

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 249

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 april 2020

In deze brief informeer ik u, mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport (MZS), de Minister van Justitie en Veiligheid (JenV), en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Op veel plaatsen wordt keihard gewerkt om deze pandemie te bestrijden en kwetsbare mensen te beschermen. Dankzij de inspanningen van velen is het gelukt om de capaciteit op de intensive care (IC) meer dan te verdubbelen, de testcapaciteit uit te breiden, cohortafdelingen in te richten en zorghotels op te zetten. Ook in instellingen waar kwetsbare mensen wonen – zoals ouderen of mensen met een beperking – worden enorme krachtingspanningen gevraagd. Zorgprofessionals leveren ongekennde prestaties.

Ik ga in deze brief onder andere in op de laatste stand van zaken met betrekking tot het testbeleid, de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen en medicijnen, de zorg voor kwetsbare mensen en internationale samenwerking om deze crisis het hoofd te bieden.

1. Maatregelen en adviezen

In mijn vorige brieven¹ · ² heb ik u al laten weten dat de maatregelen die tot en met 6 april waren afgekondigd, in ieder geval van kracht blijven tot en met 28 april. Het RIVM en het Outbreak Management Team (OMT) monitoren de situatie doorlopend en adviseren het kabinet over de stappen die genomen moeten worden om de uitbraak van het coronavirus, ook na 28 april, maximaal te kunnen controleren. In dit kader is het OMT op 14 april jl. opnieuw bijeengekomen om te adviseren over de huidige situatie. Het OMT-advies is bijgevoegd³.

¹ Kamerstuk 25 295, nr. 219.

² Kamerstuk 25 295, nr. 200.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Het OMT laat weten dat ons huidige pakket aan maatregelen op basis van de modellen effectief lijkt. In het volgende advies zal het OMT in ieder geval aandacht besteden aan het onderzoek naar besmetting bij kinderen en voorstellen doen met betrekking tot de volgende fase. Het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) heeft aangegeven graag mee te willen denken over de stappen binnen deze volgende fase, maar dat dit natuurlijk ook een politieke en maatschappelijke afweging blijft.

Er zijn drie ankerpunten die een rol spelen bij de volgende fase. De eerste is een acceptabele belastbaarheid van de zorg. Het aantal IC-opnames vakt weliswaar af, maar de druk op onze ziekenhuizen is nog steeds hoog. Zij moeten ook straks goede zorg aan zowel COVID-19 patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg kunnen leveren.

Het tweede ankerpunt is het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving. We zien in onze verpleeghuizen hoe ingewikkeld dat soms is. Ook het OMT heeft stilgestaan bij de situatie in verpleeghuizen en daarvoor aanvullende maatregelen geadviseerd die uitgewerkt worden. Het OMT beveelt in ieder geval aan dat zorgmedewerkers met klachten – als zij getest worden – in afwachting van de test en de testuitslag in principe thuis dienen te blijven. Alleen in uitzonderingsgevallen mogen essentiële zorgmedewerkers die niet vervangen kunnen worden en lichte klachten hebben in afwachting van de testuitslag werken met persoonlijke beschermingsmiddelen. Overleg met de werkgever is hierbij van belang. Hiermee doe ik ook mijn toezegging aan het lid Asscher (PvdA) uit het plenaire debat van vorige week (d.d. 8 april 2020) gestand (Handelingen II 2019/20, nr. 67, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus).

Het derde ankerpunt is het zicht houden op en het inzicht hebben in de ontwikkeling van de verspreiding van het virus.

Het is mogelijk dat in de volgende fase enkele maatregelen versoepeld kunnen worden, al kan dat ook betekenen dat we soms ook weer extra maatregelen moeten nemen om het virus maximaal te kunnen controleren. Een balans vinden tussen de maatregelen nemen die nodig zijn en het gewone leven zoveel mogelijk door laten gaan blijft ook in de komende maanden passen en meten.

Opvolging maatregelen en handhaving

Mensen zijn zich bewust van de maatregelen en houden zich er over het algemeen goed aan. De handhaving verloopt op enkele incidenten na nog steeds goed: de aanwijzingen van handhavers worden door vrijwel iedereen goed opgevolgd. Ook het Paasweekend is op enkele incidenten na goed verlopen. Op sommige plekken was het drukker vanwege het mooie weer en het langere weekend, maar over het algemeen heeft dit niet tot grote problemen geleid. In sommige regio's was het afgelopen weekend drukker bij meubelboulevards, tuincentra of bouwmarkten. In de meeste gevallen was dit goed beheersbaar, onder meer dankzij de maatregelen die de ondernemers zelf uit voorzorg al getroffen hadden.

In veel Veiligheidsregio's waren net als vorige week preventief maatregelen getroffen om mensen te ontmoedigen naar recreatiegebieden te komen (o.a. publiekscommunicatie en sluiting parkeerterreinen of toegangswegen). In het Paasweekend zijn er door de politie ongeveer 1800 boetes uitgeschreven. Er is ook veel gehandhaafd door mensen te waarschuwen en wijzen op de maatregelen. Vaak had dit voldoende effect. In totaal zijn er door de politie ongeveer 4000 bekeuringen uitgeschreven sinds het begin van de handhaving van de coronamaatregelen.

2. Testen, traceren en rapporteren

Vanaf 6 april is het testbeleid verruimd. Kort gezegd betekent dit dat zorgmedewerkers en patiënten uit risicogroepen met klachten in alle zorgsectoren getest kunnen worden. De richtlijnen voor het testen van professionals buiten het ziekenhuis zijn aangepast aan dit landelijke testbeleid (huisartsenpraktijk, gehandicaptenzorg, verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalige woonvormen, wijkverpleging en huishoudelijke hulp, ambulancedienst, verloskundigen en kraamzorg, geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg)⁴. In sommige sectoren of zorginstellingen kan thuis werken of tijdelijke aanpassing van het werk een oplossing zijn om het besmettingsrisico te beheersen.

Testbeleid: afname van testen

De GGD'en zijn vanaf 6 april gestart met het afnemen van testen bij zorgverleners die werkzaam zijn buiten het ziekenhuis. Ik begrijp van de GGD'en dat het aantal afgenomen testen iedere dag toeneemt. Dat is mooi nieuws. Ik heb de GGD'en gevraagd maximaal te doen wat nodig is om aan de vraag naar testen te kunnen voldoen. Vorige week heb ik de instellingen in de langdurige zorg hier per brief over geïnformeerd. Ik vind het namelijk van groot belang dat er geen belemmeringen worden ervaren voor zorgmedewerkers om zich te laten testen bij klachten. Ook zijn met politie en justitie afspraken gemaakt over het testen van agenten en DJI-medewerkers na spuugincidenten. Dit kan in overleg met de bedrijfsarts en als ze klachten hebben die gerelateerd zijn aan COVID-19. Testen worden ook afgenomen in ziekenhuizen, bij huisartsen en in andere zorginstellingen. Omdat zij ook een rol hebben bij het testen van patiënten met klachten ben ik in gesprek met huisartsen en GGD'en om te komen tot algemene uitgangspunten over wie welke patiënten test. Het testbeleid wordt enerzijds afgestemd op de rol die het kan spelen in de verschillende fases van de uitbraak, anderzijds op de beschikbare testcapaciteit. Het aantal gevalideerde laboratoria was in het begin van de uitbraak nog in opbouw en er was veel onzekerheid over levering van testmaterialen. Er is van het begin af aan ingezet op het vergroten van de hoeveelheid gevalideerde COVID-19 laboratoria (van initieel 2 centrale en 13 opschalingslaboratoria naar een 40-tal additionele laboratoria die stapsgewijs gevalideerd zijn of worden). Daarnaast hebben fabrikanten wereldwijd hun productie van materialen voor diagnostiek fors opgeschaald. Met de instelling van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit, de opdracht aan de Taskforce Diagnostiek en de aanstelling van de Speciaal Gezant ben ik steviger gaan sturen op de testcapaciteit en de beschikbare testen. Met bovenstaande reageer ik op de Kamervragen van het lid Asscher van 14 april jl.⁵ Het verruimde testbeleid leidde afgelopen weken tot een geleidelijke stijging van het aantal tests per dag. Begin april werden ca. 4000 tests per dag uitgevoerd, afgelopen week lag de piek op 6800 tests per dag (virologische dagstaten RIVM).

Testen op immuniteit

Het wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen de antistoffen tegen COVID-19 in het lichaam en de mate van immuniteit die een persoon heeft opgebouwd loopt wereldwijd door. Daarnaast zijn in Nederland bevolkingsonderzoeken gestart naar de verspreiding van het virus en de opbouw van immuniteit onder de bevolking. Ik verwacht de uitkomsten van deze bevolkingsonderzoeken binnen enkele weken.

⁴ <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/informatie-voor-professionals/buiten-ziekenhuis>

⁵ 2020Z06648

In het kader van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) is de Taskforce Serologie van start gegaan. Deze Taskforce werkt aan een plan van aanpak voor de inzet van serologische testen. Ook is de testcapaciteit en testmaterialen als het gaat om serologische testen in kaart gebracht. Er is voldoende laboratoriumcapaciteit voor meer dan 30.000 serologische testen per dag, echter de inzet hiervan is afhankelijk van de beschikbaarheid van tests. Ik bereid me voor op besluitvorming over de inzet van serologische testen in de volgende fase.

Testcapaciteit en testmaterialen

De LCT zorgt voor een meer centrale sturing op de testcapaciteit om te kunnen voldoen aan de behoefte aan tests die voortvloeit uit het landelijk testbeleid. Er zijn inmiddels meer dan 40 laboratoria medische microbiologie en enkele niet-medische laboratoria gevalideerd, of in het proces van validatie. Samen vormen zij het «labnetwerk COVID-19». Met de apparatuur van deze laboratoria zijn we in staat om 17.500 tests per dag (bij normale uren) tot 29.000 tests per dag (bij uitbreiding van de uren) uit te voeren. Ik benadruk echter opnieuw dat het afhangt van de levering van testmaterialen of we deze tests daadwerkelijk kunnen uitvoeren. In opdracht van de LCT wordt momenteel een capaciteitsmodel ontwikkeld. Dit model zal op wekelijkse basis inzicht geven in de gebruikte testcapaciteit en de beschikbare voorraden per laboratorium. Het model moet het mogelijk maken om de beschikbare capaciteit in de betrokken laboratoria zo goed mogelijk te benutten en indien nodig te herverdelen. Daarnaast moet het model tijdig inzicht bieden in dreigende tekorten, zodat er hierop snel geacteerd kan worden. Zoals eerder aangegeven kijkt de LCT bij dreigende tekorten naar oplossingen via herverdeling, inkoop en eigen productie. In sommige laboratoria is snel aanvulling van voorraden nodig. Bij een geleidelijk oplopende vraag naar testen verwacht ik landelijk gezien geen acute tekorten, maar het vergt komende weken grote inspanningen om de beschikbaarheid van de testmaterialen op orde te houden. Ook het inregelen van de hele keten tussen monsterafname, uitvoering van de tests en terugrapporteren van de resultaten vergt continue aandacht.

Aanvullend hierop kan ik melden dat het inzetten van andere testplatforms een deel van de oplossing kan bieden. Hierdoor wordt de afhankelijkheid van testmaterialen gespreid over meerdere leveranciers. Ik hecht eraan dat leveranciers van testmaterialen op de hoogte zijn van het nieuwe testbeleid. Diagned, de koepelorganisatie van fabrikanten en importeurs van testmaterialen voor diagnostiek, heeft de leveranciers van testmaterialen geïnformeerd over het nieuwe testbeleid. Daarnaast heeft het Ministerie van VWS een brief aan leveranciers van afnamemateriaal gestuurd met een toelichting op het testbeleid per 6 april. Ten slotte heeft ook de Speciaal Gezant dit signaal de afgelopen twee weken via zijn kanalen verspreid.

Dankzij inspanningen van de Speciaal Gezant heeft een aantal fabrikanten toegezegd om de levering van testkits te verhogen. Daarnaast heeft de Taskforce Diagnostiek in samenwerking met het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) centraal offertes opgevraagd voor extra levering van testmaterialen. Met dank aan deze inspanningen worden deze week nieuwe contracten afgesloten voor de centrale inkoop van testkits. Als deze conform toezeggingen daadwerkelijk worden geleverd, kunnen vanaf medio mei voldoende testen per dag worden uitgevoerd voor de te verwachten vraag.

We zetten ook in op productie van testmaterialen in eigen land. Sanquin is in opdracht van het Ministerie van VWS gestart met de productie van lysisbuffer. Daarbij maken zij gebruik van de receptuur die Roche beschikbaar heeft gesteld. Dit product kan gebruikt worden voor de RNA-extractie van het virus. Daarnaast wordt de fabricage van *well plates* ingericht in Nederland en zijn de grondstoffen besteld. De verwachting is dat de productie binnen een paar weken opgestart kan worden.

Naast de testkits om afgenomen testen te analyseren, zijn ook materialen nodig om testen af te nemen. Het afnamemateriaal bestaat uit swabs en buisjes met medium (vloeistof). Wat betreft swabs blijkt productie via 3D-printen kansrijk. Als de RIVM-validatie van de 3D-geprinte swabs succesvol verloopt, kunnen er vanaf volgende week 10.000 per dag worden geproduceerd, oplopend tot 30.000 swabs per dag eind april. Andere (aanvullende) alternatieven worden eveneens gevalideerd en bij positief resultaat eveneens binnen een paar weken in productie worden genomen. De Speciaal Gezant en het LCH hebben zich ook ingezet voor een meer zekere levering van buisjes medium. We verwachten dat binnen twee weken medium kan worden geproduceerd voor 21.000 testen per dag ten behoeve van Nederland. De productie kan binnen een maand worden opgeschaald naar 42.000 buisjes medium per dag. Ik blijf me inzetten voor het vergroten van de beschikbaarheid van testmaterialen en streef ernaar dat deze beschikbaarheid geen belemmerende factor is in de overwegingen rond het Nederlandse testbeleid.

Vorbereidingen beleid «testen, traceren en thuis rapporteren»

Zoals ik in mijn brief van vorige week meldde, bereid ik me voor op het beleid van testen, traceren en thuis rapporteren. Dit is een belangrijke pijler in de volgende fase. Vooruitlopend hierop werk ik aan een aantal scenario's waarbij stapsgewijs nieuwe doelgroepen toegang kunnen krijgen tot testen op besmetting. Hiertoe is inzicht in de reeds beschikbare en potentiële testcapaciteit essentieel. Het gaat daarbij om groepen die vanuit maatschappelijk en economisch oogpunt prioriteit krijgen om bij klachten uitsluitel te krijgen of zij wel of niet besmet zijn, zodat zij niet onnodig verplicht thuis hoeven te blijven. Het testen van deze groepen moet uitvoerbaar zijn, waarvoor het van belang is dat er inzicht is in de vraag naar testen in de praktijk in relatie tot de omvang van potentiële doelgroepen.

Traceren

Zoals vorige week aangegeven ben ik voornemens om het bron- en contactonderzoek te ondersteunen met de inzet van apps. Ik let hierbij op de relatie met de inzet van tests: of iemand die een signaal krijgt dat hij of zij in de nabijheid is geweest van een besmet persoon, ook getest kan worden, hangt ervan af of hij/zij tot één van de doelgroepen behoort voor wie testen op besmetting mogelijk is geworden.

Slimme digitale oplossingen ter ondersteuning voor de volgende fase

Het OMT heeft mij op 6 april geadviseerd om de mogelijkheden voor ondersteuning van bron- en contactopsporing met behulp van mobiele applicaties te onderzoeken. Dit om contacten sneller te kunnen informeren, het bereik van het contactonderzoek te vergroten en belasting van de GGD te reduceren. Ik heb daarom op 7 april aangekondigd dit te gaan verkennen.

Sinds die aankondiging heb ik veel adviezen en aanbiedingen ontvangen. Er zijn ook kritische geluiden, bijvoorbeeld als het gaat om voldoende aandacht voor privacy, voor mogelijk misbruik door bijvoorbeeld

werkgevers en voor informatiebeveiliging. Ik ben blij met alle adviezen. Snelheid mag zorgvuldigheid niet in de weg staan. Digitale oplossingen kunnen alleen worden ingezet als alle waarborgen adequaat zijn ingevuld. En net zo belangrijk: de inzet van digitale oplossingen moet noodzakelijk en zinvol zijn in de bestrijding van het COVID-19 virus.

Daarom betrek ik zo veel mogelijk experts op alle relevante expertisegebieden en betracht de grootst mogelijke transparantie in het proces om te komen tot digitale hulpmiddelen. Hieronder neem ik u mee in het doel van de apps en het proces om op korte termijn te komen tot goed functionerende apps die voldoen aan de benodigde waarborgen. Ik voldoe hiermee aan motie van het lid Jetten c.s.⁶ over «het geven van duidelijkheid aan het parlement over de inzet van apps, waarbij het uitgangspunt is dat de inzet proportioneel is en de apps voldoen aan bestaande wetgeving, zoals de AVG, en de Autoriteit Persoonsgegevens betrokken zal worden bij de uitwerking». Ik beschouw hiermee tevens de vragen van het lid Verhoeven⁷ als beantwoord.

Het doel van de beoogde «tracking en tracing» app is het terugbrengen van de tijd tussen een bewezen besmetting en de signalering van mogelijke andere door betrokkene geïnfecteerde personen. De GGD blijft het «reguliere» contactonderzoek gewoon uitvoeren en dit proces is leidend. Apps zijn hier alleen ondersteunend aan en kunnen naar verwachting bijdragen aan het terugbrengen van de tijd die nodig is voor het onderzoek en leiden tot vollediger inzicht. In de bijlage is gevisualiseerd hoe die ondersteuning eruit zou kunnen zien⁸.

De GGD verwacht met de inzet van apps eerder en meer mensen te bereiken. Met het vergroten van het bereik neemt de totale inzet van de GGD dan ook niet af. De GGD heeft een aantal uitgangspunten meegegeven waaraan een tracking en tracing app moet voldoen. Het gaat hier om uitgangspunten als het alleen waarschuwen na objectieve bevestiging van een COVID-19 infectie om misbruik te voorkomen, het bieden van het juiste handelingsperspectief aan mensen die in contact zijn geweest met een geïnfecteerde persoon en het aanpasbaar zijn van de gekozen app aan nieuwe wetenschappelijke of praktische inzichten.

Hoewel er op meerdere plekken in de wereld apps in gebruik zijn genomen is er op dit moment nog weinig (wetenschappelijk) bewijs voor hun effectiviteit. Simulatiemodellen en eerste wetenschappelijke inzichten suggereren wel dat, zelfs bij beperkt gebruik, een app kan bijdragen aan het reduceren van de tijd tussen besmetting en aan signalering van andere geïnfecteerden⁹. Tijdens de ingebruikname van de apps zal ik onderzoek laten doen naar hun effectiviteit en volg ook de buitenlandse ontwikkelingen. Nieuwe inzichten kunnen verwerkt worden of eventueel leiden tot het staken van het gebruik.

Afgelopen zaterdag 11 april heb ik een uitnodiging gedaan aan leveranciers en experts om te komen met voorstellen voor werkende oplossingen. De consultatie liep tot dinsdag 14 april en heeft 750 reacties opgeleverd, waarvan 660 daadwerkelijke voorstellen die in selectie zijn gebracht. Ik heb uitgangspunten meegegeven die niet ter discussie staan en die ook door onder meer de coalitie «veiligtegen corona.nl» en een

⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 223

⁷ 2020Z06655

⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁹ Ferretti, L., et al. (2020). «Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing.» Science. DOI: 10.1126/science.abb6936.

grote coalitie van wetenschappers zijn ingebracht¹⁰. Zo dienen de oplossingen puur en alleen ter ondersteuning van het reguliere werk van de GGD, mogen gegevens niet tot individuen herleidbaar zijn en is de inzet per definitie tijdelijk.

