

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 508

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 september 2020

In onze brief aan uw Kamer van 24 juni 2020 informeerden wij u over de actuele stand van zaken met betrekking tot de uitbraak van COVID-19 en schreven wij dat we na de uitbraak- en overgangsfase eerder dan verwacht in de controlefase terecht zijn gekomen. Met elkaar is het gelukt het virus onder controle te krijgen en onze samenleving zoveel mogelijk open te stellen, maar daarmee is het virus niet verdwenen. Inmiddels zijn we ruim twee maanden verder en hebben we in de zomermaanden een ervaring meegemaakt van het aantal mensen dat besmet is geraakt met het virus. Deze toename maakt goed duidelijk hoe kwetsbaar de situatie is waarin we verkeren. We moeten ons voorbereiden op een tweede golf maar vooral: alles in het werk stellen om deze te voorkomen. De afgelopen periode hebben we benut om lessen te trekken uit de eerste fase van de aanpak van COVID-19, dit in lijn met de motie van het lid Veldman c.s.¹. In onze brief van 15 juni² hebben wij aangegeven langs welke lijnen en 9 inhoudelijke thema's wij invulling geven aan deze motie. Wij realiseren ons dat er daarbij thema's zijn die niet aan de orde komen.

De motie van de leden Asscher en Marijnissen³ verzocht ons daarnaast om ons onafhankelijk te laten adviseren. Daarover hebben wij uw Kamer op 21 juli nader geïnformeerd.⁴ Naast de experts die wij reeds betrekken bij de totstandkoming van het beleid is in dit «Lessons Learned» traject in totaal met meer dan honderd experts met een grote diversiteit aan achtergronden gesproken (denk aan: medisch, economisch, sociaal, bestuur, gedrag, communicatie en veiligheid e.a.)⁵. We hebben deze experts gevraagd ons te helpen bij het trekken van deze lessen. Onder andere is gesproken met medische professionals, patiëntvertegenwoor-

¹ Kamerstuk 25 295, nr. 392

² Kamerstuk 25 295, nr. 422

³ Kamerstuk 25 295, nr. 399

⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 463

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

digers, bestuurders, hoogleraren, professionals uit andere sectoren, ervaringsdeskundigen en mensen van onder meer GGD'en en gemeenten. Deze experts hebben een schriftelijke bijdrage geleverd en zijn met ons en elkaar in gesprek gegaan. We hebben nadrukkelijk gevraagd om kritiek op wat anders zou moeten en daar is breed gebruik van gemaakt. Aan de tafels ging het gesprek over de verdieping op de dilemma's en complexiteit op specifieke thema's. Het waren constructieve gesprekken waarin samen gezocht werd naar de lessen om gedeelde uitgangspunten om te zetten in acties. Deze bijdragen en de verslagen van de gesprekken zijn in te zien via www.rijksoverheid.nl/documenten-lessons-learned-corona.

Samenvatting

De experttafels brachten een grote diversiteit aan perspectieven en deskundigheid bijeen die zich niet eenvoudig laat samenvatten. Van iedere tafel zijn lessen getrokken, deze vindt u verderop in deze brief per thema. Die lessen gaan over beleid en bestuur, de uitvoeringspraktijk en over vakinhoudelijke aspecten. Deze externe input heeft ons geholpen bij het scherp krijgen van wat er beter kan. In het totaal van lessen zien we drie hoofdboodschappen:

Goed inzicht: Bij de eerste golf wisten we nog weinig over het virus en evenmin over de verspreiding en de effecten van maatregelen. De lessen voor goed inzicht gaan over vroeg signaleren door testen en traceren en het inzicht over de verspreiding van het virus voor een breder publiek beschikbaar stellen.

