulling wordt gegeven aan de motie, geef ik hierbij een update over de ontwikkeling van het initiatief Extra Handen voor de zorg. Ik onderschrijf deze oproep en betrek deze bij de gesprekken die ik voer met de sectoren. Hoewel het verkleinen van de tekorten geen gemakkelijke opgave is, is het bemoedigend dat de maatschappelijke oproep via de campagne tot aan het aanmelden bij Extra Handen voor de Zorg, zijn vruchten blijft afwerpen. Het aantal mensen dat wil bijspringen in de zorg is sterk toegenomen. Drie weken geleden week waren er 1.147 nieuwe aanmeldingen van mensen met een zorgachtergrond. Sinds die week zijn er minder aanmeldingen maar nog altijd fors meer dan in de weken ervoor (figuur 1). Er wordt blijvend aandacht gevraagd voor het initiatief. Hetzelfde beeld zien we bij de Nationale Zorgklas: twee weken geleden waren er 4.113 nieuwe aanmeldingen en vorige week 1.892 nieuwe aanmeldingen.

**Figuur 1: Aantal nieuwe aanmeldingen bij extra handen voor de zorg.**

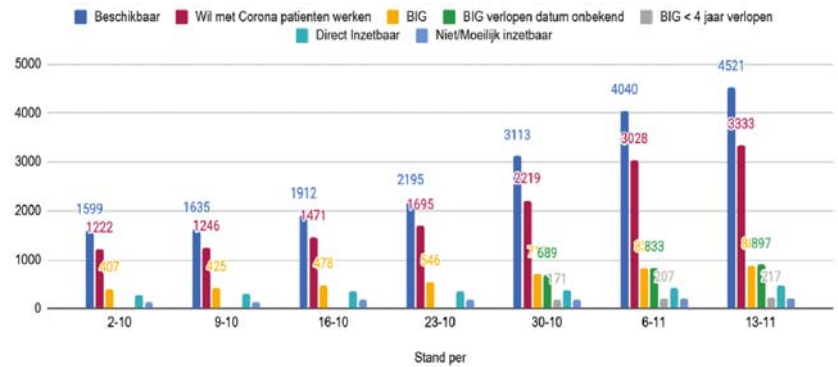


### *Aantal beschikbare mensen en hun zorgachtergrond*

In totaal stond de teller afgelopen vrijdag op 4.521 beschikbare mensen bij Extra Handen (stand 13-11-2020), waarvan 889 met een geldige BIG-registratie en 217 met een BIG-registratie die minder dan 4 jaar geleden is verlopen. 917 mensen hebben een verlopen BIG-registratie waarvan de datum onbekend is (figuur 2). Daarnaast zijn er in totaal 8.206 aanmeldingen voor de Nationale Zorgklas. Na het doorlopen van de Nationale Zorgklas zijn deze mensen beschikbaar om gekoppeld te worden aan zorgorganisaties die aangeven deze mensen graag in te willen zetten.

<sup>53</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 660.