Op dit moment wordt bekeken welk ingediende voorstellen voldoen aan de uitgangspunten van de GGD én invulling geven aan de eisen ten aanzien van bijvoorbeeld informatie- en dataveiligheid, privacy en nationale veiligheid, die op basis van de uitgangspunten zijn geformuleerd en in de tabel hieronder zijn opgenomen. Ik heb mij hierbij laten adviseren door deskundigen van binnen en buiten de overheid. Voor de functionele criteria heb ik de GGD, het RIVM en andere vertegenwoordigers uit de medische wereld betrokken. Voor de niet-functionele eisen heb ik mij onder andere laten adviseren door de NCTV, het NCSC, het College voor de Rechten van de Mens, de Autoriteit Persoonsgegevens en door de coalitie «veiligtegen corona.nl».¹¹

Eisen aan digitale oplossingen

1. Herleiding naar een persoon is onmogelijk.
2. Broncode en ontwerp van de app zijn beschikbaar.
3. De app moet makkelijk en veilig te downloaden zijn.
4. Alle communicatie is bewijsbaar veilig.
5. De match van ziektemeldingen met recente contacten gebeurt op de eigen telefoon of elders volledig anoniem.
6. De app is tenminste in het Nederlands en het Engels beschikbaar.
7. Er is geen centrale opslag van persoons- of locatiegegevens.
8. De app communiceert op basis van gangbare en open standaarden.
9. De gebruiker kan de applicatie verwijderen en dan worden ook alle gegevens verwijderd.
10. De leverancier van de applicatie biedt de mogelijkheid om updates uit te voeren.
11. De aanbieder verklaart dat de app voldoet aan geldende wet- en regelgeving (Avg, etc).

Na de beoordeling van de voorstellen op 15 en 16 april blijft er naar verwachting een shortlist over van ongeveer 5 apps die het meest geschikt lijken. Om die geschiktheid te bevestigen zal in het weekend van 18 en 19 april een «publieke beproeving» (in de vorm van een appathon) plaatsvinden. De resterende leveranciers (en hun werkende prototypes) zullen gedurende het hele weekend door experts vanuit verschillende invalshoeken worden beproefd en bevestigd. De broncode van de producten zal beschikbaar zijn voor toetsing. Iedereen die wil kan komend weekend digitaal meekijken en mee adviseren. De Autoriteit Persoonsgegevens zal de deelnemende inzendingen beoordelen en stuurt deze beoordelingen maandag 20 april naar het Ministerie van VWS. Het expertadvies, het publieksoordeel en het oordeel van de AP overwegende, zal – zo is nu de verwachting – het kabinet op 21 april een besluit kunnen nemen over de volgende stappen.

¹⁰ Op 13 april hebben 60 wetenschappers in een brief aan het kabinet over het gebruik van tracking en tracing apps (Zie <http://allai.nl/wp-content/uploads/2020/04/Online-versie-Brief-Minister-President-Rutte-Ministers-De-Jonge-Van-Rijn-Grapperhaus-de-heer-Sijbesma-inzake-COVID-19-tracking-en-tracing-en-gezondheidsapps.pdf>).

¹¹ De coalitie «veiligtegen corona.nl» bestaat uit deskundigen op het gebied van informatietechnologie, computerbeveiliging, privacy en de bescherming van fundamentele grondrechten. Deze coalitie heeft 10 uitgangspunten benoemd waar een tracking en tracing app aan moet voldoen. <https://www.veiligtegen corona.nl/>

De publieke beproeving van het aankomende weekeinde ziet niet op apps die thuis rapporteren ondersteunen omdat het mijn eis is dat deze er al zijn en al in de zorg gebruikt worden. In mijn brief van volgende week zal ik u nader informeren over de selectie van oplossingen voor thuis rapporteren.

Europese ontwikkelingen omtrent apps

De Europese Commissie heeft op 8 april jl. een Aanbeveling gepubliceerd waarin zij oproept tot een Pan-Europese aanpak voor het gebruik van apps bij de bestrijding van COVID-19 en als onderdeel van een exit-strategie. Daartoe heeft de Europese Commissie gezamenlijk met de EU-Lidstaten in het eHealth Netwerk een zogenaamde Toolbox opgesteld waarvan voornemens is dat vandaag (15 april) een eerste versie is afgerond. De Toolbox is een handleiding met overeengekomen principes die landen (vrijwillig) kunnen gebruiken bij de ontwikkeling en selectie van potentiële apps. Belangrijk aspecten daarin zijn de waarborg voor privacy en informatiebeveiliging en de mogelijkheid voor grensoverschrijdende interoperabiliteit. Ondanks het feit dat de ontwikkeling van de Europese Toolbox en de nationale ontwikkelingen parallel plaatsvinden, heb ik reeds maximaal rekening gehouden met de principes uit de Europese concept Toolbox in de Uitnodiging en de randvoorwaarden. Dat heb ik ook gedaan door intensief bij te dragen aan de totstandkoming van deze Toolbox en in gesprekken met andere lidstaten.

Met bovenstaande tekst ben ik ook ingegaan op een deel van de vragen van de leden Verhoeven (D66), Wilders (PVV), Buitenweg (GroenLinks), Futselaar (SP), Kuiken (PvdA), Van der Graaf (CU), Ouwehand (PvdD), Van Otterloo (50Plus), Azarkan (DENK), Stoffer (SGP), Baudet (FVD), Van Kooten-Arissen en Van Haga¹². Ik zal de resterende antwoorden nog separaat doen toekomen.

Rapportage overledenen

De cijfers die RIVM dagelijks om 14:00 uur rapporteert zijn afkomstig van de registratie van meldingsplichtige ziekten. COVID-19 is zo'n meldingsplichtige ziekte, dus deze cijfers geven een compleet beeld van alle laboratorium bevestigde besmettingen met het coronavirus in Nederland. Deze kunnen worden uitgesplitst naar in het ziekenhuis opgenomen en overleden patiënten. Ook is het mogelijk een inschatting te geven van het aantal COVID-19-patiënten dat in een instelling woont. Verdenkingen van COVID-19 die niet zijn bevestigd door laboratoriumonderzoek, zijn niet in deze registratie meegenomen. Door het Consortium Huisartsgeneeskunde (de 8 universitaire vakgroepen huisartsgeneeskunde) is een initiatief genomen om deze verdenkingen door huisartsen te laten registreren. Dit betreft dan patiënten die intensieve en palliatieve COVID-19-zorg van huisartsen hebben ontvangen buiten het ziekenhuis. Het consortium verwacht in de week van 20 april de eerste landelijke resultaten te kunnen delen. Het RIVM is blij met deze registratie door de huisartsen en zal komende periode in overleg met de koepels van de huisartsen en het NIVEL bezien hoe de registratie representatief en betrouwbaar op nationale schaal wordt. In de verpleeghuiszorg worden verdenkingen op COVID-19 ook geregistreerd in het elektronisch cliënten dossier (ECD). Ook deze cijfers zullen binnenkort beschikbaar komen op landelijk niveau.

¹² 2020Z06536

Hiermee doe ik ook mijn toezegging aan de PVV gestand dat ik terug zou komen op de aangehouden motie van het lid Wilders die de regering verzoekt te bewerkstelligen dat artsen met terugwerkende kracht mensen die vermoedelijk aan het coronavirus zijn overleden als «vermoedelijk coronavirus» te registreren.¹³

3. Onderzoek

Er zijn veel initiatieven die op zoek gaan naar een behandeling voor COVID-19. Dat varieert van inzet van bestaande geneesmiddelen, studies naar nieuwe middelen, andere behandelingen en uiteraard vaccins. We vinden het belangrijk dat er tempo gemaakt kan worden met dit soort onderzoeken. Hier dragen we aan bij door enerzijds door internationale samenwerking en het snel delen van informatie en wetenschappelijke inzichten. We kijken actief waar we internationale activiteiten kunnen ondersteunen, ook in samenwerking met de Europese Unie of andere landen. Anderzijds door in Nederland initiatieven en studies verder te helpen. Ik heb grote waardering voor alle energie en creativiteit die we bij onderzoekers aantreffen. Natuurlijk moeten klinische studies, zogenaamde «clinical trials», volgens de spelregels en zorgvuldig verlopen (goede toetsing op studieopzet en medisch-ethische toetsing), maar we ontvangen signalen dat alle actoren in de meewerkstand staan om processen en besluitvorming snel te laten plaatsvinden. Een specifiek punt hierbij is dat we niet alleen aandacht hebben voor de klassieke studies in de curatieve sector (veelal uitgevoerd in en door ziekenhuizen), maar dat er ook aandacht is voor studies die ook de populatie van de verpleeghuizen includeren. Het kabinet stelt € 42 miljoen beschikbaar (VWS/ZonMw € 20 miljoen, OCW/NWO € 15 miljoen, EZK/TNO € 2 miljoen en Topsector Life Science and Health € 5 miljoen) voor onderzoek naar voorspellende diagnostiek en behandeling, patiënt en zorg, en maatschappelijke dynamiek. De eerste € 5,5 miljoen is inmiddels ingezet voor onderzoeken die mogelijk een direct effect hebben op de volksgezondheid. Deze maand nog zal op mijn verzoek ZonMw samen met NWO duidelijkheid geven over het onderzoeksprogramma COVID-19.

Vaccinontwikkeling

Het zo snel mogelijk ontwikkelen van veilige en effectieve vaccins tegen COVID-19 heeft de hoogste prioriteit. Een vaccin is immers een absolute voorwaarde om het virus de wereld uit te krijgen. Alleen door de krachten internationaal te bundelen, kunnen we het proces versnellen. Hierin is open science en open acces ook van groot belang. Nederland blijft actief bijdragen aan alle initiatieven van onder meer de WHO en de EU, die van belang zijn voor de ontwikkeling van een dergelijk vaccin. De WHO inventariseert de initiatieven op het gebied van COVID-19 -vaccinontwikkeling. Op 11 april jl. telde de WHO wereldwijd 70 initiatieven waarbij er van drie de eerste fase van klinisch onderzoek is gestart.¹⁴ Voor een vierde vaccin zal deze fase spoedig van start gaan. Het ontwikkeltraject van een vaccin duurt normaal gesproken tussen de 10 en 20 jaar. Voor een COVID-19 vaccin gaat men nu uit van een traject van 12 tot 18 maanden door onder andere onderzoeksstappen in het proces te verkorten, gelijktijdig uit te voeren en procedures te bespoedigen. Hierbij kan gedacht worden aan het starten van klinisch onderzoek voordat alle preklinische data beschikbaar zijn en starten met het opschalen van productie tijdens uitvoering klinische studies. Dit brengt overigens financiële risico's met zich mee, omdat niet alle vaccins uiteindelijk op de

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 222

¹⁴ https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Novel_Coronavirus_Landscape_nCoV_11April2020.PDF?ua=1

markt gaan komen. Er zijn verschillende typen kandidaat-vaccins die worden onderzocht, waarbij onderzoekers soms van nieuwe, nog niet vaak in vaccins toegepaste technologieën gebruik maken. Andere vaccins die worden ontwikkeld zijn meer traditioneel van aard. Welke vaccins het meest kansrijk zullen zijn, is niet op voorhand duidelijk. Mogelijk komen er verschillende typen vaccins op de markt, zoals een calamiteitenvaccin dat op de korte termijn gebruikt kan worden voor bijvoorbeeld medewerkers in de gezondheidszorg. Andere typen vaccins zijn meer geschikt voor inzet op grote schaal en op de langere termijn. Waar mogelijk worden – ook in Nederland – procedures verkort. Zo is er sinds 31 maart jl. een snellere vergunningsprocedure voor bedrijven en laboratoria die medicijnen en vaccins met genetisch gemodificeerde organismen willen testen. In Nederland worden verschillende onderzoeken naar diverse typen vaccins uitgevoerd, zoals door het Erasmus MC, het UMC Utrecht, Intravacc en Janssen Vaccines & Prevention in Leiden. Ik bezie of er naast de internationaal beschikbare onderzoeksgelden noodzaak is om veelbelovende Nederlandse initiatieven rond vaccinontwikkeling in Nederland te ondersteunen.

In het debat van 8 april jl. heb ik laten weten dat er breder vanuit de EU geïnvesteerd wordt in de ontwikkeling van een vaccin tegen COVID-19. Uw Kamer heeft mij gevraagd dit in deze brief nader toe te lichten. U bent eerder geïnformeerd over de bijdrage van Nederland aan vaccinonderzoek via de *Coalition on Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI), een innovatief wereldwijd partnerschap tussen openbare, particuliere, filantropische en maatschappelijke organisaties. Inmiddels kan ik u melden dat Nederland hier € 50 miljoen aan bij zal dragen.

Ook via de Europese Commissie (EC) draagt Nederland indirect bij aan vaccinontwikkeling. De EC heeft de volgende bedragen beschikbaar gesteld:

- € 93,5 miljoen investering in vaccinonderzoek vanuit het Horizon 2020 programma, dit gaat buiten CEPI om. Het gaat om een call van € 48,5 miljoen voor 18 projecten waarbij voor 9 projecten Nederlandse partijen mee doen. Daarnaast heeft de EC € 45 miljoen bijgedragen aan het Innovative Medicines Initiative, waarbij ook € 45 miljoen wordt verwacht van de industrie.
- € 80 miljoen voor een lening aan CureVac, een biofarmaceutisch bedrijf¹⁵;
- € 50 miljoen reguliere bijdragen aan CEPI in 2020.

Hiermee geef ik ook invulling mijn toezegging aan het lid Pieter Heerma (CDA) uit het plenaire debat van vorige week (d.d. 8 april jl.) met betrekking tot de bijdrage aan vaccinontwikkeling.

Vanuit diverse andere EU-lidstaten wordt ook bijgedragen aan CEPI. In mijn brief van 31 maart jl. noemde ik 430 miljoen dollar.¹⁶ Daar is sindsdien € 0,8 miljoen vanuit Luxemburg en € 5 miljoen vanuit België bijgekomen. Hiermee had CEPI op 6 april 2020 690 miljoen dollar binnen (hier is de Nederlandse € 50 miljoen nog niet in meegeteld), wat circa 80% is van de 875 miljoen dollar aan onderzoeksgelden die CEPI nodig acht voor 2020. Voor 2021 is nogmaals een bedrag nodig van 750 miljoen tot 1 miljard dollar. Dat betekent dat er totaal tussen de 1,5 tot 2 miljard dollar beschikbaar moet komen voor vaccinontwikkeling. Ook in de volgende onderzoeksfase zal Nederland gaan investeren. De hoogte hiervan wordt mede bepaald door de invulling van het virtuele *pledging event* voor

¹⁵ Zie Kamerstuk 25 295, nr. 200 voor een verdere toelichting op de € 92,5 en € 80 miljoen.

¹⁶ Voor de bedragen van de toen bijgedragen EU-lidstaten verwijs ik naar bijlage C van 31 maart 2020.

onder meer onderzoek naar diagnostiek, behandeling en vaccinontwikkeling dat de voorzitter van de Europese Commissie en de voorzitter van de Europese Raad hebben aangekondigd.¹⁷ Zodra hier meer duidelijkheid over komt vanuit de EC, informeer ik uw Kamer hierover.

De ontwikkeling van vaccins is een aanzienlijke uitdaging, maar het opschalen van de productie, de distributie en het toedienen van de vaccins vergt evenzeer een enorme inspanning. Er is mondiaal geen mechanisme om de productie van vaccins en de toegankelijkheid daarvan te regelen. CEPI roept wereldleiders op om dit op te pakken.¹⁸ Vanuit dat perspectief noem ik ook graag de miljardeninvestering van de Bill & Melinda Gates Foundation voor de bouw van zeven fabrieken om de productie van de meest veelbelovende vaccins mogelijk te maken. Zij zetten in op zeven fabrieken, omdat, zoals al eerder in deze brief is genoemd, niet te voorspellen is welk type vaccin tegen COVID-19 uiteindelijk wordt goedgekeurd. In de EU vinden informele verkennende gesprekken plaats over wat er moet en kan gebeuren nadat een werkend vaccin is gevonden en hoe de toegankelijkheid en betaalbaarheid van het vaccin kan worden geborgd. Ik ondersteun deze Europese aanpak volledig. Dat sluit een Nederlandse bijdrage echter niet uit. In Nederland hebben we enkele faciliteiten voor de productie van vaccins. Ik zal nagaan of deze faciliteiten voldoende zijn toegerust, om te voldoen aan een eventuele vraag om het vaccin grootschalig te produceren. Waar nodig en mogelijk zal ik de randvoorwaarden voor deze productie van een COVID-19- vaccin faciliteren.

Het ontwikkelen, produceren en distribueren van vaccins is een complex internationaal traject met vele spelers vanuit de onderzoekswereld, de farmaceutische industrie, overheden, filantropische partijen en internationale organisaties. Ik zet hier niettemin ten volle op in. Om de Nederlandse kennis, ervaring en faciliteiten zo doelmatig mogelijk in te zetten en het Nederlandse belang internationaal te verzekeren, heb ik Feike Sijbesma gevraagd om zich in zijn rol als Speciaal Gezant ook in te zetten voor vaccinontwikkeling tegen COVID-19.

4. Persoonlijke beschermingsmiddelen

a) Beschikbaarheid van beschermingsmiddelen in de zorg

Het LCH heeft mij vandaag, woensdag 15 april jl. laten weten dat zij sinds de start van het LCH op 27 maart jl. substantiële aantallen van producten heeft uitgeleverd aan de ziekenhuizen, huisartsen, ambulances, GGD-en en via de ROAZ aan langdurige zorginstellingen. Het LCH heeft onder andere bijna 20 miljoen chirurgische mondkmaskers, bijna 3 miljoen FFP2/FFP3 maskers, bijna 9,5 miljoen handschoenen en meer dan 1 miljoen jassen en schorten uitgeleverd. Met de start van het nieuwe verdeelmodel levert het LCH hulp- en beschermingsmiddelen conform het nieuwe verdeelmodel.

Stand van zaken inkoop

Ook heeft het LCH de Minister voor MZS laten weten inmiddels grote bestellingen te hebben geplaatst voor verschillende beschermingsmiddelen: in totaal meer dan 75 miljoen chirurgische maskers en bijna 75

¹⁷ <https://www.consilium.europa.eu/nl/press/press-releases/2020/03/26/statement-by-president-michel-and-president-von-der-leyen-after-the-g20-video-conference-on-covid-19/>

¹⁸ https://www.nature.com/articles/d41586-020-01063-8?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+nature%2Frss%2Fcurrent+%28

miljoen adembeschermingsmaskers (FFP1, FFP2, FFP3), 12,5 miljoen jassen en schorten en bijna 75 miljoen handschoenen.

Met deze bestellingen zijn de tekorten nog niet opgelost, maar worden in combinatie met initiatieven om productie in Nederland op te starten, de vooruitzichten beter. Het is evenwel belangrijk om te beseffen dat levering van beschermingsmiddelen nog steeds met onzekerheid is omgeven. Ten eerste moeten de bestelde beschermingsmiddelen in voorkomende gevallen worden geproduceerd, daarna worden opgeleverd en vervolgens moeten ze, vaak uit Azië via een luchtbrug naar Nederland worden vervoerd, wat gepaard met meerdere logistieke schakels die tijd en inzet vergen. Daarnaast worden alle leveringen ook aan een kwaliteitscontrole onderworpen in het opslagcentrum van het LCH, voordat ze kunnen worden verspreid onder de zorginstellingen. Deze kwaliteitscontrole wordt uitgevoerd op de dag van binnenkomst in het opslagcentrum van het LCH.