Grootschalig testen zoals we vanaf 1 juni doen en de inzet van bron- en contactonderzoek helpen ons sneller en preciezer te detecteren waar besmettingshaarden en clusters zitten. We willen de drempels voor het testen verlagen door op meer plaatsten te testen en het dichterbij mensen te organiseren, zeker voor mensen die minder mobiel zijn. Zo treffen we meer mensen. Dit vraagt om een geleidelijke opbouw. Goed inzicht is nodig voor het kabinet, voor veiligheidsregio's, voor lokale overheden en voor individuele burgers. Want als we met zijn allen verantwoordelijkheid dragen, dan hebben we de informatie nodig om dat te doen. Daarom breiden we het dashboard uit met lokale en regionale informatie. Ook verbeteren we de begrijpelijkheid zodat de informatie voor meer mensen duidelijk is.

Gerichte maatregelen: Het generieke beleid van de eerste golf leverde op economisch en sociaal maatschappelijk gebied nevenschade op die – hoewel de maatregelen noodzakelijk waren – ongewenst was. We weten nu beter waar het virus zich bevindt en wat de bron van de besmetting is. Ook hebben we nu een meer logische taakverdeling tussen het landelijke, het regionale en het lokale niveau. Daarmee kunnen we veel specifieker zijn met de inzet van maatregelen. Hoe specifieker die zijn, hoe meer we de nevenschade kunnen beperken. Er zijn grote regionale verschillen in de aanwezigheid en verspreiding van het virus. Het is essentieel dat we het virus lokaal opsporen en lokale maatregelen treffen om het virus in te dammen. Dit sluit aan bij de les om zo precies en zo snel mogelijk in te grijpen daar waar het nodig is. We spreken met de veiligheidsregio's en decentrale overheden af wanneer lokale maatregelen genomen moeten worden volgens een zogeheten escalatieladder. Een toelichting hierop is opgenomen in deze brief. Een regionaal dashboard met signaalwaarden werken we uit om hier ondersteuning aan te geven.

Een belangrijk aandachtspunt bij het nemen van specifiekere maatregelen is dat er verschillen tussen regio's ontstaan. We zullen meer aandacht

geven aan het begrijpelijk uitleggen van de verschillen per regio of sector en het benoemen waarom dit het geval is.

Gezamenlijk volhouden: We zullen in deze controlefase nog een tijd met het virus leven. Dat is niet makkelijk om gedurende langere tijd vol te houden. We zullen er dus met elkaar voor moeten zorgen dat we dat kunnen blijven doen. Aan de experttafels werd aandacht gevraagd voor onder andere zorgprofessionals, mensen met een kwetsbare gezondheid, jongeren en werkenden die getroffen zijn door de maatregelen. En als we met ervaringsdeskundigen spraken werd duidelijk dat mensen veel breder dan alleen deze groepen geraakt zijn door de effecten van een besmetting of de maatregelen. We blijven allereerst inzetten op begrijpelijke communicatie met meer zichtbare communicatie in de openbare ruimte en communicatie gericht op verschillende doelgroepen (bijvoorbeeld jongeren via TikTok). Ook zullen we in de communicatie meer praktische informatie bieden over bijvoorbeeld bezoek thuis, hoe mensen veilig naar buiten kunnen en waarop te letten. We bieden binnen de geldende maatregelen ruimte voor lokale initiatieven en we maken die voorbeelden zichtbaar. We zullen daarnaast helder communiceren welke reguliere zorg veilig verleend kan worden zodat mensen zorg niet mijden uit angst voor het virus of overbelasting van de zorg. En we willen dat mensen met een beperking of kwetsbare gezondheid zo goed mogelijk kunnen participeren in de maatschappij.

Onze ankerpunten in deze controlefase blijven gelijk: 1) het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid, 2) zorgen dat de zorg niet overbelast raakt en 3) zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus.

Zoals aangegeven is het trekken van lessen voor de controlefase niet hetzelfde als een evaluatie zoals de Onderzoeksraad voor Veiligheid die, mede op verzoek van het kabinet, op 7 mei 2020 is gestart. Dat betreft een uitgebreider reconstructie-onderzoek naar de aanpak van de Coronacrisis door de Nederlandse overheid en andere betrokken partijen.