**Figuur 2: Aantal beschikbare mensen en hun zorgachtergrond.**

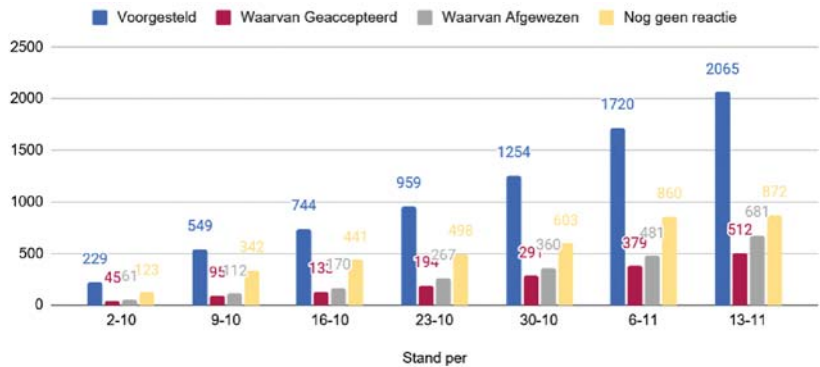


### *Matching Extra Handen voor de Zorg*

Wat betreft de matching geldt, dat van de 2.065 mensen die zijn voorgesteld aan organisaties, er 512 zijn ingezet, er 681 zijn afgewezen en 872 mensen nog op een reactie vanuit de zorgorganisatie wachten (zie figuur 3). Hieruit kunnen we concluderen dat nog steeds een groot deel wordt afgewezen en de aanvragen langere tijd in behandeling zijn bij de zorgorganisaties. Dat verschil moet kleiner. Er wordt met name gevraagd om gediplomeerde, direct zelfstandig inzetbare zorgprofessionals. Die vraag gaan we met de Extra Handen voor de Zorg niet oplossen. We moeten de zorg anders organiseren en we zien ook dat het kan. In het Sint-Antonius in Nieuwegein wordt gewerkt met het buddysysteem om verpleegkundigen te ontlasten. In Drenthe en Brabant worden mensen uit de horeca ingezet als gastheer of -vrouw in de VVT en zo zijn er nog tal van voorbeelden. Het is dus mogelijk en er is genoeg aanbod, maar het is ook een oproep aan zorgorganisaties om het aanbod te omarmen. Wij ondersteunen hierin maximaal door HR-afdelingen te ontlasten met professionele matching via Extra Handen en via de Nationale Zorgklas. Maar ook door vier praktijkteams in te richten die zo veel mogelijk belemmeringen, die zorgorganisaties ervaren, op te lossen. Ook verspreiden we met het Actie Leer Netwerk actief goede voorbeelden van organisaties waar deze mensen al op een goede manier worden ingezet.

De Commissie Werken in de Zorg analyseert en adviseert over hoe de match tussen vraag en aanbod kan worden verbeterd en met die aanbevelingen wordt vervolgens aan de slag gegaan. De commissie kijkt daarbij zowel naar het proces tijdens de eerste golf van de coronacrisis als naar hoe het proces nu is en wordt ingericht. Met behulp van een aantal «medewerkersreizen» wordt de «reis» van de mensen die zich aanmelden in kaart gebracht. Zo krijgen we boven tafel waar men tegenaan loopt en wat er beter kan. Daarnaast worden er gesprekken gevoerd met sleutelpersonen die een bijdrage (kunnen) leveren in het proces. Tot slot komt de commissie met concrete adviezen voor zowel quick-wins als adviezen die op de wat langere termijn hun effect hebben.

**Figuur 3: bruto/netto matching**



### Toezegging – benaderen oud-zorgmedewerkers via Pensioenfonds Zorg en Welzijn (50Plus)

Kamerlid Sazias vroeg tijdens het laatste COVID-debat en tijdens het AO Arbeidsmarkt in de Zorg (12 november jl.) of het mogelijk is om via het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) oud-zorgverleners op te roepen weer in de zorg te komen werken. Daar kan ik het volgende over zeggen. Het benaderen van oud-zorgverleners via een oproep door het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) moet passen binnen de doelstellingen waarvoor het pensioenfonds de beschikking heeft over de gegevens van hun deelnemers. Het gebruik van die gegevens voor een brede oproep aan oud-zorgverleners kan alleen indien het bijdraagt aan een goede pensioenuitvoering. Dit voorjaar heeft een eerste pilot plaatsgevonden. Daarover heeft de Autoriteit Persoonsgegevens destijds een aantal vragen gesteld inzake het doelbindingsprincipe. Momenteel wordt onderzocht wat de juridische mogelijkheden zijn van een dergelijke brede oproep. Ik zal u hier spoedig nader over informeren. Zoals toegezegd in het AO Arbeidsmarkt zullen, indien het juridisch mogelijk blijkt om via PFZW een oproep te sturen, de oud-zorgverleners erop worden gewezen wat de mogelijke financiële gevolgen zijn indien men ervoor kiest gehoor te geven aan de oproep.