Het LCH heeft als hoofdtaak het inkopen van hulp- en beschermingsmiddelen voor de Nederlandse gezondheidszorg. De internationale markt van hulp- en beschermingsmiddelen wordt op dit moment gekenmerkt door een enorme mondiale vraag, waardoor schaarste is ontstaan. Door de schaarste zijn de prijzen gestegen ten opzichte van de situatie van voor de uitbraak van het Covid-19 virus. De vele aanbiedingen die het LCH ontvangt worden zorgvuldig gecontroleerd op onder meer de kwaliteit, hoeveelheid, beschikbaarheid en locatie. Het LCH opereert zonder winstoogmerk en probeert zo veel mogelijk reguliere leveranciers te gebruiken.

Daar waar er geen schaarste is aan producten, maar een zorgaanbieder op zoek is naar nieuwe leveranciers, kan het LCH hierin adviseren. In het geval van beademingsapparaten zorgt het LCH ervoor dat de apparaten die door VWS zijn ingekocht, worden geleverd aan de ziekenhuizen die door het LCPS zijn aangewezen.

In het Kamerdebat van 8 april jl. werd aandacht gevraagd voor de beschikbaarheid van beschermingsmiddelen bij de industrie. Er zijn door bedrijven en instellingen de afgelopen weken al veel hulpmiddelen gedoneerd, danwel centraal danwel decentraal aan zorginstellingen. VNO-NCW en MKB-Nederland zullen een oproep doen aan andere bedrijven die dit nog niet gedaan hebben dit voorbeeld te volgen. Evenwel geldt voor sommige vitale industrie dat zij zelf ook beschermingsmiddelen nodig hebben. Ook om essentiële producten voor de zorgsector te maken.

Met bovenstaande acht ik ook Kamervragen van het lid Jansen (PVV) van 14 april 2020 ook voldaan.¹⁹

b) Verdeelmodel

Alle mensen die werken in de zorg, binnen en buiten het ziekenhuis, moeten erop kunnen rekenen dat zij hun werk veilig kunnen doen met voldoende beschermingsmiddelen. Dit heeft de Minister voor MZS ook benadrukt in zijn gesprek met de vakbonden van 14 april jl. Er is nog steeds sprake van een mondiale schaarste aan beschermingsmateriaal. Het is daarom belangrijk dat nieuwe voorraden beschermingsmiddelen daar terecht komen waar ze het meest nodig zijn, en dat alle zorgmedewerkers het beschermingsmiddel gebruiken dat past bij de handelingen die zij uitvoeren. Hieronder ga ik in op het verdeelmodel, de beschik-

¹⁹ 2020Z06635

baarheid van beschermingsmiddelen in de zorg, de kwaliteit, mogelijkheden tot hergebruik, en de productie in Nederland

De Minister voor MZS heeft om die reden, in overleg met zorgpartijen, een nieuw verdeelmodel opgesteld voor een betere verdeling van beschermingsmiddelen over en binnen alle regio's. Tot nu toe was de verdeling van middelen sterk gebaseerd op het uitgangspunt dat patiënten vooral in de acute zorg terecht zouden komen, waarbij een deel van de middelen voor andere sectoren, waaronder de langdurige zorg, en voor noodsituaties, beschikbaar was. Deze insteek past niet meer bij de actuele situatie, waarin steeds meer instellingen in de langdurige zorg hebben moeten besluiten om COVID-19-patiënten te isoleren, of aparte cohortafdelingen in te richten waar deze patiënten behandeld kunnen worden. Daarnaast lopen medewerkers uit de verpleeghuizen, huisartsenzorg, wijkverpleging, thuiszorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg, verloskunde en maatschappelijke opvang risico's als zij gevraagd worden om zorg te verlenen bij (mogelijke) COVID-19-patiënten. Dat vraagt om een betere verdeling van de beperkte middelen.

In de nieuwe systematiek gaat het niet zo zeer om een verdeling over sectoren, maar om een verdeling op basis van besmettingsrisico's in bepaalde behandelingsituaties. Voor de besmettingsrisico's voor personeel en cliënten maakt het immers uit hoe risicovol de behandeling is en hoeveel contact er is. Uitgangspunt is dat waar dezelfde risico's zijn ook dezelfde bescherming nodig is en beschikbaar moet zijn. Deze inzichten worden gecombineerd met gegevens van het aantal besmette personen op wie die handeling betrekking heeft en de behoefte aan materialen zoals die in regionaal verband worden verzameld. De expertise van de GGD-GHOR, het RIVM, het Landelijke Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en deskundigen uit de verschillende zorgsectoren is hierbij gebundeld. Dit model zal de komende weken worden doorontwikkeld op basis van de praktische ervaring en inzichten van experts. Daarbij worden ook de feitelijke ontwikkelingen in het aantal en de spreiding van COVID-19 patiënten in de verdeling betrokken.

Dit nieuwe verdeelmodel moet helderheid bieden voor veldpartijen en is sinds maandag 13 april jl. doorgevoerd. Het gaat allereerst om mondkapjes, maar zal ook worden benut voor andere materialen. Gelet op bijvoorbeeld het dreigende tekort aan isolatiejassen heeft de Minister voor MZS het RIVM inmiddels verzocht ook een richtlijn op te stellen voor het gebruik van jassen en schorten. Voor een verdeling naar behoefte is het ook belangrijk dat de verschillende middelen in de praktijk op een gepaste manier gebruikt worden, conform RIVM-richtlijnen. Daarvoor zijn inmiddels diverse *factsheets* voor de zorgsector ontwikkeld en gepubliceerd op de website van de rijksoverheid. De sterk vergrote testcapaciteit en het verruimde testbeleid dragen ook bij aan een gepast gebruik van beschermingsmiddelen.

Als zorgaanbieders beschermingsmiddelen nodig hebben, kunnen zij hiervoor een bestelling plaatsen bij hun regionale ROAZ-coördinator. Hiervoor is een portaal ingericht voor aanvragen en uitgifte van hulpmiddelen, die dit weekend van start is gegaan. De verdeling vindt plaats per ROAZ-regio. Daarbij wordt gekeken naar de behoefte en de beschikbare voorraad. Op basis hiervan maken de ROAZ-coördinatoren een regionale toedeling per dag. Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) zorgt vervolgens dat de middelen worden geleverd aan de zorgaanbieders. Zorginstellingen kopen in voorkomende gevallen ook nog zelf schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen in via eigen leveranciers. Dat past binnen de huidige afspraken, mits zorginstellingen de inkoop via hun

eigen kanalen ook betrekken bij wat ze daarbovenop nog aanvragen bij het centrale verdeelsysteem, en niet meer bestellen dan ze nodig hebben. De schaarse middelen moeten immers zo zorgvuldig mogelijk worden verdeeld.

Hiermee geef ik invulling aan de motie van 8 april jl. van het lid Asscher (PvdA)²⁰ over het op de kortst mogelijke termijn instellen van een landelijke regie voor alle zorgsectoren buiten het ziekenhuis en zo de regie te nemen voor het maken van duidelijke richtlijnen voor de zorg voor COVID-19-patiënten voor beschermende middelen en overige noodzakelijke materialen en de spreiding hiervan en samen met organisaties in de zorg de bekendheid en duidelijkheid van richtlijnen voor zorgmedewerkers te vergroten. Tevens geef ik invulling aan mijn toezegging uit het debat van 8 april jl. om voor Pasen te komen met een model ten aanzien van de verdeling van schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen over de verschillende zorgsectoren, en mijn toezegging om met de Minister voor MZS en betrokken partijen (zoals LNAZ, LCH en GGD-GHOR NL) een praktische handleiding op te stellen voor een evenwichtige verdeling van maskers. Tot slot geef ik hiermee ook invulling aan de motie van het lid Wilders (PVV) over voldoende beschermingsmaterialen voor alle zorgmedewerkers op de kortst mogelijke termijn.²¹

In het gesprek van de Minister voor MZS met de vakbonden van 14 april jl. is ook aan de orde gekomen dat het van belang is dat, als er volgens de RIVM-richtlijnen zorg moet worden verleend maar geen passende beschermingsmiddelen voorhanden zijn, zorgverleners in gesprek gaan met hun werkgever over alternatieven. Als dit geen oplossing biedt, is het belangrijk melding te maken bij de Inspectie SZW en/of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Met bovenstaande acht ik ook de Kamervragen van het lid Kerstens (PvdA) van 14 april 2020 beantwoord.²²

c) Kwaliteit persoonlijke beschermingsmiddelen

De bescherming van de gezondheid van werknemers is een groot goed. Werknemers in zorginstellingen zijn ongerust over de kwaliteit van persoonlijke beschermingsmiddelen. Bij de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen staat de veiligheid voorop.

Persoonlijke beschermingsmiddelen moeten een conformiteitsbeoordelingsprocedure doorlopen. Dit kost tijd. Die tijd is er nu niet. Daarom heeft de Europese Commissie recentelijk een aanbeveling uit laten gaan (EU 2020/403) op grond waarvan tijdelijk niet-CE-gemarkeerde persoonlijke ademhalingsbeschermingsmiddelen (en andere persoonlijke beschermingsmiddelen) op de markt kunnen worden toegelaten, indien aan een aantal criteria is voldaan en in afwachting van de latere conformiteitsprocedure. Om te voorkomen dat er onveilige beschermingsmiddelen op de markt worden aangeboden, heeft de Commissie bepaald dat de markttoezichthouder, in casu de Inspectie SZW, moet vaststellen of deze middelen voldoen aan de essentiële veiligheids- en gezondheidseisen. Het betreffen hier alleen persoonlijke beschermingsmiddelen die tijdelijk zijn toegelaten voor uitsluitend het professionele gebruik door gezondheidswerkers.

²⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 228

²¹ Kamerstuk 25 295, nr. 220

²² 2020Z06633

De inspectie SZW werkt daartoe samen met het LCH om extra doorlooptijd te voorkomen. Om te voorkomen dat er doublures ontstaan en omdat het RIVM een testfaciliteit heeft ingericht, voert het RIVM de voorgeschreven tests uit ten aanzien van de ademhalingsbeschermingsmiddelen die door het LCH geleverd worden. Hierbij testen wij zowel de pasvorm als de kwaliteit van het filtermateriaal.

In de afgelopen weken is gebleken dat een deel van de aangeschafte ademhalingsbeschermingsmiddelen (FFP2) niet volledig blijkt te voldoen aan de prestatie-eisen die zij claimen. Het RIVM heeft van een aantal mondneusmaskers geconstateerd dat deze met een aanvullende gebruikersinstructie om het masker passend te maken op het gezicht wel te gebruiken zijn. Daarnaast zijn bepaalde mondneusmaskers niet te gebruiken in de setting met de hoogste bescherming omdat het filtermateriaal niet aan deze hoge eisen voldoet waar ze normaal voor bedoeld zijn, maar wel in een setting waar, conform de richtlijnen van het RIVM, met een lager beschermingsniveau gewerkt kan worden omdat het blootstellingsrisico daar lager is.

Ondanks het feit dat deze procedure (waaronder testen door RIVM en aanvullende RIVM-richtlijnen voor een aangepast gebruik van deze middelen) niet geheel conform de wettelijke vereisten is, heeft de Staatssecretaris van SZW, gelet op de uitzonderlijke situatie, ermee ingestemd dat deze handelwijze wordt gevolgd en dat de Inspectie SZW tijdelijk de door het RIVM gehanteerde normen en instructies voor gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen als uitgangspunt hanteert bij de invulling van haar toezichtstaken. Dit geldt ook voor het hergebruik van mondneusmaskers en beschermende disposable isolatiekleding (isolatiejassen, pakken, schorten en coveralls). De Minister voor MZS richt het proces in, mede op basis van de richtlijnen van het RIVM, zodat aan een verantwoord beschermingsniveau wordt voldaan.

d) Hergebruik mondmaskers en isolatiejassen

Hergebruik mondmaskers

Zoals ik in mijn vorige Kamerbrief heb gemeld, is het RIVM op verzoek van de Minister voor MZS bezig om de verschillende initiatieven met betrekking tot hergebruik van mondmaskers in kaart te brengen. Hierbij ligt in eerste instantie de focus op FFP2 maskers. Het RIVM heeft afgelopen week een expertbijeenkomst georganiseerd om kansrijke methodes voor hergebruik aan te wijzen. Zowel stoomsterilisatie bij 121 graden als sterilisatie met waterstofperoxide kwamen daarbij naar voren als processen die bekend en beschikbaar zijn in veel zorginstellingen. Volgens het RIVM kan hergebruik via stoomsterilisatie ertoe leiden dat per ziekenhuis per dag enkele duizenden mondmaskers behandeld kunnen worden. Bij sterilisatie met waterstofperoxide kunnen per ziekenhuis per dag enkele honderden maskers behandeld worden, aldus het RIVM. Dit is in lijn met de resultaten uit eerder onderzoek van het RIVM.

De Minister voor MZS heeft het RIVM gevraagd om het onderzoek uit te breiden naar overige FFP maskers en chirurgische mondmaskers. Hiermee is het RIVM direct aan de slag gegaan, en de resultaten volgen in de komende weken. In overleg met zorginstellingen wordt bezien of het mogelijk is om hergebruik verder op te schalen. Ook komt het RIVM deze week nog met een advies voor het hergebruik van brillen.

Hergebruik isolatiejassen

Er is in overleg met het Ministerie van VWS, het RIVM en GGD GHOR Nederland gezocht naar een mogelijkheid om gebruikte isolatiekleding op grote schaal te kunnen steriliseren. Uiteindelijk bleek er in Nederland een bedrijf te zijn die dit op grote schaal toe kan passen en per direct capaciteit beschikbaar heeft. Samen met drie grote wasserijen in Nederland, die gezamenlijk voor bijna alle ziekenhuizen ook al de was verzorgen, zijn vervolgens afspraken gemaakt om de gebruikte isolatiekleding heen en terug van het ziekenhuis naar dit bedrijf te krijgen. Ziekenhuizen bieden hiervoor de gebruikte isolatiekleding op de gebruikelijk manier, zoals ook bij vuil wasgoed, aan bij de wasserijleverancier. Vervolgens zorgt de wasserij voor het transport van en naar de sterilisatie-locatie. Met dit proces kunnen 24/7 gebruikte isolatiejassen worden gesteriliseerd, met een maximum van 15.000 jassen per dag. Op dit moment worden de laatste logistieke stappen afgerond, waarna de service deze week beschikbaar zal zijn voor ziekenhuizen. Hierover zal ik de betrokken koepels in de komende dagen informeren. De verantwoordelijkheid voor het wel of niet hergebruiken van disposable isolatiejassen, en daarbij gebruik te maken van sterilisatie via bijvoorbeeld gammastraling, ligt bij de zorginstelling. Ik roep de zorginstellingen op deze service te gebruiken om zo een bijdrage te leveren aan het oplossen van de landelijke tekorten. Ik ga met dezelfde partijen in gesprek om te kijken of deze service ook voor andere zorginstellingen beschikbaar kan worden gesteld.

e) Productie in Nederland

Productie van mondmaskers

In mijn vorige Kamerbrief heb ik u gemeld dat naar schatting de komende weken 7 miljoen mondmaskers worden geproduceerd. Met verschillende bedrijven worden nu contracten afgesloten, waaronder het bedrijf L-Mesitran en een consortium bestaande uit de bedrijven Afpro, Auping en DSM. De productie start binnenkort. Ik verwacht dat vanaf begin mei ongeveer 1,2 miljoen FFP2 maskers per week kunnen worden geproduceerd. Waarschijnlijk kan deze productie verder worden opgeschaald naar 1,5 miljoen stuks per week. Voorwaarde is steeds dat de mondmaskers voldoende veilig zijn. Er is op dit moment grondstof beschikbaar voor de productie van 12 miljoen mondmaskers (FFP2) en er wordt komende tijd gezocht naar grondstoffen om de productie verder uit te bouwen.

Om de afhankelijkheid van productie en import van beschermingsmiddelen uit niet-EU landen nog verder te verminderen, ondersteunt het Ministerie van VWS – in nauwe samenwerking met de Minister van EZK – verschillende nieuwe initiatieven om de nationale productie van beschermingsmiddelen op te starten voor zowel chirurgische maskers als FFP2 maskers, als de opstart van productie van isolatiejassen en andere beschermingsmiddelen zoals «faceshields» (gezichtsmaskers) en spatbrillen. Waar nodig is er bereidheid om afnamegaranties te bieden voor een vooraf bepaalde periode, opdat de bedrijven in kwestie de kosten voor de opstart terug kunnen verdienen. Alle afnamegaranties zijn op voorwaarde dat de kwaliteit van de producten voldoet aan de wettelijke kwaliteits- en beschermingsnormen in Europa.

Met bovenstaande acht ik ook Kamervragen van de leden Hijink en Marijnissen (beiden SP) van 14 april 2020 beantwoord.²³

²³ 2020Z06628

Productie van geneesmiddelen in Nederland

De IGJ brengt de mogelijkheden van productie van geneesmiddelen in Nederland in kaart. De IGJ kijkt hierbij naar de bedrijven die een fabriektenvergunning hebben voor de productie van geneesmiddelen voor mensen of dieren die steriel moeten zijn (steriel = vrij van micro-organismen). Dit zijn geneesmiddelen die via een infuus of injectie worden toegediend. Op dit moment is sprake van een bovengemiddeld verbruik van steriele geneesmiddelen vanwege de behandeling van COVID-19-patiënten.

Het gaat om ongeveer vijftien fabrikanten waarvan ongeveer tien fabrikanten voor humane geneesmiddelen en vijf van veterinaire geneesmiddelen. Een aantal van deze fabrikanten heeft aangegeven bereid te zijn om een deel van hun productiecapaciteit in te zetten voor de productie van geneesmiddelen waarvoor tekorten dreigen. Het is wel goed om te beseffen dat deze fabrikanten niet van de ene op de andere dag in staat zijn om geneesmiddelen te produceren die ze nog niet eerder gemaakt hebben. Ze dienen bijvoorbeeld te beschikken over de juiste bereidingsvoorschriften, apparatuur en testmethodes. Ook dienen de benodigde grondstoffen verkrijgbaar te zijn.

Om deze inschatting te kunnen maken voor de IC-medicatie, brengt de IGJ de fabrikanten in contact met het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG). Samen beoordelen zij of de mogelijkheid bestaat tot productie van de gevraagde geneesmiddelen, voorbeelden hiervan zijn propofol en midazolam. Ook een aantal belangrijke grondstofleveranciers in Nederland is inmiddels benaderd, en medewerking is waar nodig geboden. Ook onderzoekt de IGJ de mogelijkheden voor productie van andere geneesmiddelen waarvan het gebruik toeneemt, zoals antibiotica en heeft hiervoor al enkele bedrijven benaderd. Het is van belang dat de geproduceerde geneesmiddelen veilig en kwalitatief goed zijn.

5. Zorg voor patiënten in de curatieve sector

De COVID-19-epidemie en de gezondheidszorg die benodigd is om patiënten op te vangen, heeft al enkele weken onze volle aandacht. De epidemie heeft effect op de zorgverlening in alle sectoren. In de eerste en tweedelijns curatieve zorg is er in grote getalen afgeschaald om zorg te kunnen leveren aan COVID-19-patiënten en om het risico op besmetting tegen te gaan.