Inleiding

Met deze brief informeert het kabinet uw Kamer over dit Lessons Learned traject. We geven hiermee uitvoering aan de hierboven genoemde moties en leggen aan de hand daarvan uit hoe het kabinet in de controlefase een tweede golf wil voorkomen en indien nodig, hierop voorbereid is. Tevens gaan we in op de lessen van maatregelen voor mensen met een beperking of kwetsbare gezondheid. We doen dit door per onderdeel te benoemen wat we in de aanpak willen behouden en waar we op basis van de geleerde lessen en ontvangen adviezen meer op zullen inzetten. Deze brief richt zich specifiek op die maatregelen die op dit moment in de controlefase nodig zijn om het COVID-19 virus te bestrijden. Deze brief richt zich niet op de financiële en economische maatregelen die het kabinet heeft genomen ter ondersteuning van de economie of op maatregelen op andere gebieden zoals onderwijs. De genoemde maatregelen zijn deels niet nieuw omdat wij doorlopend zijn ingesprongen op de actuele situatie. Daarover hebben wij uw Kamer steeds geïnformeerd.

De brief bestaat uit drie delen:

1. Maatregelen ter voorkoming van een tweede golf. Daarbij gaan we in op: naleving basisregels, signalering en analyse dashboard, interventie op basis van signalen dashboard, testen en traceren en publiekscommunicatie.

2. Opvangen van een eventuele tweede golf. Daarbij gaan we in op: de reguliere zorg, zorgpersoneel en persoonlijke beschermingsmiddelen.
3. Mensen met een beperking of kwetsbare gezondheid. Daarbij gaan we in op: de behoefte aan perspectief en de activiteiten om mensen in staat te stellen om zoveel als mogelijk te kunnen participeren.

Internationale vergelijking

In deze brief verwijzen we meermaals naar geleerde lessen op basis van de aanpak in andere landen. Dit omdat nagenoeg alle landen voor dezelfde uitdaging staan als Nederland, en er ook in EU verband lessen worden getrokken. De Europese Commissie publiceerde op 15 juli jl. de mededeling Kortetermijnparaatheid op het gebied van COVID-19 uitbraken. Zie bijlage 2 voor de kabinetsappreciatie van deze mededeling⁶. In de voorbije weken zijn wij aanvullend intensief in contact geweest met collega's in Denemarken, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en België. Wij hebben vooral met deze landen contact omdat buitenlandse ervaringen vertaalbaar moeten zijn naar de Nederlandse context. Het is daarom vooral nuttig om te leren van vergelijkbare landen. Die vergelijkbaarheid blijkt uit het gevoerde beleid; zo was de lockdown die in Nederland gold volgens de Oxford stringency⁷ index vergelijkbaar met die van de meeste andere Noordwest-Europese landen.

Nederlandse deskundigen met veel kennis over de aanpak in het buitenland concluderen tevens dat de leidende principes in de aanpak van deze landen, vergelijkbaar zijn met die van het kabinet. Verschillen uiteten zich vooral in de manier waarop landen deze leidende principes uitvoeren. Dat achten deze experts logisch omdat landen verschillen in de manier waarop de publieke gezondheid, zorg, en veiligheidsdiensten georganiseerd zijn. Daarnaast hebben sommige landen een minder gefragmenteerde data infrastructuur, en zijn er culturele verschillen. Deze schriftelijke inbreng met specifiekere lessen wordt tegelijkertijd met deze brief openbaar gemaakt via de eerder genoemde website. Verder hebben wij op het vlak van lokaal indammen van lokale uitbraken, testen, traceren en isoleren, en de langdurige zorg internationale vergelijkingen uitgevoerd. De uitkomsten hiervan staan beschreven onder de betreffende passages.

1. Maatregelen ter voorkoming van een tweede golf

Vanaf 12 maart werden in heel Nederland maatregelen getroffen die tot doel hadden het coronavirus onder controle te krijgen en de zorg niet te overbelasten. De aanpak bestond in die uitbraakfase uit drie onderdelen waar telkens adviezen en maatregelen bij hoorden: (1) het naleven van basisregels om de kans dat het virus van persoon op persoon kon overgaan te verkleinen, (2) het aantal contacten tussen mensen beperken en (3) bewegingen zoveel mogelijk beperken om verspreiding over het land en introductie vanuit het buitenland verder tegen te gaan.