### Toezegging overhead laten ondersteunen op de werkvloer (PVV)

Het Kamerlid Wilders vroeg mij tijdens het laatste COVID-debat een oproep te doen aan zorgorganisaties om de overhead, zijnde leidinggevenden en ondersteunende staf, te vragen om waar het kan de medewerkers op de werkvloer te ondersteunen. Bijgaand deze oproep. Tegelijkertijd merk ik op dat het aan de zorgorganisaties is om gehoor te geven aan deze oproep. We mogen bovendien niet voorbijgaan aan al het belangrijke werk dat door ondersteunende diensten en leidinggevenden binnen zorgorganisaties wordt verricht.

### Toezegging meer uren werken (PVV)

Zoals ook aangegeven in de vierde voortgangsrapportage, die recent aan de Kamer is toegezonden, blijkt uit onderzoek van de Stichting Het Potentieel pakken dat 1 op de 4 vrouwen in de zorg – veelal met een contract tussen de 20 en 25 uur – graag meer uren wil werken. Met deze wetenschap – en om uitvoering te geven aan de motie van het lid Agema<sup>54</sup> over de uitbreiding van de contracturen en de motie van de leden Van Beukering-Huijbrechts en Bergkamp<sup>55</sup> over het voeren van het

<sup>54</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 399.

<sup>55</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 403.

gesprek tussen werkgever en werknemer over meer uren werken, zijn we hiermee aan de slag gegaan. Hier heb ik ook in het AO Arbeidsmarktbeleid in de Zorg bij stil gestaan. Het stimuleren van meer uren werken voor wie dat wil, is expliciet onderdeel van het brede pakket om werken in de zorg aantrekkelijker te maken. We zijn in gesprek met onder andere de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om via contractering met zorgaanbieders ontwikkelafspraken te maken over o.a. goed werkgeverschap. Meer uren werken komt in deze gesprekken ook aan orde.

We ondersteunen de Stichting Het Potentieel Pakken. Deze stichting is opgericht met als missie het vrouwelijk potentieel op de Nederlandse arbeidsmarkt optimaal te benutten. Het Potentieel Pakken heeft inmiddels een viertal proeftuinen bij zorginstellingen waarin geëxperimenteerd wordt met een aanpak om de deeltijdfactor te verhogen. Medewerkers willen vaak wel meer uren werken maar worden daarin gehinderd door de roostering en een gebrek aan flexibiliteit. Het Potentieel Pakken helpt zorgorganisaties bij het aanpakken van dergelijke belemmeringen. Er is veel belangstelling bij zorgorganisaties voor deze aanpak. Daarom gaan we initiatieven zoals van deze stichting verder ondersteunen. De ambitie vanaf 2021 is om het aantal zorgorganisaties waaraan ondersteuning wordt gegeven, flink uit te breiden naar ongeveer 50 instellingen en te laten dienen als vliegwiel richting meer zorginstellingen, zodat er ook echt impact op de werkvloer wordt gemaakt. Door te kunnen delen met andere zorginstellingen hoe de belemmeringen voor het verhogen van de deeltijdfactor, waar mogelijk, zijn weggenomen. In de volgende voortgangsrapportage werken in de zorg zal ik u informeren over de resultaten die worden geboekt.

In het AO Arbeidsmarktbeleid in de zorg heb ik eveneens toegezegd aan lid Bergkamp, in navolging van de motie van het lid Agema<sup>56</sup>, om advies in te winnen over de juridische mogelijkheden van een voltijdsbonus bij het College voor de Rechten van de Mens, de Landsadvocaat of eventueel andere juridische instantie met kennis van zaken op dit thema. Over de uitkomsten wordt de Kamer geïnformeerd in de volgende voortgangsrapportage Werken in de Zorg of eerder in indien mogelijk.