Zoals ik eerder in deze brief heb aangegeven, blijkt uit het OMT-advies dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames op basis van de eerste ziektedag afvlakt c.q. een daling laat zien die naar verwachting zal doorzetten. Een IC-bezetting van circa 1200 IC-bedden (700 COVID- en 500 non-COVID-bedden) waarbij er kwalitatief goede IC-zorg kan worden gegeven binnen de reguliere IC-afdelingen wordt naar verwachting rond 1 mei bereikt. Dat geeft ruimte om na te denken over het weer opschalen van de zorg, te beginnen met de urgente planbare zorg die nu is uitgesteld. En dat is ook noodzakelijk, om ervoor te zorgen dat mensen weer de zorg ontvangen die ze nodig hebben en om te voorkomen dat er meer gezondheidsschade ontstaat door uitstel.

We zien dat mensen als gevolg van de omgangsregels in de samenleving zoveel mogelijk thuisblijven en proberen de zorg zo min mogelijk te belasten. We merken dat Nederlanders terughoudend zijn geworden om vragen over hun gezondheid aan hun huisarts of behandelend arts te stellen. Het is belangrijk dat mensen weten dat ze, ook tijdens de coronacrisis, contact moeten blijven opnemen met hun zorgverlener.

Dit kan zowel de huisarts zijn als een andere behandelaar. Ook tijdens de coronacrisis geldt:

- Bent u of uw naaste bezorgd over uw gezondheid? Twijfelt u of iets kwaad kan? Of worden uw klachten erger? Bel uw (huis)arts over uw klachten of zoek contact via internet of e-mail.
- De (huis)arts bekijkt samen met u wat in uw situatie het beste is.

Vorige week heeft de Minister voor MZS de NZa gevraagd om regie te voeren op het weer opschalen van de zorg. Er vindt nu ook non-COVID-19 zorg plaats, maar minder dan voorheen. Ik vind het belangrijk dat zo snel als mogelijk en verantwoord is, weer verder wordt opgeschaald, zodat ook deze patiënten de zorg ontvangen die ze nodig hebben. Het oppakken van de reguliere zorg moet wel zorgvuldig en veilig gebeuren. Natuurlijk moet hierbij ook rekening worden gehouden met het beschikbaar blijven van voldoende COVID-19 capaciteit (zowel IC als buiten de IC) en voldoende IC-capaciteit in den brede. Of zorg weer kan worden opgeschaald hangt ook van andere factoren af. Dit moeten we op een gestructureerde manier aanpakken om te voorkomen dat de druk op de zorg in termen van mensen, middelen en capaciteit te hoog oploopt. Het is belangrijk om in beeld te brengen op welke manier dit op een gestructureerde manier kan worden aangepakt. Daarbij gaat het om de volgende zaken die hiervoor noodzakelijk zijn en waarover ik u in de komende brieven op de hoogte houd.

a) Aandacht voor een goede balans

Er is in de laatste weken terecht veel aandacht geweest voor de belasting van het zorgpersoneel als gevolg van de COVID-19-epidemie. Ik vind het belangrijk dat we hier zowel nu als straks, bij het weer opschalen van de zorg, expliciet aandacht voor hebben. Het is van groot belang dat we rekening houden met de draagkracht van het personeel waarop nu zo'n zwaar beroep wordt gedaan. Opschalen doen we dus met respect voor de grenzen die er zijn aan de inzet van de zorgverleners, die in de afgelopen periode al een topprestatie hebben geleverd en die hun inzet ook weer naar een normaal niveau moeten kunnen terugbrengen. Hun inzetbaarheid na zo'n zware periode zal mede bepalend zijn voor de snelheid waarmee kan worden opgeschaald en wordt nadrukkelijk meegenomen in de plannen. We leggen daarbij ook de verbinding met extrahandenvoorzorg.nl waar heel veel aanmeldingen zijn om als zorgprofessional te helpen.

Daarnaast is het belangrijk dat zij hun werk veilig kunnen doen, met inachtneming van de beschikbare middelen en testcapaciteit en waar mogelijk gebruik makend van nieuwe digitale mogelijkheden en zorg op afstand. Want vanzelfsprekend maakt de zorg ook onderdeel uit van de 1,5 metersamenleving. We bespreken met het veld hoe zij hier in de praktijk vorm aan gaan geven.

b) Inzicht in de omvang van het vraagstuk

De NZa brengt het vraagstuk in kaart in overleg met de relevante veld- en overheidspartijen. De NZa kijkt naar alle delen van de curatieve zorg en geeft inzicht in de (bovenregionale of landelijke) knelpunten om de reguliere zorg doorgang te laten vinden en welke stappen hiervoor nodig zijn. Dat kan bijvoorbeeld te maken hebben met de afgeschaalde capaciteit in zorginstellingen, maar ook de afname van het aantal consulten en verwijzingen bij de huisarts. Daarbij richt zij zich in eerste instantie op de huisartsenzorg en de medisch-specialistische zorg, maar ook andere sectoren (onder meer eerstelijns zorg, paramedische zorg,

mondzorg, revalidatiezorg en ggz) worden meegenomen. Ook de IGJ, het Zorginstituut Nederland en het RIVM zijn bij dit traject betrokken.

Op dit moment maakt de NZa met partijen aan de hand van data inzichtelijk hoeveel reguliere zorg gebruikelijk in deze periode geleverd wordt en hoeveel er op dit moment geleverd wordt. Dit biedt een indicatie van de zorgterugval. Daarbij gaat het om harde cijfers, zoals de terugval in het aantal verwijzingen en inzicht in minder handelingen in het ziekenhuis. De NZa heeft afspraken gemaakt met verschillende ziekenhuizen om inzichtelijk te maken wat zij aan uitgestelde zorg verwachten en hoe en in welke volgorde zij de zorg weer kunnen opstarten.

Ook is de NZa in samenwerking met het Zorginstituut en medisch professionals bezig met het indelen van de verschillende typen zorg naar het tijdsbestek waarbinnen deze moeten plaatsvinden. Bijvoorbeeld zorg die binnen een aantal weken moet worden geleverd en zorg waarbij uitstel geen direct effect heeft. Ook is hierbij aandacht voor ook de nazorg (na COVID-19).

c) Wat gebeurt landelijk en wat gebeurt regionaal?

Om de zorg zo effectief mogelijk doorgang te laten vinden heeft de NZa vorige week aangegeven dat zij zoveel mogelijk gebruik wil maken van bestaande landelijke en regionale structuren en initiatieven. De NZa brengt deze landelijke en regionale structuren en initiatieven in kaart en vraagt zorgverzekeraars, medisch professionals en zorgaanbieders om hun initiatief te delen. Dit gebeurt onder andere via het meldpunt bij de NZa en via uitvragen bij relevante partijen. Het is belangrijk om te differentiëren tussen wat regionaal en lokaal kan en wat landelijk nodig is. Dit is belangrijk omdat de uitwerking per regio om een andere oplossing kan vragen. Een element van een regionale aanpak kan bijvoorbeeld zijn dat ziekenhuizen aan huisartsen in hun adherentiegebied laten weten welke planbare zorg wanneer weer wordt opgestart. Goede samenwerking met de ketenpartners, bijvoorbeeld binnen het ROAZ en de primaire zorgverzekeraar in een regio, zijn hierbij essentieel. Tegelijkertijd moet worden gekeken naar de prioritering in de te verlenen zorg, waarbij ook landelijke afstemming- en coördinatievraagstukken zoals we dat nu zien bij het Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS) aan de orde kunnen zijn. Een goede balans tussen beide niveaus en samenwerking van bestaande en nieuwe initiatieven draagt bij aan het effectief doorgang laten vinden van de zorg.

d) Communicatie

Ten slotte heeft de NZa aangegeven dat zij samen met alle partijen zo snel als mogelijk de communicatie richting patiënten en burgers wil opzetten. Het is daarbij belangrijk dat het een gezamenlijke boodschap is zodat het voor patiënten snel duidelijk wordt waar zij met hun zorgvraag terecht kunnen.

6. Zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis

De directeuren publieke gezondheid (DPG-en) van de GGD-regio's zijn samen met de zorgpartijen in de regio de afgelopen weken voortvarend aan de slag gegaan om voldoende plekken te realiseren voor kwetsbare patiënten buiten het ziekenhuis, de vraag en het aanbod voor deze plekken op elkaar af te stemmen en een coördinatiepunt te doen in te richten voor de toeleiding van kwetsbare patiënten naar een passende plek. In veel regio's zijn initiatieven gestart om de capaciteit te verhogen en opvang te bieden aan kwetsbare patiënten. Dit gebeurt deels in

bestaande instellingen door het inzetten van bestaande (of onbenutte) capaciteit (Corona-units), deels door het realiseren van extra capaciteit (Coronacentra) in (tijdelijke) locaties. Zo heb ik begin deze week een bezoek gebracht aan een zorghotel voor coronapatiënten in Zuid-Limburg. Ik heb bewondering voor het werk dat daar in korte tijd is opgezet om zorg voor kwetsbaren in een hotel te bieden, waarbij wordt samengewerkt door verschillende organisaties en disciplines.

Duidelijkheid over de financiering van (tijdelijke) zorglocaties (waaronder o.a. project- en inrichtingskosten) en de geleverde zorgverlening is nodig om de voortgang bij het realiseren van voldoende capaciteit te waarborgen. Met Zorgverzekeraars Nederland, de NZa, de directeuren Publieke Gezondheid en ActiZ zijn op 9 april afspraken gemaakt met als doel deze duidelijkheid te geven. Het betreft afspraken over de wijze van besluitvorming, financiering en het inrichten van een werkbaar proces. Samen met DPG-en bezie ik de noodzaak voor afspraken met gemeenten.

Op dit moment is er landelijk voldoende capaciteit gerealiseerd. Op dit moment zijn volgens opgave van GGD-GHOR 4.930 bedden gerealiseerd en kan verder worden opgeschaald met nog eens 3.283 bedden (peildatum 10-4, update 15-4). DPG-en werken daarbij toe naar een slim opschaalbaar systeem van regionale capaciteit dat meebeweegt met de feitelijke vraag zoals deze zich regionaal en landelijk ontwikkelt. Op 14 april heb ik opnieuw overleg met de DPG-en gevoerd en heb ik geconstateerd dat de regionale coördinatie voortvarend is opgepakt. De DPG-en werken met ondersteuning van het landelijke bureau GGD GHOR en het LOT-c aan een informatievoorzieningssysteem over regionale prognoses van de vraag naar – en het beschikbare aanbod van plekken buiten het ziekenhuis. Op 15 april is een eerste versie gerealiseerd. Dit systeem zal de komende weken verfijnd worden om vraag en aanbod regionaal goed op elkaar aan te blijven sluiten.

Ik verwacht dat de voorziene capaciteit en coördinatie de komende twee weken tot volledige implementatie zal komen.

7. Beschikbaarheid geneesmiddelen

De Minister voor MZS zet alles op alles om geneesmiddelentekorten te voorkomen. De uitgangspunten daarbij zijn een actueel inzicht creëren in vraag en aanbod (voorraden), het in staat stellen van marktpartijen om de acties te nemen die zij nodig achten en het maximaal inzetten van passende overheidsmaatregelen.

Geneesmiddelen voor patiënten met COVID-19

De rapportages van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) geven inzicht in de huidige voorraad van vier categorieën essentiële IC-medicatie (sedativa, pijnbestrijding, spierrelaxantia en «overig»), maar ook in de toevoer die groothandels, fabrikanten en bereiders verwachten op termijn. Dit biedt mogelijkheden om tijdig maatregelen te treffen om tekorten te voorkomen.

Op basis van de laatste rapportage van het LCPS stelt het LCG dat voor alle vier de categorieën essentiële IC-medicatie op dit moment gemiddeld voldoende voorraden zijn (meer dan 14 dagen). Dit beeld wordt dagelijks geactualiseerd, waarbij ook de bezettingsgraad van de IC bedden wordt meegenomen.

Het LCG coördineert ook de aankoop van geneesmiddelen of grondstoffen uit het buitenland, om zo ook de toekomstige voorraad te borgen. Vorige week meldde ik u dat bij een stijging van de bezettingsgraad van IC bedden naar 1800 er mogelijk een beperkte voorraad noradrenaline zou zijn. Inmiddels heeft het LCG initiatieven ondernomen om de eigen bereidingen door Nederlandse ziekenhuisapotheken te vergroten. Dat heeft ertoe geleid dat de voorraad van noradrenaline sterk gestegen is. Ook is er additionele voorraad aan grondstof beschikbaar gekomen. Ook brengt de IGJ potentiële fabrikanten van geneesmiddelen in contact met het LCG.

Het LCG kijkt op dit moment met bijzondere aandacht naar propofol. De reden daarvoor is dat zowel de aanvoer van propofol op middellange termijn (>3–4 weken) als de omvang van gebruik in ziekenhuizen nog onvoldoende zekerheden kent. Propofol is geen reguliere bereiding van de producerende ziekenhuisapotheken. Het LCG onderzoekt de mogelijkheden om de voorraad aan propofol verder aan te sterken.

De Minister voor MZS neemt met maatwerk voorzorgsmaatregelen zodat ook in de huidige marktomstandigheden Nederland een aantrekkelijke afzetmarkt blijft voor relevante geneesmiddelen. Daarom wordt de wettelijke maximumprijs voor het geneesmiddel midazolam losgelaten. Midazolam is een belangrijk geneesmiddel bij de behandeling van patiënten met COVID-19. Het Meldpunt Geneesmiddeltekorten en -defecten heeft eerder aangegeven dat er een risico is op tekorten voor dit middel, onder meer door de sterk toegenomen vraag. Ook zijn er signalen over een verwachte stijging in de (internationale) inkooprijzen door deze toegenomen vraag. Gegeven deze ontwikkelingen en de noodzaak tot toegang tot dit middel voor de behandeling van COVID-19, is het van belang dat de wettelijke maximumprijs geen belemmering vormt voor de inkoop en het aanleggen van voorraden. Daarom wordt tijdelijk afgezien van de vaststelling van een wettelijke maximumprijs voor dit specifieke middel. Het LCG is ook actief bezig met het opschalen van de productie van midazolam in Nederland.

Midazolam wordt, net als enkele andere IC-middelen, ook gebruikt buiten de ziekenhuizen, bijvoorbeeld bij behandeling in de thuissituatie of in verpleeghuizen. Het is belangrijk om de beschikbaarheid van midazolam en andere geneesmiddelen voor alle patiënten – binnen en buiten de ziekenhuizen – te borgen. Hier is, in overleg met onder andere het LCG en de KNMP, aandacht voor. Op basis van de huidige informatie is er op dit moment voldoende midazolam beschikbaar voor gebruik in de thuissituatie en in verpleeghuizen.

Ook in Europees verband worden maatregelen genomen om tekorten te voorkomen. Eerder heeft de Europese Commissie een inventarisatie uitgevoerd bij de lidstaten voor welke geneesmiddelen er tekorten zijn of worden verwacht. Geneesmiddeltekorten worden ook bijgehouden door het Europese industry-SPOC systeem. De Europese aanpak is gericht op samenwerking. De Europese Commissie heeft op 8 april 2020 richtsnoeren²⁴ gepubliceerd waarin de lidstaten worden aangespoord – vanuit oogpunt van solidariteit – de onderlinge exportbeperkingen voor medicijnen op te heffen en (disproportionele) voorraadvorming tegen te gaan om een tekort aan geneesmiddelen elders in Europa te voorkomen. Hierbij wordt ook aangegeven dat exportbeperkingen de werking van de interne markt belemmeren. Daarnaast is de Europese Commissie is een gezamenlijke inkoopprocedure gestart voor een aantal geneesmiddelen

²⁴ <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication-commission-guidelines-optimal-rational-supply-medicines-avoid.pdf>

ter behandeling van COVID-19. Nederland heeft hier in beginsel positief op gereageerd en ingeschreven op remdesivir.

Onderzoek en (experimentele) behandeling patiënten met COVID-19

Er wordt op veel vlakken gezocht naar een behandeling voor COVID-19. Dat varieert van inzet van bestaande geneesmiddelen, tot studies naar nieuwe middelen, andere behandelingen en uiteraard vaccins. Er is veel waardering voor alle energie en creativiteit die we bij de onderzoekers aantreffen. Samenwerking is hierbij van groot belang. Een mooi voorbeeld is het versnelde onderzoeksprogramma binnen Horizon 2020 waarin 18 projecten zijn geselecteerd met 151 partners uit verschillende landen. Nederlandse partijen doen actief mee in deze projecten. Ook op nationaal niveau wordt er samengewerkt. In Nederland wordt het COVID-19 onderzoek gecoördineerd door ZonMW, in samenwerking met bijvoorbeeld NWO en het Ministerie van VWS.

We vinden het belangrijk dat veelbelovende onderzoeken versneld vertaald worden naar de kliniek, bijvoorbeeld in de vorm van klinische studies. Deze studies moeten veilig en verantwoord worden ingericht, in lijn met de daarvoor geldende wet- en regelgeving. Er wordt getracht deze procedures zo snel, maar zorgvuldig, mogelijk te laten verlopen. We zijn alle instanties dan ook erkentelijk voor het harde werk wat ze hierin verrichten. Hierbij willen we ook aandacht hebben voor studies die patiënten uit verpleeghuizen includeren, zodat bij succesvolle uitkomsten van dergelijke studies ook direct gekeken kan worden naar mogelijkheden voor toepassingen in verpleeghuizen. Zo wordt kostbare tijd gewonnen en tegelijkertijd wel de noodzakelijke zorgvuldigheid betracht. In Nederland zijn er inmiddels de nodige klinische studies opgestart. Hieronder lichten we toe wat er nu op dit vlak in Nederland gebeurt.

De Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) geeft behandelopties met medicijnen bij patiënten met COVID-19 en draagt zorg voor het steeds actualiseren van deze behandelopties naar de laatste stand der wetenschap en praktijk. Er zijn op dit moment drie middelen bekend waarvoor op basis van laboratoriumonderzoek (in-vitro data) gezegd kan worden dat dat zij mogelijk iets zouden kunnen betekenen tegen SARS-CoV-2 (het coronavirus). Dat zijn chloroquine, hydroxychloroquine en remdesivir. Inmiddels lopen in Nederland elf goedgekeurde klinische onderzoeken naar middelen die mogelijk kunnen worden gebruikt bij de behandeling van COVID-19. Naast onderzoek naar chloroquine, hydroxychloroquine en remdesivir wordt er onderzoek gedaan naar de middelen tocilizumab, imatinib en IFX-1. Ook worden COVID-19 patiënten meegenomen in een onderzoek dat verschillende behandelopties voor longontstekingen onderzoekt. In twee andere studies wordt de inzet van Bacillus Calmette-Guérin vaccinatie onderzocht. Verder wordt de inzet van plasma van genezen COVID-19 patiënten en het gebruik van specifieke neutraliserende antilichamen onderzocht. Nederlandse ziekenhuizen leveren ook gegevens aan de Europese DisCoVeRy trial waarin vijf behandelstrategieën onderzocht op effectiviteit en veiligheid.

Ten slotte, op 8 april jl. vroeg het lid Wilders (PVV) mij navraag te doen over de casus waarin een huisarts aangaf patiënten te hebben genezen door ze experimenteel te behandelen met een combinatie van geneesmiddelen. Ik heb, zoals toegezegd tijdens het debat, hierover navraag gedaan bij de IGJ. Op woensdag 8 april 2020 heeft de inspectie inderdaad de betrokken huisarts en apotheker telefonisch benaderd en met hen gesproken over de door hen voorgeschreven en verstrekte geneesmiddelen. In deze gaat het om de middelen hydroxychloroquine, azithromycine en zinkorotaat.

De inspectie hanteert als lijn dat zorgaanbieders in deze crisissituatie de ruimte hebben om de zorg op afwijkende manieren te organiseren, mits hierbij het bieden van veilige en verantwoorde zorg voorop staat. In deze zaak geldt dat voor de inspectie de veiligheid voorop staat. Als een arts een middel voorschrijft voor een andere indicatie dan waarvoor het door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen is geregistreerd, dan betreft het een off-label toepassing. Dit is in de Geneesmiddelenwet apart benoemd en alleen toegestaan als er een richtlijn bestaat die is opgesteld door deskundigen. Het betreft hier potentieel risicovolle behandelingen met een combinatie van geneesmiddelen. De beroepsverenigingen hebben daarom een richtlijn opgesteld waarin aangegeven wordt dat (hydroxy)chloroquine bij Covid-19 alleen gebruikt dient te worden bij bepaalde patiënten met een ziekenhuisindicatie. De betreffende huisarts moet zich houden aan deze behandelrichtlijn. De inspectie heeft hem hierop gewezen en ook aangegeven dat het verboden is om door aanprijzende uitingen via (sociale) media reclame te maken voor een – voor deze indicatie – ongeregistreerd geneesmiddel. Wanneer chloroquine niet volgens de richtlijnen wordt voorgeschreven, dreigt er tevens een tekort voor de mensen die het middel echt nodig hebben.

Ook in tijden van crisis is het nodig dat er een wetenschappelijke basis is voor het toepassen van geneesmiddelen. Zoals benoemd in deze brief, lopen er op dit moment verschillende studies die de werkzaamheid en veiligheid van verschillende geneesmiddelen op patiënten met COVID-19 onderzoeken. Ondanks de goede bedoeling, moeten de arts en apotheker uit Limburg wachten op de resultaten van dit onderzoek, voordat op eigen initiatief wordt gestart met de behandeling van COVID19-patiënten.

8. Zorg voor kwetsbare mensen

De maatregelen die we nemen zijn erop gericht om kwetsbare mensen buiten het ziekenhuis te beschermen. Bij deze aanpak hanteer ik steevast de volgende concrete uitgangspunten: beperken fysieke en sociale contacten ter bescherming van kwetsbare mensen; zorgcontinuïteit en voldoende opvang van kwetsbare mensen; maatregelen voor personeel en kwetsbare mensen; sociale initiatieven stimuleren: omzien naar elkaar. In het onderstaande ga ik in op de aanpak per sector en waar nodig wordt verwezen naar voorgaande paragrafen.

a) Verpleeghuiszorg

Ik besef dat het volhouden van het beperkte contact enorm veel vergt, zowel voor bewoners als hun naasten. Je partner, kind, vader of ouder niet kunnen bezoeken valt in een moeilijke tijd als deze extra zwaar. Juist in deze situatie en in de laatste levensfase waarin mensen in het verpleeghuis verkeren, is er een diepe behoefte aan zingeving en betekenisvolle relaties. Dat geldt ook voor mensen met (vergevoerde) dementie voor wie de situatie extra verwarrend is. De zorgmedewerkers die dag en nacht klaar staan voor de bewoners verdienen alle waardering voor hun werk in deze moeilijke en psychisch belastende omstandigheden.

In het navolgende ga ik in op i) de huidige maatregelen, ii) zicht op de ontwikkelingen, iii) ondersteuning aan aanbieders en zorgmedewerkers, en iv) de volgende fase.

i. Huidige maatregelen

Verpleeghuizen worden hard geraakt door de verspreiding van COVID-19. In verpleeghuizen is sprake van een toenemend aantal besmettingen onder bewoners en hun zorgverleners. Het gaat om een groep uiterst kwetsbare personen die meestal in groepsverband met elkaar in het verpleeghuis wonen. Deze groep mensen is helaas gevoelig voor besmettingen, ook treedt hier sterkte op die veel hoger ligt dan anders het geval is.

Het kabinet heeft eerder maatregelen genomen om bewoners en zorgmedewerkers te beschermen. Deze zijn de afgelopen weken op onderdelen aangepast. Zoals ik eerder in deze brief heb aangegeven, benadrukt het OMT in zijn advies van 14 april jl. het belang van goede infectiepreventiemaatregelen in verpleeghuizen met naast adequaat gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen ook aandacht voor algemene hygiënemaatregelen. De volgende maatregelen zijn nu van toepassing:

- Algemene hygiëne maatregelen volgens de richtlijnen van het RIVM.
- Bezoekregeling: wij hebben moeten besluiten dat de bewoners vooralsnog geen bezoek mogen ontvangen. Dat was een moeilijk besluit, omdat het hard ingrijpt in het leven van de mensen. In de laatste (palliatieve) fase is het wel mogelijk om afscheid te nemen en er is een uitzondering opgenomen voor vrijwilligers die structureel helpen in verpleeghuizen.
- Testbeleid: de sectoren buiten het ziekenhuis, waaronder de verpleeghuizen, sluiten aan bij het algemene beleid. Het testbeleid voor medewerkers is vanaf 6 april verruimd en medewerkers met klachten en direct patiëntencontact kunnen zich melden. Hiertoe hebben de GGD'en testfaciliteiten ingericht en opgeschaald. Ook is het testbeleid voor bewoners verruimd. In de richtlijn van Verenso geldt nu als uitgangspunt dat iedere patiënt met een verdenking op COVID-19 wordt getest, ook na 1 à 2 positief geteste bewoners per afdeling, unit, of woongroep om de behandeling en bescherming daarop zo goed af te stemmen.
- Persoonlijke beschermingsmiddelen: in het nieuwe verdeelmodel is het uitgangspunt dat bij gelijke handelingen en risico's gelijke bescherming nodig is. Ook zorgmedewerkers in verpleeghuizen moeten veilig hun werk kunnen doen met de juiste beschermingsmiddelen, of het nu gaat om aerosolvormende handelingen, cohortverpleging of bij verpleging, verzorging en begeleiding van individuele COVID-19 patiënten. Het OMT stelt dat het uit voorzorg gebruiken van persoonlijke beschermingsmiddelen bij bewoners zonder (verdenking op) COVID-19 niet nodig is en gelet op de aanhoudende schaarste van persoonlijke beschermingsmiddelen ook niet gewenst.
- Verpleging van COVID-19 patiënten (volgens het behandeladvies van Verenso): bewoners bij wie de ziekte is geconstateerd, of van wie de artsen vermoeden dat zij de ziekte hebben, worden geïsoleerd verpleegd. Dit gebeurt op een 1-persoonskamer of afhankelijk van de situatie via cohortverpleging. Dit bevordert een goede verpleging en goed gebruik van beschermingsmiddelen. Het OMT adviseert voorts dat medewerkers bij voorkeur niet op verschillende locaties dienen te werken om zo het risico op overdracht te verminderen.
- Er is extra capaciteit buiten het ziekenhuis georganiseerd in de regio. In paragraaf 6 ben ik ingegaan op de stand van zaken.

Bovengenoemde maatregelen zijn in nauwe samenspraak met de koepelorganisaties, beroepsgroepen, het RIVM, IGJ en GGD GHOR Nederland ontwikkeld en uitgevoerd. Met deze partijen heb ik vanaf het begin van deze crisis structureel dagelijks overleg over: wat er speelt, wat

er nodig is, wat we moeten doen en waar bijstelling nodig is. Daarnaast is er ook vanuit VWS periodiek en direct contact met zorgaanbieders om van hen te vernemen wat de uitvoeringspraktijk is, goede voorbeelden en zorgen die zij hebben. Het gaat dan om de volgende vragen: i) ervaring testbeleid, ii) ervaring bpm, iii) uitvoering van adviezen/richtlijnen, iv) ervaring bezoekersregeling, v) goede praktijken van liefdevolle zorg.

De IGJ onderhoudt telefonisch contact met de zorgaanbieders van verpleegzorg. Het streven is dat de IGJ periodiek met alle zorgaanbieders belt en vraagt naar de uitvoeringspraktijk. Als er signalen zijn, dan informeert de inspectie of de zorginstelling de zorg die nodig is nog georganiseerd krijgt, of er voldoende beschermingsmiddelen zijn en of de organisatie is aangesloten bij de regionale structuren. Als er bij de zorgverlening risico's ontstaan voor de veiligheid van cliënten en patiënten, dan verwacht de inspectie dat zorgaanbieders dat melden bij de inspectie.

ii. Zicht op de ontwikkelingen

In de vorige brief heb ik uw Kamer toegezegd om een beeld te geven van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in verpleeghuizen. Het huidige beeld ziet er als volgt uit²⁵:

- Het aantal bevestigde *besmettingen* van COVID-19 worden in de verpleeghuizen door de specialisten ouderengeneeskunde geregistreerd. De specialisten ouderengeneeskunde en de medisch microbiologische labs melden een besmetting bij de GGD. De GGD geeft de cijfers door aan het RIVM.
- Het RIVM (peildatum 14 april) schat dat tot nu toe bij zo'n 4.000 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan 967 mensen als overleden zijn gemeld. Het is een schatting, omdat de verblijfplaats niet altijd goed geregistreerd wordt.
- Doordat tot april 6 niet na 1 à 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met bevestigde COVID-19.
- De cijfers van het RIVM laten ook zien dat bij circa 900 locaties een bevestigde besmetting van 1 of meer personen is vastgesteld.²⁶ Dit is ongeveer 40% van het totaal aantal verpleeghuislocaties in Nederland.
- Het aantal meldingen van bevestigde COVID-19 besmettingen door «*nieuwe*» *verpleeghuislocaties* neemt overigens sinds de week 13 (24-29 maart), een week na de start van bezoekregeling, af. Daarbij is wel sprake van een divers beeld; uitzondering op deze trend zijn de regio's Zuid-Holland en Overijssel. Ook zien we dat het aantal besmettingen per locatie in de afgelopen periode toeneemt.
- Naast de cijfers van het RIVM biedt informatie uit de Elektronische Patiënt Dossiers (EPD's) inzicht in het aantal *verdenkingen* van een COVID-19-besmetting in een verpleeghuis. Op 14 april bedroeg het aantal verdenkingen van een COVID-19-besmetting 3.024 patiënten. Ook is waarschijnlijk sprake van onderrapportage, omdat de registratie van COVID-19 vooralsnog in ongeveer 2/3 van alle EPD's plaatsvindt.

²⁵ Hiermee kom ik ook tegemoet aan mijn toezegging aan de SP om terug te komen op de vraag of voor verpleeghuizen een structuur nodig is met nauwgezette scenario's en cijfers vanwege het grote aantal besmettingen in verpleeghuizen.

²⁶ In de melding van bevestigde COVID-19 besmetting ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcode locatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

- Om nog beter zicht te krijgen op de ontwikkelingen is afgesproken dat de gegevens uit de EPD's aan het RIVM verstrekt worden. Daarbij werken Verenso, ActiZ en het RIVM samen.

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat veel mensen in verpleeghuizen getroffen zijn door COVID-19. Is er eenmaal sprake van een bevestigde besmetting, dan is de kans op verdere verspreiding groot op de locatie. Bemoedigend is echter dat de maatregelen die we inzetten zodanig werken dat het aantal meldingen per dag van nieuwe verpleeghuislocaties afvlakt. Daarop lijkt het samenspel van de in de afgelopen periode genomen maatregelen effect te sorteren.

Tegelijkertijd is duidelijk dat verpleeghuizen een zware tijd hebben en zullen hebben. Uit de EPD-registraties komt naar voren dat de kans dat de sterftecijfers in verpleeghuizen zullen toenemen groot is. Mijn aandacht voor verpleeghuizen zal onverminderd doorgaan.

iii. Ondersteuning van zorgaanbieders en zorgmedewerkers

Delen van kennis

Bestuurders en zorgmedewerkers ervaren de richtlijnen van het RIVM en Verenso veelal als behulpzaam bij de aanpak van COVID-19 in eigen organisatie. Ook het delen van kennis door onder andere de brancheorganisaties Actiz en Zorgthuis.nl wordt als waardevol ervaren. Ook via Vilans en het bestaande actieprogramma «Waardigheid en Trots op locatie» (WOL) wordt hulp geboden. Dat gebeurt door vragen van zorgaanbieders te beantwoorden, het maken van een handboek en delen van voorbeelden. Bij de deelnemers is geïnventariseerd waaraan zij in deze fase behoefte hebben. Een aantal van hen heeft aangegeven de ondersteuning van de «WOL»-coaches te kunnen benutten bij het organiseren van een goede corona-aanpak in de eigen organisatie. Ook zorgaanbieders die nog niet aan WOL deelnemen, maken hiervan gebruik.

Vilans, kennisorganisatie voor de langdurende zorg, heeft sinds de start van de COVID-19 crisis, beschikbare kanalen – kennispleinen, programma's, projecten en producten – ingezet om zorgprofessionals en overige betrokkenen in de langdurige zorg van goede kennis te voorzien. Vilans vertaalt kennis en informatie van het RIVM voor professionals en verbindt dit met kennisdossiers over hygiëne en veiligheid. Zij bundelt informatie en kennis van partners zoals beroeps- en brancheverenigingen, academische netwerken en andere kennisorganisaties om professionals in het veld toe te rusten om de uitdagingen van het coronavirus veilig en doelmatig aan te kunnen gaan. De informatiebehoefte van het veld blijkt uit de sterk gestegen bezoekecijfers van de websites. Op peildatum 10 april is het aantal gestegen naar gemiddeld 720.000 per maand.

Helpdesks voor aanbieders en zorgmedewerkers

Actiz heeft een telefonische helpdesk ingericht voor aanbieders. Hun leden ontvangen dagelijks updates over de laatste ontwikkelingen. Daarnaast organiseren ze Webinars over specifieke thema's die op dat moment spelen. Naast het delen van kennis en ondersteuning via Actiz, Vilans en het actieprogramma «Waardigheid en Trots op locatie» kan het voor kleinere zorgaanbieders die niet zijn aangesloten bij bijvoorbeeld Actiz behulpzaam zijn om vragen te kunnen stellen aan een «helpdesk». Zij beschikken immers niet over voldoende stafcapaciteit. Ik zal met koepelorganisaties bespreken of en hoe de helpdeskfunctie kan worden versterkt en de GGD's daarbij betrekken. In de praktijk blijkt bij verpleeghuizen ook behoefte te zijn aan kennis van infectieziekten.

Telefonische supporthelpdesk ouderengeneeskunde: Verenso en Actiz zijn bezig met de opzet van een supporthelpdesk ouderengeneeskunde voor medische teams in verpleeghuizen. Zij kunnen 24 uur per dag naar deze supportdesk bellen om de kennis en expertise van de specialist ouderengeneeskunde in te schakelen. Het kan ook gaan om het tijdelijk overnemen van supervisie en achterwacht en zo nodig mentale coaching.

«Sterk in je werk – Extra coaching voor de zorg» is een initiatief van werkgeversvereniging Regioplus en vakbond CNV. Zorgprofessionals kunnen zich melden op de site www.sterkinjewerk.nl/extra-coaching. Professionele coaches bieden op vrijwillige basis een luisterend oor en laagdrempelige mentale ondersteuning.

Het contactpunt «Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals» van ARQ IVP: Zorgmedewerkers kunnen ook terecht bij het voor complexe psychische hulpvragen zoals traumaverwerking en PTSS-klachten. Dit contactpunt wordt bemenst door gespecialiseerde psychologen en is 7 dagen per week bereikbaar tussen 8:30 en 21:30 uur op telefoonnummer 088 – 3305500.

Goede voorbeelden van liefdevolle zorg in verpleeghuizen

In het plenaire debat d.d. 8 april 2020 heeft het lid Krol (50PLUS) per motie²⁷ het kabinet verzocht te bevorderen dat zoveel mogelijk zorginstellingen een soortgelijke voorziening (bezoekershuisje) realiseren als het voorbeeld van een Wassenaarse zorginstelling. Die heeft een bezoekershuisje geplaatst zodat bewoners en familie elkaar kunnen zien en spreken, conform de richtlijnen van het RIVM. Ik vind dit een sympathieke manier om bewoners en familie met elkaar in contact te brengen en zal dit voorbeeld actief onder de aandacht van de sector brengen. Elke dag zie ik opnieuw hoe zorgmedewerkers toegewijd liefdevolle zorg blijven bieden ondanks de noodzakelijke COVID-19 maatregelen. In de verpleeghuizen zijn allerlei initiatieven ontwikkeld om bewoners in contact te brengen met hun naasten. In de bijlage doe ik u een overzicht toekomen van een aantal voorbeelden hiervan²⁸. Op de website Vilans en www.waardigheids-trots.nl worden dagelijks nieuwe initiatieven belicht en opgenomen. Ook is er een dagelijks Ouderenjournaal van Omroep MAX. Het programma geeft tips voor afleiding en vermaak. Hiermee kom ik ook tegemoet aan mijn toezegging aan het lid Heerma (CDA) om goede voorbeelden in verpleeghuiszorg te benoemen die bedoeld zijn om eenzaamheid tegen te gaan en contact te bevorderen.

iv. De volgende fase

In de komende weken verken ik aanpassingen van de maatregelen, waarbij ik rekening blijf houden met enerzijds de noodzakelijke bescherming van kwetsbare mensen en anderzijds liefdevolle zorg en de kwaliteit van leven. Beide aspecten zijn belangrijk in de afwegingen over hoe we de volgende fase verder invulling geven. Ik zal met bestuurders van zorgorganisaties, zorgprofessionals, experts en cliëntenorganisaties verkennen welke aanvullende initiatieven een plek kunnen krijgen in een vervolgaanpak en betrek daarbij ook de reeds opgedane ervaringen.

Verder adviseert het OMT om het voorstel van vertegenwoordigers van de ouderenzorg verder uit te werken en aan te vullen. Het voorstel bestaat uit drie onderdelen:

²⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 232

²⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

1. Adequate toepassing van persoonlijke beschermingsmiddelen in een cohortsetting als er een besmetting gemeld is.
2. Een breed testbeleid voor medewerkers al bij de eerste lichte symptomen.
3. Een breed en laagdrempelig testbeleid bij verpleeghuisbewoners i.v.m. een vaak atypisch ziektebeeld bij deze personen.

De uitwerking verwacht ik spoedig te ontvangen. Over de eerste twee adviezen kan ik u reeds melden dat ik die heb opgepakt met de betrokken partijen (zie kopje huidige maatregelen). Ik kom in mijn volgende stand van zaken brief terug op de uitwerking.

b) Gehandicaptenzorg

i. Huidige maatregelen

Ook de gehandicaptenzorg ziet zich geconfronteerd met de gevolgen van de voortdurende COVID-19 crisissituatie. Cliënten (en naasten) zijn verdrietig omdat er al enkele weken geen bezoek mogelijk is en in veel gevallen is de dagbesteding gesloten. Dagbesteding die zo cruciaal is voor cliënten vanwege de structuur en plezier die het cliënten biedt. Geen bezoek en geen dagbesteding betekent weinig sociale contacten en dat heeft een grote impact op de emotionele en psychische gesteldheid van mensen. Tegelijkertijd werken alle artsen verstandelijk gehandicapt, begeleiders, verzorgers, verpleegkundigen, bestuurders en ondersteunend personeel er hard aan om het dagelijks leven van cliënten zo goed mogelijk door te laten lopen en degenen die ziek zijn vanwege COVID-19 te begeleiden, verzorgen en verplegen. Zij verdienen onze waardering.

De bewoners van deze instellingen wonen meestal ook in groepsverband bij elkaar, wat betekent dat ook hier de benodigde maatregelen worden genomen om besmetting te voorkomen.