Ten aanzien van kinderopvang geldt dat voor de onderkant van het inkomensgebouw (tot 26 duizend euro) 96% van de kosten van kinderopvang (tot de maximum uurprijs) al wordt vergoed. Daarbij komt dat dit kabinet ook dit jaar weer stappen heeft gezet om meer werken nog lonender te maken o.a. door lagere belastingtarieven en een hogere arbeidskorting.

#### Toezegging Behouden van goede initiatieven voor de zorg (CDA)

In het AO Arbeidsmarktbeleid in de zorg<sup>57</sup> is aan lid Van den Berg toegezegd om te bezien hoe goede initiatieven ten behoeve van de arbeidsmarkt kunnen worden opgeschaald. Zoals ik in deze brief, maar in de voortgangsbrief van 27 oktober, de brief van 29 oktober aan de kamer, maar ook in het AO Arbeidsmarktbeleid in de zorg heb toegelicht, wordt veel in het werk gesteld om als gevolg van COVID-19 de nog grotere personeelstekorten, al is het tijdelijk, te laten teruglopen.

Ik wil de kamer ook graag attenderen op de brief<sup>58</sup> die aan de kamer is gestuurd op 16 november jl. over de «stand van zaken Coronabanen». In de brief is toegelicht hoe door middel van de inzet van «coronabanen» op korte termijn verlichting kan worden geboden aan cruciale sectoren die

<sup>56</sup> Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 32.

<sup>57</sup> AO Arbeidsmarktbeleid in de zorg d.d. 12 november 2020.

<sup>58</sup> 2020Z21663.

overbelast zijn, zoals de zorg. Als gevolg van deze aanpak kunnen mensen die momenteel geen werk hebben of niet naar hun werk kunnen als gevolg van de crisis, tijdelijk aan de slag. Het doel van de coronabanen is hierbij niet om structurele arbeidstekorten op te lossen in bepaalde sectoren. Dit neemt niet weg dat mensen ervaring kunnen opdoen in een tekortsector, wat mogelijk als opstap dient voor een nieuwe baan. Door de coronabanen krijgen mensen de mogelijkheid en de ruimte om tijdelijk zinnig werk te doen, terwijl tegelijkertijd de druk in de cruciale sectoren afneemt. Voor de zorg wordt aangesloten bij het lopende initiatief Extra Handen voor de Zorg.

Voor alle acties geldt dat wordt ingezet op opschalen waar het kan. De aanmeldingen voor Extra Handen voor de Zorg hebben in beginsel een tijdelijk karakter maar er wordt gekeken naar mogelijkheden om mensen met en zonder zorgachtergrond te enthousiasmeren om een loopbaanswitch te maken en (weer) in de zorg te gaan werken. Via de regionale contactpunten van Extra Handen voor de Zorg kunnen mensen zich melden en worden via het contactpunt geïnformeerd over de mogelijkheden en doorverwezen naar zorgaanbieders die geïnteresseerd zijn om de betreffende persoon via een BBL traject op te leiden.

#### Toezegging – openstelling zorgbonus voor pgb-houders (Van Kooten-Arissen)

In mijn vorige brief heb ik u toegezegd dat ik u in een volgende COVID-19 brief zal informeren over de beoogde opzet van de bonusregeling voor zorgprofessionals die werkzaam zijn als pgb-zorgverlener en het bijbehorende tijdspad voor openstelling van deze regeling. Hierbij is het streven om de doelgroep zorgverleners die werken via een pgb, zoveel als mogelijk gelijk te stellen aan de zorgverleners die via zorgaanbieders en -instellingen werken. Ik ben nog in overleg met belangenorganisatie Per Saldo om hier invulling aan te geven, waarbij ik u binnenkort op de hoogte breng van de resultaten van deze gesprekken. Het streven blijft dat de aanvraag voor een bonus voor deze zorgverleners in het eerste kwartaal van 2020 gedaan kan worden.