Door het kabinet en de gehandicaptensector zelf zijn verschillende maatregelen genomen om bewoners en zorgmedewerkers te beschermen:

- Bezoekersregeling: de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft haar leden geadviseerd dat bewoners van zorginstellingen vooralsnog geen bezoek mogen ontvangen, tenzij het contact met de familie of vrijwilliger van essentieel belang is voor de bewoner. Voor cliënten in de gehandicaptenzorg is contact met hun naasten van groot belang voor hun psychische en sociale gesteldheid. Dan is zeer beperkt bezoek door één persoon per dag mogelijk. Als in een instelling of locatie COVID-19 wordt geconstateerd, geldt een volledig bezoekverbod. Het bezoekersverbod grijpt hard in op het leven van de mensen.
- Testbeleid: de gehandicaptenzorg sluit aan bij het testbeleid voor zorgmedewerkers in sectoren buiten het ziekenhuis, dat vanaf 6 april jl. is verruimd conform de richtlijnen van het RIVM.
- Persoonlijke beschermingsmiddelen: de gehandicaptenzorg is meegenomen in de nieuwe prioritering van beschermingsmiddelen zoals eerder in deze brief is aangegeven. Dit betekent dat medewerkers in aanmerking komen voor mondklappers op het moment dat zij handelingen uitvoeren bij besmette personen waarvoor deze middelen noodzakelijk zijn. Dit is zowel bij aerosolvormende handelingen als bij cohortverpleging als bij verpleging, verzorging en begeleiding van individuele COVID-19 patiënten.

ii. Zicht op de ontwikkelingen

Ik wil de komende tijd ook beter zicht krijgen op de effecten van de maatregelen in de gehandicaptenzorg, met het oog op verdere besluitvorming en aanvullende acties. Kwaliteit van leven van bewoners is daarbij een belangrijk onderdeel. Om dat zicht te verkrijgen vindt het volgende plaats:

- Het RIVM krijgt informatie van de GGD'en over de mensen die zijn overleden aan COVID-19. De Academische Werkplaats Sterker op eigen benen (Radboud) heeft in overleg met de VGN en de Nederlandse Vereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAGV) een corona registratie opzet voor de gehandicaptenzorg. In deze registratie leggen de AVG artsen gegevens over COVID-19-besmettingen in de gehandicaptenzorg vast. Inmiddels gebruiken de AVG artsen van 58 zorgaanbieders deze registratie. Bezien wordt nog hoe het RIVM deze informatie kan gaan benutten.
- De IGJ onderhoudt telefonisch contact met de zorgaanbieders van gehandicaptenzorg. Het streven is dat de IGJ periodiek met alle zorgaanbieders belt en vraagt naar de uitvoeringspraktijk.
- De VGN verzamelt kennis over de uitvoeringspraktijk en mogelijke verbeterpunten en deelt deze kennis onder haar leden.
- Ook vanuit VWS is bijna dagelijks contact met de zorgaanbieders om zicht te krijgen op de uitvoeringspraktijk, goede voorbeelden en zorgen die er leven.

Aantal besmettingen in instellingen voor gehandicaptenzorg

Uit het cijfers van het RIVM (peildatum 14 april), gebaseerd op GGD-meldingen, blijkt dat bij 564 cliënten sprake is van een bevestigde besmetting. Ondertussen zijn 94 cliënten met een bevestigde besmetting overleden. De cijfers van het RIVM laten ook zien dat bij 287 (ongeveer 11%) gehandicaptenzorglocaties sprake is van ten minste één bevestigde COVID-19 besmetting.

Uit de onlinedatabase van het Radboud UMC, waaraan 58 organisaties deelnemen, blijkt dat AVG-artsen 600 verdenkingen hebben gemeld en dat bij 189 patiënten COVID-19 met een test is vastgesteld. Van de positief geteste patiënten zijn er ondertussen 18 overleden. Om nog beter zicht te krijgen op de ontwikkelingen worden afspraken gemaakt of registraties over een (verdenking van) COVID-19 besmetting uit de Elektronische Cliënt Dossiers (ECD's) aan het RIVM verstrekt kunnen worden.

iii. Ondersteuning van zorgaanbieders en zorgmedewerkers

Delen van kennis

Bij de instellingen voor de gehandicaptenzorg vinden vele inspanningen plaats om bewoners en hun familie met elkaar in contact te brengen. Zorgaanbieders én zorgverleners blijven manieren vinden om bewoners een zinvolle dag te kunnen laten beleven. Bijvoorbeeld de VGInnovators hebben het digitale platform DigiDagbesteding.nl gelanceerd om begeleiders, cliënten en familie en vrienden te helpen. Zij kunnen op het Platform zoeken naar activiteiten voor cliënten tijdens de sluiting van de dagbestedingslocaties. Het platform kent inmiddels 1500 unieke bezoekers per dag en wordt gevuld door medewerkers van de verschillende zorgorganisaties. Ook is extra aandacht voor manieren om het gesprek te voeren met mensen met een verstandelijke beperking. De VGN verzamelt deze goede voorbeelden en maakt deze via haar website toegankelijk.

Voor de gehandicaptenzorg werkt Vilans op dit moment aan «quick wins» voor het thema Zorg en contact op afstand. Bestaande kennis over zorg en contact op afstand is gebundeld en geactualiseerd. Daarnaast worden voortdurend goede voorbeelden verzameld van organisaties die actief werken met beeldbellen.

Helpdesk en nieuwsbrief

De VGN heeft haar telefonische helpdesk voor aanbieders uitgebreid voor Covid 19-gerelateerde vragen. Daarnaast is er een speciaal e-mailadres opengesteld voor dergelijke vragen. De VGN stuurt haar leden verder dagelijks een digitale nieuwsbrief en maakt dagelijkse updates van de Q&A's op haar website.

«Sterk in je werk – Extra coaching voor de zorg» is een initiatief van werkgeversvereniging Regioplus en vakbond CNV. Zorgprofessionals kunnen zich melden op de site www.sterkinjewerk.nl/extra-coaching. Professionele coaches bieden op vrijwillige basis een luisterend oor en laagdrempelige mentale ondersteuning.

Het contactpunt «Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals» van ARQ IVP: Zorgmedewerkers kunnen ook terecht bij het voor complexe psychische hulpvragen zoals traumaverwerking en PTSS-klachten. Dit contactpunt wordt bemenst door gespecialiseerde psychologen en is 7 dagen per week bereikbaar tussen 8:30 en 21:30 uur op telefoonnummer 088 – 3305500.

iv. De volgende fase

Ook in de gehandicaptenzorg zal ik de komende weken inventariseren welke aanvullende initiatieven een plek kunnen krijgen om goede en veilige zorg te verlenen in deze COVID-19 crisistijd in combinatie met mogelijk meer ruimte voor de kwaliteit van leven van bewoners te bieden. De voorbeelden bij zorgaanbieders worden daarvoor in beeld gebracht. Ook kan worden gedacht aan nieuwe initiatieven voor de bescherming van bewoners tegen de ziekte. Ik zal de zorgaanbieders in mijn dagelijkse contacten vragen hun inzichten, ervaringen en ideeën hieromtrent met mij te delen, zodat er een netwerk vol kennis en ervaring kan ontstaan dat de komende periode helpt bij het voorbereiden van volgende fase.

c) Geestelijke gezondheidszorg

Bij het debat over de ontwikkelingen rond het coronavirus van 8 april jl. heeft uw Kamer de motie van het lid Segers c.s. aangaande preventieve maatregelen voor mentaal welzijn aangenomen²⁹. De motie verzoekt de regering, samen met relevante veldpartijen op korte termijn preventieve maatregelen te nemen om de negatieve gevolgen voor het mentaal welzijn te beperken, en daarnaast verschillende scenario's uit te werken voor opvang van een toenemende vraag naar ggz en geestelijke verzorging, waarbij aandacht is voor specifieke doelgroepen zoals zorgpersoneel, patiënten en huidige ggz-cliënten.

Hieronder meld ik namens de Staatssecretaris van VWS hoe gewerkt wordt aan de uitvoering van deze motie. Voor goede voorbeelden van geestelijke verzorging verwijs ik u naar de betreffende paragraaf in deze brief.

²⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 230

i. Reeds ingezette preventieve maatregelen en initiatieven

Het is in deze moeilijke periode van belang dat we oog houden voor de mentale gezondheid van alle mensen in onze samenleving en in het bijzonder ons zorgpersoneel, de patiënten (die met corona te maken kregen) en de ggz-cliënten. Gelukkig zijn veel mensen en organisaties bereid om elkaar te helpen en is er reeds een aantal preventieve maatregelen en initiatieven ingezet. Zo bieden professionele coaches via het initiatief «Sterk in je werk» op vrijwillige basis hulp aan zorgprofessionals die het zwaar hebben in deze periode. Diverse ggz instellingen hebben voor deze periode zelfinitiatief genomen voor aanvullende hulpaanbod aan hun werknemers. Voor gespecialiseerde hulp aan zorgprofessionals zal worden doorverwezen naar ARQ IVC, onderdeel van ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum (ARQ IVC is 7 dagen per week tussen 08:30 en 21:30 uur bereikbaar op 088 – 330 5500).

Om het zorgpersoneel te ondersteunen, zijn er onder andere vanuit het Ministerie van Defensie en het Nederlands Instituut van Psychologen *webinars* beschikbaar gesteld die zorgprofessionals handvatten bieden voor het werk in bijzonder stressvolle situaties. Voor ons allemaal grijpt deze crisis in op ons dagelijks leven. Dit kan als stressvol worden ervaren. Bestaande hulplijnen zoals bijvoorbeeld de Luisterlijn, de Kindertelefoon, MIND Korrelatie, en 113 zelfmoordpreventie hebben daarom hun diensten en openingstijden uitgebreid. Daarnaast zijn er verschillende (anonieme) e-mental health mogelijkheden beschikbaar.

Veel mensen die op dit moment zorg ontvangen in de ggz zijn extra kwetsbaar door de situatie waarin ze verkeren. De zorgaanbieders en professionals maken zich sterk om de noodzakelijke behandeling en begeleiding zoveel mogelijk doorgang te laten vinden. De richtlijn «GGZ en COVID-19» geeft hen hierbij de noodzakelijke handvatten. Bovendien delen koepels, aanbieders en professionals, onder meer via websites en sociale media, veelvuldig goede voorbeelden die relevant zijn voor behandelvormen in de ggz gedurende deze coronacrisis. Deze opsomming is niet uitputtend, maar toont aan dat partijen bezig zijn preventieve maatregelen te ontwikkelen en in te zetten om de negatieve gevolgen voor het mentale welzijn van uiteenlopende doelgroepen te beperken.

i. Scenario's

De Staatssecretaris en ik zijn met u van oordeel dat het goed is om naast het inzetten van maatregelen en delen van goede initiatieven meer inzicht te krijgen in de gevolgen van de coronacrisis op het mentale welzijn, en ons handelingsperspectief om dit welzijn positief te beïnvloeden. Dan gaat het zowel om de invloed van mensen die zich reeds in een kwetsbare positie bevinden als om de samenleving als geheel. De Staatssecretaris van VWS zet hiertoe op korte termijn onderzoek uit naar psychisch welzijn, in relatie tot de corona-crisis. De voorbereidingen hiertoe zijn reeds gaande, onder andere in afstemming met het Trimbos-instituut en via ZonMw. We maken zoveel mogelijk gebruik van bestaande kennisnetwerken. Resultaten die we hieruit willen ophalen moeten enerzijds handvatten bieden voor de korte termijn, zoals het type benodigde psychosociale ondersteuning op dit moment. Anderzijds kan het handelingsperspectief bieden voor hoe we de mentale gezondheid in de periode direct na de crisis bevorderen, bijvoorbeeld door in kaart te krijgen welk type mentale klachten op langere termijn tijdige nazorg vereisen. Zowel de gestarte initiatieven als het onderzoek gebruikt de Staatssecretaris van VWS voor het laten ontwikkelen van scenario's voor de wijze waarop we de ggz kunnen inzetten voor het mentale welzijn van de samenleving. Voorlopig gaan we uit van vier doelgroepen binnen deze

scenario's: iedere Nederlander die wordt geraakt door de crisis, bijvoorbeeld door baanverlies of eenzaamheid, de zorgprofessionals en mantelzorgers en zorgvrijwilligers die betrokken zijn bij de zorg aan mensen met het coronavirus, patiënten die in het ziekenhuis zijn behandeld vanwege een coronabesmetting, en patiënten in de ggz die al een mentale kwetsbaarheid kenden.

d) Maatschappelijke opvang

De richtlijn «opvang van dak- en thuisloze mensen» – die de Staatssecretaris van VWS in samenwerking met RIVM, IGJ, VNG, Valente en COMO heeft opgesteld – geeft gemeenten en aanbieders duidelijkheid over wat minimaal geregeld moet worden voor deze groep. Het beeld is dat gemeenten en aanbieders hier op een goede manier invulling aan geven. Naast het zo goed mogelijk helpen van dak- en thuisloze mensen neemt de overheid in deze tijd extra maatregelen om dak- en thuisloosheid zoveel mogelijk te voorkomen:

- Gemeenten krijgen de ruimte tijdelijk af te wijken van de regels rond de verplichte zoektermijn van vier weken, waardoor zij jongeren van 18 tot 27 jaar versneld een bijstandsuitkering kunnen toekennen.³⁰
- Het kabinet heeft met verhuurdersorganisaties en brancheverenigingen (Aedes, Vastgoed Belang, IVBN, Kences, VLBN, de Woonbond en LSVb) afgesproken tijdens de crisisperiode geen huisuitzettingen te doen, tenzij er evidente redenen zijn, zoals criminele activiteiten of extreme overlast.³¹
- De Minister voor Milieu en Wonen, hypotheekverstrekkers en woonpartijen (Nederlandse Vereniging van Banken, het Verbond van Verzekeraars, Nationale Hypotheekgarantie en Vereniging Eigen Huis) hebben afspraken gemaakt om ervoor te zorgen dat huiseigenaren niet op straat komen te staan ten tijde van de coronacrisis. Hypotheekverstrekkers zoeken met huiseigenaren naar oplossingen zoals het uitstellen van betaling van de hypotheeklasten en gaan in ieder geval tot 1 juli niet over tot gedwongen verkopen van woningen.
- De Minister van BZK heeft gemeenten opgeroepen te kijken naar nut en noodzaak van het nu handhaven op permanente bewoning van vakantieparken. Als er geen onveilige situatie bestaat en bewoners gebruik maken van een recreatieobject met eigen keuken en badkamer, ziet zij geen reden om deze mensen op straat te zetten.³²

De afgelopen periode ontving VWS steeds meer signalen dat medewerkers van opvanginstellingen bang waren om tijdens hun werk besmet te raken met het coronavirus. Dit leidde tot een verhoging van het ziekteverzuim. Inmiddels zijn er ook voor deze sector mondklappers beschikbaar gekomen, waardoor medewerkers zich beter kunnen beschermen tegen een besmetting.

e) Kwetsbare mensen thuis

Bij kwetsbare mensen die thuis wonen kunnen de problemen toenemen door corona en kunnen crisissituaties ontstaan. Dit kan door uiteenlopende redenen: mensen worden kwetsbaarder door ziekte (bv een besmetting met COVID-19), door een ongeval of hebben (groeiende) psychische problemen. Ook kan de mantelzorg overbelast raken of wegvallen zodat er thuis onvoldoende zorg en ondersteuning over blijft. Uitgangspunt is om zo lang als mogelijk in te zetten op goede ondersteuning in de thuissituatie. Hierdoor wordt de druk op de medische zorg

³⁰ Kamerstuk 35 420, nr. 11.

³¹ Kamerstukken 24 515 en 25 295, nr. 527.

³² Kamerstukken 32 847 en 25 295, nr. 640.

niet verder vergroot. Tijdig signaleren van het versterken van ondersteuning is daarbij cruciaal. Het is dus van groot belang dat de wijkteams, buurtteams en de aanbieders goed en regelmatig vinger aan de pols houden bij deze kwetsbare mensen. Voor kwetsbare ouderen thuis zijn vier richtlijnen opgesteld: voor dagbesteding, mantelzorg, hulp bij het huishouden, en verstrekking van hulpmiddelen. Het is belangrijk dat de continuïteit van ondersteuning op deze gebieden zoveel mogelijk doorgang vindt en waar dit niet kan alternatieven worden gezocht. Deze laatste twee richtlijnen zijn breder van toepassing en gelden ook voor andere kwetsbare groepen. De richtlijnen, getoetst door het RIVM, worden op donderdag 16 april gepubliceerd op rijksoverheid.nl.

Het grootste deel van kwetsbare mensen zit thuis. Het is mogelijk dat bij deze (kwetsbare) personen, zonder dat sprake is van (verdenking van) COVID-19 vanwege de coronacrisis, een noodzaak tot verblijf elders dan thuis of bijvoorbeeld binnen de maatschappelijke opvang, moet worden geregeld. Het kan gaan om de spreidingsopgave voor zeer kwetsbare daklozen of extra respijtzorg vanwege crisis in de thuissituatie. Vanwege de integrale aanpak of omwille van doelmatigheid kan het logisch zijn extra capaciteit voor die groep te combineren met de doelgroepen zoals bepaald in de regionale aanpak voor zorg voor kwetsbare patiënten in verband met COVID-19. Gemeenten kunnen zich hiervoor melden bij de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG) en/of zorgaanbieders die extra tijdelijke capaciteit organiseren.

f) Jeugdzorg

Het is van belang dat dagbesteding voor kinderen en jongeren in kwetsbare situaties zoveel mogelijk doorgaat, waar nodig in alternatieve vorm. In alle gevallen moet er contact blijven met deze jeugdigen en hun gezin. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en zorgprofessionals maken gezamenlijk antwoorden op veel gestelde vragen over dagbesteding. Het nieuwe verdeelmodel voor persoonlijke beschermingsmiddelen van 13 april 2020 is ook van toepassing op de jeugdzorg. Professionals met het hoogste risico op besmetting door een cliënt komen het eerst in aanmerking voor beschermingsmiddelen. Vuistregels voor het gebruik zijn opgenomen op de website van het NJI.³³ Op deze website kunnen ouders en professionals ook terecht over bezoekenregelingen. Uitgangspunt is dat het contact van kinderen met hun ouders/opvoeders gewoon doorgaat, ook als zij niet in één huis blijven. Uiteraard moeten daarbij de richtlijnen van het RIVM in acht worden genomen. Als contact in levenden lijve niet kan, zijn andere communicatievormen behulpzaam. Bij de opvang van jonge kinderen, bij de verzorging van kinderen met een beperking en in de dagelijkse opvang of in woonvoorzieningen is fysiek contact onvermijdelijk. Wel is van belang de gebruikelijke gang van zaken aan te passen en de nodige voorzorgsmaatregelen te treffen.³⁴ Om snel inzicht te krijgen in de gevolgen van de coronacrisis voor instellingen die cruciale jeugdhulp bieden heeft de Jeugdautoriteit tussen 23 en 26 maart jl. een quickscan uitgevoerd.³⁵

Ook voor grote jeugdhulpaanbieders is de crisis hectisch. Toch probeert men de zorg zo goed mogelijk te organiseren en wordt ambulante zorg zoveel mogelijk op afstand geleverd. Zorgen zijn er over crisissituaties

³³ <https://www.nji.nl/nl/coronavirus/Professionals/Contact,-bezoek-en-omgang/Persoonlijke-beschermingsmiddelen>

³⁴ <https://www.nji.nl/nl/coronavirus/Professionals/Fysiek-contact-in-een-residentiele-omgeving-bij-het-coronavirus>

³⁵ Zie Jeugdautoriteit | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Rijksoverheid.nl en <https://www.rijksoverheid.nl>

door oplopende spanningen in gezinnen en over de beschikbaarheid van beschermingsmaatregelen voor jeugdhulpmedewerkers. Géén van de 62 instellingen uit het onderzoek verkeert in acute nood, maar er zijn wel risico's met betrekking tot financiën en personeel. De Jeugdautoriteit houdt de vingers aan de pols, zodat aanbieders, gemeenten en Rijk zo nodig maatregelen kunnen treffen. De quickscan is een momentopname. Circa 80% van de 62 instellingen heeft de vragenlijst beantwoord vóór de bekendmaking van de uitkomsten van het overleg van Rijk en VNG over de financiële duidelijkheid voor jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning.³⁶

g) Geestelijke verzorging

Ik heb uw Kamer ook toegezegd goede voorbeelden te verzamelen van geestelijke verzorging in tijden van COVID-19. Een uitvraag in het veld leverde tientallen voorbeelden op in diverse werkvelden (o.a. ziekenhuizen, ouderenzorg, mensen met een beperking, geestelijke verzorging thuis) en ten behoeve van de diverse doelgroepen (o.a. patiënten, bewoners ouderenzorg, zorgmedewerkers, stervenden, burgers en naasten, daklozen).

Zo zijn er teams opgezet van geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers en medisch psychologen om ondersteuning te bieden aan IC-medewerkers. Er is extra inzet op advisering bij ethische dilemma's. We zien veel gebruik van digitale middelen en de telefoon om mensen bij te staan en om nieuwe rituelen vorm te geven. Bestaande of nieuwe samenwerking wordt benut, zoals met huisartsen, GGD, Slachtofferhulp Nederland, welzijns- en levensbeschouwelijke organisaties. Ook is er aandacht voor geestelijke verzorging op tijdelijke zorglocaties.

Ook voor de zorgverleners die werken in de verpleeghuizen kan geestelijke verzorging belangrijk zijn. Immers, ook deze mensen moeten hun werk onder ongewone omstandigheden en stress doen. Om ook voor de wat langere termijn onder deze omstandigheden liefdevolle zorg te kunnen blijven leveren kan geestelijke verzorging noodzakelijk zijn. Ik zie ook dat diverse zorgaanbieders dit reeds vormgeven.

In de bijlage bij deze brief toon ik u een tiental voorbeelden³⁷. Maar er zijn er veel meer. Om ook inspiratie en navolging van de tientallen andere verzamelde initiatieven te laten uitgaan, ben ik in gesprek met veldpartijen over de verspreiding daarvan. Vorige week heb ik de koepels van zorgaanbieders reeds gevraagd aandacht te hebben voor het intramuraal aanbod geestelijke verzorging, voor de mogelijkheden die er zijn om dat aanbod aan te vullen met extern aanbod en voor de fysieke toegang tot gebouwen en afdelingen. Ik zal hen de aanvullende informatie meegeven. Ik zal ook informatie delen via rijksoverheid.nl/COVID-19.

Graag merk ik nog op dat de initiatieven mede kunnen gedijen dankzij de professie van de specialisten geestelijke verzorging, zoals geestelijk verzorgers en vertegenwoordigers van levensbeschouwelijke organisaties. En dankzij de scholing die zij geven aan en samenwerking met andere zorgprofessionals en vrijwilligers. Daarnaast plukken wij nu de vruchten van het pionierswerk van geestelijk verzorgers die extramuraal werken met subsidie van VWS (gestart 2019), en allen die daarbij betrokken zijn vanuit de netwerken Palliatieve Zorg en Centra voor Levensvragen. Steeds meer geestelijk verzorgers werken in verschillende

³⁶ <https://vng.nl/sites/default/files/2020-03/coronacrisis-financiele-duidelijkheid-jeugdzorg-en-mo.pdf>

³⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

sectoren, waardoor de dwarsverbanden die nu nodig zijn, makkelijker kunnen worden gelegd.

h) Stimuleringsregeling E-health Thuis – noodregeling

Continuïteit van zorg en ondersteuning van kwetsbare personen staat voorop. Daar waar fysiek contact niet noodzakelijk is, wordt de hulp op afstand doorgezet. Digitale hulpmiddelen zijn niet bij alle zorgorganisaties direct voor handen. Daarom heb ik met spoed een noodsubsidieregeling opgezet om e-health versneld mogelijk te maken. Deze noodregeling, de SET Covid-19 is vormgegeven binnen de Stimuleringsregeling E-health Thuis (verder: SET) en opengesteld op 25 maart jl. Het subsidieplafond van de tijdelijke noodregeling bedraagt € 23 miljoen, dit zijn middelen die beschikbaar zijn voor de SET na 2020 en die vervroegd zijn vrijgemaakt. De regeling heeft maar enkele dagen open kunnen staan voor het subsidieplafond was bereikt. In die korte tijd zijn ruim 1700 aanvragen ingediend. De RVO beoordeelt op dit moment de ingediende aanvragen. Zodra de resultaten van de beoordeling bekend zijn informeer ik uw Kamer hierover. Om zorgaanbieders te ondersteunen bij de implementatie van beeldschermzorg is parallel aan de noodregeling een «Fasttrack beeldschermzorg» ingericht. Dit is een stappenplan, toolkit en leernetwerk voor het snel en toekomstbestendig implementeren van beeldschermzorg.

i) Continuïteit zorg- en doelgroepenvervoer

Zorgvervoer is een zeer essentiële schakel voor de continuïteit van zorg en ondersteuning. Om de gezondheid van zowel chauffeurs als reizigers te waarborgen zijn er in samenspraak met het RIVM, Koninklijk Nederlands Vervoer (KNV) en Zorgverzekeraars Nederland twee protocollen opgesteld voor veilig en verantwoord taxi- en zorgvervoer. Een protocol kan gebruikt worden voor regulier taxi- en zorgvervoer. Het tweede protocol geeft zeer specifieke richtlijnen voor het vervoer van personen met (klachten passend bij) COVID-19. Met naleving van deze richtlijnen kunnen taxichauffeurs hun belangrijke werk op veilige en verantwoorde wijze blijven doen en kunnen passagiers veilig worden vervoerd. De richtlijn in het protocol voor het vervoer van personen met (klachten passend bij) COVID-19 is dat maximaal één patiënt tegelijkertijd wordt vervoerd. Ik heb geen signalen ontvangen over het vervoeren van meer dan één patiënt met (klachten passend bij) COVID-19 tegelijkertijd. KNV geeft aan dat bij regulier ziekenvervoer, dus waar geen sprake is van (vermoeden van) COVID-19 besmetting, kan voorkomen dat meer dan één persoon tegelijkertijd vervoerd wordt, zo lang de richtlijnen in het protocol opgevolgd worden. Dat kan bijvoorbeeld in een personenbus waar 1,5 meter afstand gehouden kan worden of er een fysieke afscheiding geplaatst is. Ook als passagiers uit één huishouden komen dan is samen vervoeren met minder dan 1,5 meter afstand tussen deze twee personen geen bezwaar. Voor de vervoerder geldt dan nog steeds 1,5 meter afstand of als dit niet mogelijk is een fysieke afscheiding tussen de chauffeur en de passagiers. Momenteel maken de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen, KNV en andere relevante partijen afspraken over de beschermingsmiddelen die nodig zijn om conform het protocol personen te vervoeren met (klachten passend bij) COVID-19.

De maatregelen die we als land tegen de uitbraak van het coronavirus nemen hebben grote impact op werknemers, zzp-ers en bedrijven, inclusief de zorgvervoersector. Het Rijk neemt de zorgen over het overeind houden van bedrijven zeer serieus. Daarom wordt er alles aan gedaan om te voorkomen dat zorgaanbieders, en in het verlengde daarvan zorgvervoerders, als gevolg van de maatregelen genomen om de uitbraak van COVID-19 te bestrijden, omvallen. Het Rijk heeft afspraken met VNG, ZN

en Zorgkantoren gemaakt gericht op continuïteit van zorg en ondersteuning, waaronder begrepen het zorgvervoer. De afspraken betreffen de continuïteit van de voorziening en de als gevolg daarvan direct met COVID-19 verband houdende eventuele meerkosten. De afspraken betreffen ook de continuïteit van aanbieders in de periode dat er sprake is van een terugval van vraag. Uitgangspunt is het bieden van omzetgarantie voor de periode tot 1 juni. Hiermee wordt ook gehoor gegeven aan de oproep van de sector om zorgvervoerders voor niet gereden ritten te betalen en meerkosten als gevolg van het naleven van coronaprotocolen te vergoeden. Partijen zijn deze afspraken op landelijk niveau verder aan het uitwerken als handreiking aan de verschillende verstrekkers en aanbieders, waaronder de vervoerders. Met bovenstaande acht ik ook de Kamervragen van het lid Kerstens (PvdA) van 7 april jl. beantwoord³⁸.

j) Zorgcontinuïteit hulpmiddelen thuis

Het Rijk, gemeenten en aanbieders van hulpmiddelen hebben een richtlijn opgesteld over hulpmiddelenverstrekking in het kader van de Wmo2015 in tijden van corona. De richtlijn is gepubliceerd op rijksoverheid.nl. Met deze richtlijn wordt de zorgcontinuïteit voor thuiswonende cliënten met hulpmiddelen geregeld alsook de hygiëne voorschriften voor medewerkers. Het is belangrijk te benadrukken dat cliënten, maar ook hun zorgverleners niet terughoudend moeten zijn bij het aanvragen van noodzakelijke nieuwe hulpmiddelen of reparaties.

k) Aandacht voor huiselijk geweld

Juist in deze tijd moet er meer aandacht zijn voor huiselijk geweld. Slachtoffers en omstanders moeten weten wat ze kunnen doen bij huiselijk geweld en kindermishandeling. Mijn extra inzet bestaat daarom uit een gerichte voorlichtingscampagne voor slachtoffers en omstanders. Deze zal zo spoedig mogelijk van start gaan. Aanvullend zijn ook kanalen beschikbaar wanneer de spanningen oplopen: de Kindertelefoon en de Luisterlijn om stoom af te blazen of vragen stellen aan professionals van Mind Korrelatie voor laagdrempelig advies bij spanningen tussen partners of opvoedvragen. Bij acuut gevaar kunnen mensen altijd bellen naar 112 en bij onveiligheid naar Veilig Thuis.

Ook heb ik ingezet op aanvullende acties voor professionals. Het is belangrijk dat professionals die zicht hebben op kinderen of spanningen tussen volwassenen extra alert zijn op huiselijk geweld en kindermishandeling en hierop handelen. Ik maak samen met het NJI en het RIVM een instructie/factsheet voor professionals over het opvolgen van de meldcode in deze crisis. Er is deze week een app voor het onderwijs over de meldcode gelanceerd, dit helpt onderwijsprofessionals juist in deze tijd bij het signaleren van problemen en maakt het makkelijker en laagdrempeliger om advies te vragen bij Veilig Thuis. Daarnaast bespreek ik met het bredere jeugdveld, lokale teams, Veilig Thuis, de jeugdbescherming, onderwijs en de jeugdgezondheidszorg hoe te komen tot eenduidigheid in handelen tussen de professionals om kwetsbare gezinnen goed in beeld te krijgen en te houden. Samen met betrokken partijen ga ik de toepassing van deze acties monitoren.

Het lid Asscher (PvdA) vroeg in het debat van woensdag 8 april jl. om voorbeelden uit het buitenland mee te nemen bij extra maatregelen voor slachtoffers die thuis zodanig klem zitten dat zij niet kunnen of durven bellen. Er is bij Veilig Thuis landelijk momenteel geen stijging te zien in

³⁸ 2020Z06298

het aantal meldingen en de capaciteit van de vrouwen is op dit moment voldoende. Maar dat stelt ons niet gerust want uit ervaring en onderzoek weten we dat huiselijk geweld in tijden van spanning aanzienlijk toeneemt. Ik ben op dit moment extra maatregelen aan het uitwerken en neem hierin ook verschillende initiatieven uit het buitenland mee die mogelijk ook in Nederland zouden kunnen helpen: een laagdrempelige app voor huiselijk geweld en kindermishandeling in Italië en een codewoord bij de apotheek in Frankrijk en Spanje. Daarnaast vindt een verkenning plaats met Veilig Thuis voor een laagdrempelige landelijke chatfunctie. Over het codewoord, zoals nu wordt gebruikt in België, Frankrijk en Spanje, ben ik in gesprek met partijen inclusief de Apothekersorganisatie KNMP. De apothekers zijn bereid om een rol te spelen bij het signaleren van huiselijk geweld en ik ben in gesprek over de mogelijkheden van hoe een codewoord verwerkt kan worden in bijvoorbeeld een sectorspecifieke meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Ik heb hiermee ook antwoord gegeven op een aantal van de schriftelijke Kamervragen die het lid Van den Hul (PvdA) op 2 april jl. stelde (2020Z06029) over de effecten van de coronamaatregelen op geweld achter de voordeur. Ik wil daarbij nog ingaan op de vraag over kinderen die ziekteverschijnselen krijgen en tegelijkertijd in een kwetsbare positie verkeren. Kinderen die zelf verkoudheids-, benauwdheidsklachten en/of koorts hebben, blijven thuis of kinderen met een gezinslid met koorts en/of benauwdheid blijven thuis. Bij kinderen in een kwetsbare situatie is het extra van belang om een vinger aan de pols te houden en na te gaan wanneer het kind wel (weer) naar de (nood)opvang kan. Gemeenten hebben hierin de regie, in samenspraak met de andere betrokkenen. Als er sprake is van een onveilige situatie, zal er vanuit de hulpverlening, lokaal wijkteam, Veilig Thuis en jeugdbescherming altijd contact zijn met het kind en het gezin om afspraken te maken hoe de veiligheid te borgen. De manier waarop kan verschillen en is van verschillende factoren afhankelijk. Indien een ouder en/of kind ziekteverschijnselen heeft, kan in overleg met de GGD gekeken worden of aanvullende maatregelen nodig zijn en of face-to-face contact mogelijk is. Uiteindelijk toetst de rechter na onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming of een kind veilig thuis is. Als een kind vanwege de onveiligheid uithuisgeplaatst moet worden, zal er door jeugdzorg in samenspraak met gemeente opvang moeten worden geregeld.

l) Sociale initiatieven stimuleren: omzien naar elkaar

In de voorgaande Kamerbrieven informeerde ik uw Kamer over het enorme aanbod aan maatschappelijke initiatieven om elkaar te ondersteunen bij hulpvragen en invulling te geven aan de dag. Het sociale leven wordt op een nieuwe manier ingevuld en belangrijk is dat daarbij in het bijzonder oog en aandacht blijft voor kwetsbare personen. Ik zie dat steeds meer partijen een aandeel willen leveren, elkaar vinden en de samenwerking aangaan. Zo kwam bijvoorbeeld het Nederlands Elftal in actie deze week, waarbij zij via NLvoorElkaar ook bijdragen aan het bij elkaar brengen van vraag en aanbod. Ook worden steeds meer (digitale) contactmomenten tussen verschillende doelgroepen gerealiseerd, waaronder het voorbeeld van studenten gebarentaal aan de Hogeschool Utrecht die hun niveau op peil houden door te videobellen met doven en slechthorenden die behoefte hebben aan een praatje.

Ook tijdens de Paasdagen, een tijd die voor velen in het teken staat van samenzijn, werd er (op afstand) naar elkaar omgekeken. Zo vonden verschillende paaslunches op creatieve wijze plaats, al videobellend of door plaats te nemen op het grasveld voor het balkon van de grootouders, om zo toch elkaar te kunnen zien en samen te zijn. Bij verschillende

zorginstellingen werden paaspakketten bezorgd en bloemen langsgebracht door verschillende initiatieven.

9. Caribisch Nederland

De laatste gegevens van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende beeld zien: Aruba (92, waarvan er momenteel 3 op de IC zijn opgenomen), Curaçao (14, momenteel 1 persoon op de IC) en Sint Maarten (52, waarvan 3 patiënten op de IC liggen), Sint Eustatius (2) en nu ook op Saba (2). Op Bonaire zijn vooralsnog geen besmettingen vastgesteld. Op Sint Maarten zijn er 9 patiënten overleden, en op Curaçao 1.

Publieke gezondheid

Op 14 april 2020 is er een verpleegkundige vanuit het RIVM en een WASH-specialist (water, sanitatie en hygiëne) van het Rode Kruis naar St. Maarten gestuurd. De verpleegkundige versterkt het team van de afdeling publieke gezondheid van de overheid van St. Maarten. Dit is in aanvulling op de arts-epidemioloog die vorige week naar St. Maarten is gestuurd. De WASH-specialist zal het lokale Rode Kruis ondersteunen onder andere door een bijdrage te leveren aan het beter bereiken van de groep ongedocumenteerden in de samenleving.

Vergroten IC-capaciteit

Het Ministerie van VWS werkt aan het vergroten van de beperkte IC-capaciteit in de ziekenhuizen in het Caribisch deel van het Koninkrijk met 42 extra IC-beademingsplekken. Op 5 april jl. is daartoe medische apparatuur, persoonlijke beschermingsmiddelen en medicatie naar St. Maarten gevlogen waarmee 12 extra IC-beademingsplekken zijn geoperationaliseerd. Het hiervoor benodigde personeel is via een internationaal medisch uitzendbureau ingehuurd en inmiddels ook aangekomen op St. Maarten.

Afgelopen vrijdag zijn de resterende 30 beademingsapparaten met KLM naar Curaçao gevlogen, inclusief medicatie en persoonlijke beschermingsmiddelen. Met deze spullen kunnen er op Aruba 12, op Curaçao 12 en op Bonaire 6 extra IC-beademingsplekken gerealiseerd worden. Met de ziekenhuizen wordt bekeken hoeveel personeel er nodig is in aanvulling op het beschikbare personeel, om de extra IC-bedden te bemensen. Dit extra personeel zal ook via een internationaal medisch uitzendbureau ingehuurd worden.

De 42 extra plekken zijn bedoeld voor alle inwoners van het Caribisch deel van het Koninkrijk. Er zijn *air* ambulances beschikbaar om patiënten tussen de eilanden te vervoeren.

Waarborgen non-COVID-19-zorg

Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de gezondheidszorg in Caribisch Nederland. De inperkende maatregelen om de introductie of verspreiding van het COVID-19-virus te beperken, hebben natuurlijk invloed op de continuïteit van die gezondheidszorg. Met inachtneming van de genomen maatregelen bieden de huisartsen- en fysiotherapiepraktijken nog wel zorg, bijvoorbeeld via telefonische afspraken of video-bellen. Ook is het nog mogelijk om recepten bij de apotheken op te halen. De tandartsenzorg is daarentegen alleen nog voor spoedgevallen beschikbaar. Electieve zorg is in de ziekenhuizen van Caribisch Nederland stopgezet. Essentiële en acute zorg, zoals oncologische behandelingen of zorg bij een gecompliceerde bevalling, vinden uiteraard nog wel doorgang. De patiënten van Saba en St. Eustatius gaan hiervoor nu naar het ziekenhuis op Bonaire of naar Curaçao (als het betreffende specia-

lisme alleen hier beschikbaar is). Ook dialyse-behandelingen gaan door. De dialyse-patiënten van Saba en St. Eustatius die voor hun behandeling naar St. Maarten vlogen, verblijven nu voorlopig op St. Maarten.