### **18. Caribisch deel van het Koninkrijk**

De laatste gegevens van 17 november 2020 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

	Bonaire	Sint Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)	3 (138)	0 (14)	0 (5)	427 (1.374)	89 (4.668)	58 (939)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen (op de IC)	0 (0)	0	0	9 (4)	10 (3)	7 (5)
Aantal patiënten overleden	3	0	0	2	44	24

De situatie op Aruba is de afgelopen weken gekenmerkt door een stevige daling van het aantal besmettingen. Het aantal patiënten in het ziekenhuis op Aruba is weer op een beheersbaar niveau. Op Curaçao is het aantal positieve gevallen de laatste weken gestegen naar 1374. Het CMC ziekenhuis is helaas ook getroffen door een uitbraak waardoor een deel van het personeel van het CMC besmet is. Hierdoor is een deel van de reguliere zorg afgeschaald. Curaçao heeft een reeks maatregelen afgekondigd om het tij te keren. Het aantal actieve gevallen op Sint Maarten is sinds 4 november weer aan het stijgen. Ook het aantal patiënten in het ziekenhuis van Sint Maarten stijgt. Vanaf zondag



8 november jl. was Caribisch Nederland even vrij van actieve besmettingen. Helaas zijn er de afgelopen twee weken weer een aantal nieuwe casussen gemeld op Bonaire.

Er is een advies van het OMT-Cariben gevraagd over sneltesten. Zodra deze beschikbaar is, zal deze met Aruba, Curaçao en Sint Maarten worden besproken. Uw Kamer zal over de inhoud van het advies en de uitkomst van dit Vierlandenoverleg op dit punt worden geïnformeerd in een volgende stand van zaken brief.

Voorts wordt er een toetsingskader gemaakt voor de reisadviezen voor het Caribisch deel van het Koninkrijk dat meer recht doet aan de lokale omstandigheden en het insulaire karakter van het gebied.

Tot slot, om waardering uit te spreken voor de uitzonderlijke prestaties die ook medewerkers in de sectoren zorg en welzijn op Bonaire, Saba en Sint Eustatius hebben geleverd in de strijd tegen COVID-19, zal het kabinet een zorgbonus beschikbaar stellen. De werkwijze om dit voor Caribisch Nederland mogelijk te maken, wordt momenteel uitgewerkt.

## **19. Slachthuizen**

De coronaomstandigheden blijven vragen om een alerte houding ten opzichte van slachthuizen en vleesverwerkende bedrijven. De afgelopen weken hebben dit weer aangetoond.

Op 6 november jl. heeft de Minister van LNV uw Kamer geïnformeerd over een cluster van besmettingen op een vleesverwerkend bedrijf. De onderneming is op aandringen van de voorzitter van de Veiligheidsregio en de directeur Publieke Gezondheid gesloten. Het bedrijf heeft goed meegewerkt. Alle medewerkers zijn getest; het totaal van de positief geteste personen is uitgekomen op 97. De Veiligheidsregio heeft, samen met de betrokken gemeente en de GGD, uitvoerig onderzoek gedaan naar ook de thema's vervoer en wonen, maar heeft geen bron van de besmettingen kunnen detecteren. De arts infectieziekten van de GGD concludeert dat het een complex van de drie factoren (wonen, werken en vervoer) is, mogelijk verergerd door gedrag ((niet-)naleving van de regels door mensen). Het bedrijf is inmiddels weer opgestart.

De Inspectie SZW (ISZW) heeft nauw contact met de Veiligheidsregio om alle uitkomsten te bespreken naar aanleiding van de maatregelen die zij, samen met de GGD en de onderneming, heeft genomen. Voor wat betreft arbeidsomstandigheden lijkt het bij deze onderneming allemaal op orde te zijn en daarom zal ISZW niet gaan inspecteren. Binnen het thema wonen is de Veiligheidsregio nog bezig met onderzoek met behulp van een beveiligingsbedrijf. Mocht daartoe aanleiding zijn, dan zal ISZW aansluiten als er een inspectie nodig is op het gebied van arbeidsmarkt fraude.