Psychologische en psychiatrische behandelingen gaan ook nog door, met inachtneming van de *social distancing* maatregelen. Dat betekent dat sommige gesprekken nu telefonisch gaan, terwijl zwaardere gevallen nog wel thuis worden bezocht.

10. Personeel in de zorg

Met het platform www.extrahandenvoordezorg.nl wordt het aanbod van mensen die willen helpen in de zorg, gekoppeld aan organisaties die op zoek zijn naar extra handen. In de eerste drie weken hebben bijna 21 duizend mensen met een zorgachtergrond aangeboden om te helpen. Er wordt keihard gewerkt om het hulpaanbod zo snel mogelijk te matchen aan de vraag van zorgorganisaties. In de eerste drie weken (t/m 9 april) zijn er ongeveer ruim 13,7 duizend mensen gebeld. Ongeveer 4900 mensen zijn voorgesteld aan 285 zorgorganisaties. Meer dan 1500 mensen zijn ook al daadwerkelijk aan de slag gegaan.

Zorgen voor het personeel: mentale ondersteuning, arbeidsomstandigheden, hotelovernachtingen

Zorgverleners werken dag en nacht om goede zorg te kunnen blijven bieden, soms onder moeilijke omstandigheden. Ik heb hier grote bewondering voor. Ik vind het belangrijk hen daarbij te ondersteunen. Dat doe ik door middel van laagdrempelige preventieve coaching via www.sterkinjewerk.nl/extra-coaching en via de gespecialiseerde zorg van ARQ/IVP. Hiermee geef ik ook invulling aan de motie van de leden Asscher (PvdA) en Klaver (GL).³⁹

In het debat vorige week vroeg het lid van der Staaij (SGP) naar huisvesting voor zorgpersoneel en eventuele kwetsbare familieleden. Naar aanleiding daarvan heb ik navraag gedaan bij Actiz, RegioPlus en de vakbonden naar de behoefte onder zorgmedewerkers voor hotelovernachtingen voor hen of hun kwetsbare familieleden. Het beeld dat daaruit naar voren komt is dat de behoefte herkenbaar is, maar dat dit op lokaal niveau vaak op een goede manier geregeld wordt tussen werkgevers en werknemers. Er zijn ook diverse initiatieven van hotels en accommodaties die gratis overnachtingen aanbieden voor zorgmedewerkers, zoals bijvoorbeeld www.hotelshelpen.nl en www.airbnb.nl/openhomes/covid19relief. Deze initiatieven zal ik expliciet onder de aandacht brengen via www.extrahandenvoordezorg.nl.

In reactie op het voorstel van het lid Asscher (PvdA) om te komen tot een fonds om ter dekking van financiële ondersteuning van zorgprofessionals dat blijvende gezondheidsschade of bijvoorbeeld financiële schade ondervindt, kan ik melden dat er intussen een particulier initiatief is gekomen voor een privaat fonds; de Stichting ZWiC (Zorg na Werk in Coronazorg). Ik ben graag bereid om dit particuliere initiatief financieel te ondersteunen tot een verdubbeling van maximaal 10 miljoen. Ik ga ervan uit dat ik daarmee in lijn handel van de motie van het lid Asscher⁴⁰. Overigens wil ik vermelden dat de werkgever in eerste instantie verantwoordelijk is voor de financiële gevolgen van zorgprofessionals die helaas ziek zijn geworden tijdens hun werk. Omdat niet valt uit te sluiten dat er

³⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 206

⁴⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 229

ondanks deze hoofdregel individuele zorgprofessionals tussen wal en schip raken, ben ik blij met het particuliere initiatief van de Stichting ZWIC.

Vooruitblik en acties

De effecten van de coronacrisis op het personeel en de arbeidsmarkt in de zorg zullen naar verwachting nog lang merkbaar zijn. Tegelijkertijd is voldoende (regulier) personeel cruciaal voor het weer opstarten van de reguliere zorg. Dat vraagt om drie acties. Ten eerste zetten we met Extra Handen voor de Zorg in op het versnellen/automatiseren van de matching en waar mogelijk ook na de coronacrisis voor de zorg behouden van het extra personeel dat zich nu heeft gemeld⁴¹. Ten tweede zetten we met de Nationale Zorgklas in op het snel mobiliseren en inzetbaar maken van extra personeel (door middel van taakherschikking) van buiten de zorg voor de tijdelijke zorg- en herstelcapaciteit zoals bijvoorbeeld de zorghotels en de tijdelijke corona-units in verpleeghuizen. Daarmee geef ik uitvoering aan de motie van het lid Krol (50PLUS)⁴². Ten derde wil ik beter zicht krijgen op de verwachte en gewenste ontwikkelingen op de arbeidsmarkt op korte en middellange termijn (tot een half jaar). Dit doe ik op basis van:

- De capaciteitsplanning en regioscenario's van de ROAZ/GHOR-regio's via het LOT-C en LCPS rond de tijdelijke zorg- en herstelcapaciteit.
- De scenario's en planning van de NZa rond het opstarten van de reguliere zorg.
- De kwalitatieve duiding vanuit de brancheorganisaties en RegioPlus. Waar hebben zorgorganisaties behoefte aan? Wat verwachten zij voor komende periode? Hoe gaat het straks met vakantie-uren die opgenomen worden?
- De kwantitatieve ontwikkeling van het verzuim in de zorg via het verzuimnetwerk Vernet.

Op basis van de informatie uit in ieder geval deze bronnen bekijk ik samen met onder andere de NZa wat nodig en haalbaar is in de transitie gericht op het opstarten van de reguliere zorg.

11. Publiekscommunicatie

We gebruiken eenduidige communicatie om bij te dragen aan de aanpak van het coronavirus. Daarbij sluiten we zoveel mogelijk aan op de (informatie)behoefte en gevoelens die er leven in de samenleving. De communicatiemiddelen worden daarom continu bijgewerkt naar aanleiding van actuele maatregelen en ontwikkelingen.

Publiekscampagne Alleen samen krijgen we corona onder controle

Op Goede Vrijdag zijn in het kader van de publiekscampagne twee nieuwe tv-spotjes, een radiospot en online middelen verschenen. In het eerste tv-spotje staat de 1,5 meter afstand-maatregel centraal. Zo willen we mensen stimuleren om 1,5 meter afstand te houden en hen aanspreken op de eigen verantwoordelijkheid in de bestrijding van het coronavirus. Het tweede tv-spotje heeft als centraal thema «houd vol». Het doel hiervan is mensen te stimuleren om afstand te houden en social distancing vol te houden. Ook hier wordt de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor het onder controle krijgen van het coronavirus benadrukt.

⁴¹ Kamerstuk 25 295, nr. 209

⁴² Kamerstuk 25 295, nr. 233

Effectmeting

Sinds 31 maart jl. wordt er dagelijks een meting uitgevoerd onder 150 Nederlanders van 12 jaar en ouder over de campagne «Alleen samen krijgen we corona onder controle». Hierin wordt onderzocht in hoeverre de campagne de doelstellingen behaalt en wat de communicatieve werking ervan is. Uit het onderzoek blijkt dat de campagne zeer goed wordt herkend en gewaardeerd. Het onderzoek laat onder andere zien dat veruit de meeste mensen de genomen maatregelen «effectief» achten in het afremmen van de verspreiding van het virus. Men vindt het belangrijk en leeft de regels na, ook al wordt vooral het thuis blijven als minder prettig ervaren. De grote meerderheid van de respondenten heeft het gevoel heeft dat zijn omgeving zich (over het algemeen) ook aan de huidige maatregelen houdt. Tot slot geven de resultaten over de waardering van de communicatie en het handelen van de rijksoverheid een positief beeld.

Intensivering publiekscampagne

In het verlengde van de algemene publiekscampagne worden er twee deelcampagnes ontwikkeld:

Een deelcampagne voor jongeren, waarin we aansluiten op hun leefwereld door antwoord te geven op de vragen die bij hen leven. We zien bij jongeren regelmatig onverschillig gedrag. We willen dat ze de maatregelen serieus nemen en zich eraan houden. Daarom achterhalen we de vragen die hen bezighouden. Door hier antwoord op te geven, kunnen we hen er beter van overtuigen om zich aan de maatregelen te houden. Daarbij maken we gebruik van rolmodellen omdat jongeren deze meer vertrouwen en van hen eerder een boodschap aannemen.

De andere deelcampagne is gericht op mentale gezondheid. In deze campagne laten we mensen zien dat ze niet de enige zijn in hun situatie. Dat het niet gek is als zij zich nu meer gespannen en angstig voelen. Tegelijkertijd willen we oplossingen aandragen, met als belangrijkste middel: praten. Met een partner, vrienden, familie of professionals.

Mentale gezondheid

Naast de deelcampagne gericht op mentale gezondheid, wordt er gewerkt aan een Informatie en Verwijs Centrum waar mensen terecht kunnen met problemen en vragen over dit onderwerp. Een landelijk coördinatieteam start de komende dagen met de concrete uitwerking van een digitaal loket voor informatie over de psychosociale aspecten van de COVID-19 pandemie.

Huiselijk geweld

Door het coronavirus blijven mensen meer binnen wat kan leiden tot extra spanningen in de thuisomgeving. Dit is voor iedereen lastig, maar in sommige gevallen kunnen spanningen en extra irritatie uitmonden in verschillende vormen van geweld. Dit raakt onder meer de onderwerpen kindermishandeling, partnergeweld en ouderenmishandeling. Wij hebben een factsheet gemaakt waarin staat beschreven wat mensen kunnen doen als de spanningen thuis oplopen. Daarnaast starten wij op korte termijn een overkoepelende campagne waarmee wij slachtoffers en omstanders van huiselijke geweld willen aansporen om actie te ondernemen. Voorbeelden hiervan zijn het checken van signalen op de campagne-website, het in gesprek gaan met directbetrokkenen, professionals of anderen in de omgeving en het vragen van advies aan Veilig Thuis.

Mensen met een verstandelijke beperking

Er is een brochure ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke beperking met informatie in eenvoudige taal over de bezoekenregeling in de gehandicaptenzorg. Deze is beschikbaar op rijksoverheid.nl/coronavirus. Daar is ook een brochure in eenvoudige taal beschikbaar met algemene informatie over het Coronavirus.

Blijf zoveel mogelijk thuis

In aanloop naar het paasweekend is er opnieuw extra communicatie ingezet met de oproep om zoveel mogelijk thuis te blijven. In de (online) berichten was hierbij specifieke aandacht voor (groeps-)activiteiten zoals motorrijden, wielrennen en winkelen en voor toeristen aan de grens.

Algemene publiekscommunicatie

De website rijksoverheid.nl/coronavirus had in de week van 6 april meer dan 2 miljoen bezoekers. Het informatienummer 0800-1351 is dagelijks bereikbaar op de reguliere tijden, van 08:00–20:00 uur, en beantwoordde in week 15 31.179 telefoontjes. In diezelfde week zijn vanuit de overheid gezamenlijke social mediaberichten geplaatst over maatregelen voor Caribisch Nederland, de nieuwe campagnespotjes en de oproep om ook in het paasweekend thuis te blijven.

12. Internationale samenwerking

Afgelopen week hebben we de WHO en Costa Rica benaderd om te vragen hoe ver de ontwikkeling van de *patent pool* is en op welke manier Nederland hieraan zou kunnen bijdragen. Beiden hebben hierop positief gereageerd. Komende week zullen wij hierover nader contact hebben om dit verder uit te werken.

13. Financiën in de zorg

Zorgverzekeringswet (Zvw)

In mijn vorige brief over COVID-19 (d.d. 7 april jl.) heb ik aangegeven op de kortst mogelijke termijn een aanwijzing aan de NZa voor te bereiden, zodat de juiste prestatiebeschrijvingen en daarmee de betaaltitels beschikbaar komen zowel voor de meerkosten als voor de continuïteit van Zvw-zorg in verband met COVID-19. Voor een uitgebreide toelichting op deze prestatiebeschrijvingen mag ik u verwijzen naar de aparte brief (naar ik verwacht ontvangt u die vandaag), waarmee de zakelijke inhoud van deze aanwijzing wordt voorgehangen. In verband met het spoedeisende karakter en de noodzakelijke vaststelling van de beleidsregels en nadere regels van de NZa op zeer korte termijn, uiterlijk 1 mei 2020, verzoek ik u vanwege deze specifieke, zeer uitzonderlijke situatie in te stemmen met een verkorte voorhangstermijn van vijf dagen (in plaats van de voorgeschreven termijn van 30 dagen).

In mijn brief van 7 april jl. gaf ik ook aan in gesprek te zijn met de banken. In deze gesprekken is gebleken dat zorgaanbieders ook terecht kunnen bij hun bank. Banken bieden (zorg)ondernemers de mogelijkheid om aflossingsverplichtingen op hun leningen voor zes maanden op te schorten. Ook wanneer een zorgaanbieder tijdelijk extra liquiditeit nodig heeft kan hij zich melden bij zijn bank. Wanneer zicht is op een continuïteitsbijdrage zal de bank overwegen of een kredietuitbreiding, bijvoorbeeld via een tijdelijke overstand op de rekening, verantwoord is.

In genoemde brief van 7 april heb ik aan uw Kamer gemeld dat zorgverzekeraars op 5 april jl. de verschillende brancheverenigingen in de curatieve zorg hebben geïnformeerd over de wijze waarop zij de continuïteit van zorg gaan borgen op korte en langere termijn.⁴³ Daarbij vermeldde ik bovendien dat een belangrijke voorwaarde om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage-regeling is dat de zorgaanbieder in principe geen aanspraak maakt op relevante rijksregelingen in het kader van de coronacrisis. Om zorgaanbieders te helpen bij de vraag over bij wie, voor wat en waar zij terecht kunnen om een beroep te kunnen doen op genoemde regelingen, heb ik in samenwerking met de NZa, ZN en de Nederlandse Vereniging van Banken een stroomschema op laten stellen.⁴⁴

Wet langdurige zorg (Wlz)

Voor wat betreft de financiële zekerheid in de langdurige zorg heb ik u eerder geïnformeerd over de bestuurlijke afspraken die zijn gemaakt tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Zorginstituut Nederland (ZiNL). Deze afspraken zijn geland in de brief die Zorgverzekeraars Nederland op 23 maart jl. aan alle aanbieders in de langdurige zorg heeft toegestuurd.⁴⁵ De afspraken zien toe op tijdelijke maatregelen die gericht zijn op: 1) het op peil houden van de liquiditeit; 2) het compenseren van omzetsderving; 3) het vergoeden van extra kosten als gevolg van de coronacrisis; 4) het versoepelen van de verantwoordings-eisen. Er is toegezegd deze maatregelen op de kortst mogelijke termijn nader uit te werken.

Ik stuur deze week de formele opdrachtbrief aan de NZa, waarin ik de NZa verzoek de compensatie omzetsderving en vergoeding extra kosten nader uit te werken, in consultatie met de betrokken partijen uit de bestuurlijke afspraken en de zorgaanbieders. In de opdrachtbrief zijn uitgangspunten en kaders opgenomen die bijdragen aan een pragmatische en rechtmatige verantwoording, met minimale administratieve lasten. De brief wordt door de NZa op haar website gepubliceerd, zodat zorgaanbieders meer duidelijkheid hebben over de uitwerking van de maatregelen.

Over het op peil houden van liquiditeit heeft ZiNL op 31 maart 2020 een brief verzonden aan de zorgkantoren en het CAK. Hierin is bevestigd dat tot nader aankondiging de bevoorschotting op het huidige niveau gehandhaafd blijft en dus niet zoals gebruikelijk zal worden aangepast op basis van de werkelijke productie. Ook is in de brief van ZiNL opgenomen dat zorgkantoren de bevoorschotting kunnen ophogen voor gemaakte extra kosten als gevolg van de uitbraak van het coronavirus. Hiermee worden liquiditeitsproblemen als gevolg van de uitbraak van het coronavirus voorkomen en kunnen zorgaanbieders in de langdurige zorg zich focussen op de zorgverlening.

14. Beschikbaarheid medische informatie

In mijn brieven van 25 maart jl.⁴⁶ en 8 april jl. heb ik u geïnformeerd over de twee tijdelijke noodmaatregelen die de afgelopen weken zijn genomen om bij te dragen aan het beschikbaar zijn van meer gegevens ten behoeve van de juiste zorg op de juiste plek en op het juiste moment. Hiermee wil

⁴³ Brief van Zorgverzekeraars Nederland aan de branche- en beroepsorganisaties in het zorg-veld d.d. 5 april (B-20-5256).

⁴⁴ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_306142_22/1/

⁴⁵ Brief van ZN «Financiële helderheid zorgaanbieders langdurige zorg», d.d. 23 maart 2020 met kenmerk B-20-5241.

⁴⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 199

ik de druk op de zorg verlichten en de kwaliteit van de zorg zo goed mogelijk borgen. Ik geef u in deze brief een update van de twee tijdelijke noodmaatregelen.

Update tijdelijke Corona Opt-in

Vorige week heb ik u geïnformeerd over het van kracht worden van een beleidslijn, ondersteund door IGJ en afgestemd met de AP en het OM, waarmee het mogelijk wordt om met een tijdelijke maatregel (Corona-opt-in) op de huisartsenpost (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH) huisartsinformatie te kunnen raadplegen.

Met het beschikbaar komen van de beleidslijn zijn de benodigde technische stappen gezet voor realisatie. Dit leidt ertoe dat donderdagavond 16 april gestart kan worden met het aanmelden van de eerste burgers op basis van de zogenaamde «Corona-opt in». Dit houdt in dat vanaf donderdagavond de gegevens van Nederlanders die nog geen keuze kenbaar gemaakt hebben, beschikbaar zullen komen voor raadpleging op de HAP en de SEH. De zorgverlener dient nog steeds de mondelinge toestemming van de patiënt te vragen wanneer de noodzakelijke medische informatie bij de huisarts dient te worden geraadpleegd, tenzij de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten. In dat laatste geval mag de zorgverlener toestemming voor de raadpleging veronderstellen als dat voor de zorgverlening noodzakelijk is. Hiermee wordt de intake en triage op HAP en SEH beter ondersteund.

Zoals eerder is aangegeven, blijft eventueel eerdere geweigerde toestemming van kracht en blijft het mogelijk om via de huisarts of via volgjezorg.nl aan te geven niet te willen dat huisartsinformatie beschikbaar is voor HAP en SEH. Voor de route via volgjezorg.nl moet rekening worden gehouden met enkele dagen verwerkingstijd.

Update tijdelijke noodvoorziening van Philips voor het overdragen van patiëntgegevens bij overplaatsing

In totaal 75 ziekenhuizen hebben een rol in de spreiding van patiënten als verzender en ontvanger. Van deze groep heeft zich d.d. 14 april ruim 95% van de ziekenhuizen aangemeld bij Philips voor het gebruik van de tijdelijke oplossing van het COVID-19 portaal. Hiervan gebruikt twee derde het portaal al daadwerkelijk. De anderen zijn nog bezig met de ingebruikname van het portaal of wisselen gegevens uit via bestaande netwerken en systemen.

Tot slot

Het effect van de maatregelen begint zich voorzichtig af te tekenen. Ik ben enorm trots op, en dankbaar voor de prestaties die alle mensen in de zorg leveren om deze uitbraak te bestrijden. We zijn er echter nog niet. Mochten we in de toekomst de maatregelen gaan versoepelen dan zal dat behoedzaam moeten gebeuren. Het coronavirus verspreidt zichzelf namelijk niet, dat doen wij. Alleen samen – door deze maatregelen met elkaar vol te houden en elkaar te helpen waar mogelijk – krijgen we het coronavirus onder controle.

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