Afgelopen week is op nog een ander vleesverwerkend bedrijf een cluster geconstateerd. Dit bedrijf is (nog steeds) gesloten; de Veiligheidsregio en de GGD zijn nauw betrokken. Het beeld van de GGD is dat er geen arbeidsmigranten werken, het is geen slachthuis, maar een producent en exporteur van vleeswaren, vleesconserven, snacks, soepen, sauzen, vegetarische en veganistische producten. De Veiligheidsregio heeft aangegeven dat zij graag een inspectie zouden willen laten uitvoeren als dit bedrijf weer gaat opstarten. Dit zal ISZW dan uitvoeren. Aan de hand van deze twee casussen constateer ik dat het Samenwerkingsplatform Arbeidsmigranten en COVID-19 goed functioneert. Het Samenwerkingsplatform is meteen geïnformeerd over de casussen en de

projectleider van het Samenwerkingsplatform heeft contact met de operationeel leiders van de betreffende Veiligheidsregio's. De Veiligheidsregio's geven aan dat de situatie onder controle is. De Landelijke Regietafel is vervolgens door de projectleider op de hoogte gesteld.

In het debat van 3 november jl. heb ik toegezegd dat ik zal nagaan op welke manier we het Samenwerkingsplatform ook kunnen benutten om bedrijven proactief besmettingen te laten voorkomen in hun eigen omgeving. De projectleider van het Samenwerkingsplatform heeft mij laten weten dat de meest betrokken branches en partijen (vleesverwerkende industrie en wonen) zijn geïnformeerd over het bestaan en de opdracht van het Samenwerkingsplatform en dat zij uitgenodigd zijn voor een gesprek. Daar zijn al meerdere branches positief op ingegaan en binnenkort wordt dit opgevolgd.

Daarnaast heeft het Samenwerkingsplatform weliswaar toezicht en handhaving als instrument, maar vaak doet het Samenwerkingsplatform ook aan advisering, samen met de Veiligheidsregio en de GGD. Het Samenwerkingsplatform voert dan bijvoorbeeld het gesprek met directie van een onderneming over wat een onderneming nog meer kan doen om de besmettingen te voorkomen dan wel terug te dringen.

Het Samenwerkingsplatform Arbeidsmigranten en COVID-19 heeft in de periode 1 september 2020 tot en met 11 november 2020 in totaal 35 meldingen gekregen: een keer op het thema vervoer, elf keer op het thema wonen en 23 keer op het thema werken. Het Samenwerkingsplatform heeft in totaal zestien keer een integrale inspectie gedaan en er staan nog vier inspecties gepland op korte termijn.

Op 10 november jl. heeft uw Kamer de motie van het lid Ouwehand<sup>59</sup> aangenomen, waarin de regering verzocht wordt een meldplicht in te stellen voor bedrijven met COVID-19 besmettingen onder medewerkers. Ik onderzoek op dit moment of en zo ja, hoe dit vorm gegeven kan worden.

### **Tot slot**

We zien er allemaal naar uit om meer ruimte te krijgen om weer meer samen te zijn en minder alleen thuis. We willen allemaal dat dit weer heel snel mogelijk is. Maar we hebben rond de zomer geleerd dat je maatregelen ook te veel kunt loslaten. Als wij verslappen, grijpt het virus zijn kans. Daarom is een verantwoorde, behoedzame route naar minder virus en meer vrijheid van groot belang. Naast ons eigen gedrag, bieden vaccinatie, goedwerkende medicijnen en grootschalig testen perspectief de langere termijn. Tot het zo ver is, hebben we elkaar nodig om elkaar en onszelf te beschermen.

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

---

<sup>59</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 701.