De naleving van deze maatregelen was, en is nog steeds, voor een groot deel de verantwoordelijkheid van mensen zelf. Dit heeft ook gewerkt; de curve van besmettingen en ziekenhuis opnames is in enkele maanden daadwerkelijk gedaald. We zien sinds half juli een oploop in het aantal besmettingen met een piek in de tweede week van augustus. De oploop lijkt in de tweede helft van augustus te stabiliseren. Desondanks is duidelijk dat het virus er nog steeds is en naar verwachting nog een langere periode onder ons blijft.

⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁷ Zie <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>.

Normaal zal de anderhalvemetersamenleving nooit worden. Maar een nieuwe landelijke lockdown moeten we zien te voorkomen. Daarom willen we zo lang het kan zo precies en zo snel mogelijk ingrijpen, dáár waar het probleem zich voordoet. Dat kan in een bedrijf, binnen een familie of vriendengroep zijn, maar ook in een wijk, regio of leeftijdsgroep. Ook in deze fase leren we elke dag weer en stellen we voortdurend bij. Nieuwe inzichten leiden tot aanpassingen in het beleid. De aanpak om een tweede golf te voorkomen blijft gebaseerd op:

- **Naleving van de basisregels.** Dat kunnen we niet genoeg blijven benadrukken. Met de toename van het aantal besmettingen hebben we daar het dringende advies aan toegevoegd om thuis maximaal 6 gasten ouder dan 13 jaar te ontvangen.
- **Testen en traceren.** We benutten alle mogelijkheden om nieuwe brandhaarden zo vroeg mogelijk op te sporen en zo precies mogelijk in te grijpen. Het **Corona dashboard is** een belangrijk instrument om te signaleren en te communiceren. We voegen hier ook een regionale component aan toe.
- **Snel en gericht nemen van maatregelen.** Binnen het kader van de landelijke maatregelen willen we dat er indien nodig snel lokale en regionale maatregelen worden genomen. We hebben daarom een escalatieladder opgesteld om hierin houvast te bieden.
- En als voorwaarde daarbij: **Publiekscommunicatie** is essentieel voor het draagvlak, de naleving en de handhaving van bovenstaande. Daarbij is meer onderscheid naar verschillende groepen nodig om iedereen goed te bereiken.

Naleving basisregels

De belangrijkste maatregel om een tweede golf te voorkomen blijft de inzet op naleving van de basisregels, die voor iedereen gelden: blij thuis bij klachten als griep, verkoudheid en keelpijn en plotseling verlies van smaak en reuk: laat je in dat geval testen op corona. Werk zoveel mogelijk thuis, was regelmatig je handen, houd 1,5 meter afstand en vermijd drukte. Heb je last van benauwdheid of heb je koorts, dan blijven ook gezinsleden thuis. Ook de andere hygiëadviezen, zoals hoesten en niezen in de binnenkant van de elleboog, papieren zakdoekjes gebruiken en meteen weggooien, blijven gelden. Ben je 70 jaar of ouder, of heb je een kwetsbare gezondheid, wees dan extra voorzichtig. Ontvang thuis niet meer dan 6 personen (van 13 jaar en ouder) en vermijd drukke plekken. Iedereen in Nederland heeft een duidelijke, eigen verantwoordelijkheid om deze maatregelen na te leven.

Naast deze basisregels is een aantal randvoorwaarden opgesteld voor openbare ruimtes. In openbare ruimtes dient er tussen de aanwezigen 1,5 meter afstand te zijn en mag er geen te grote groepsvorming plaatsvinden. Voor ruimtes zonder doorstroom en zonder gezondheidsscheck is er een maximum van 250 personen buiten en 100 personen binnen. Grotere aantallen zijn alleen mogelijk zolang er gewerkt wordt met een reservering, gezondheidsscheck en een vaste zitplaats. In de horeca zijn een reservering, een gezondheidsscheck en een vaste zitplaats altijd verplicht ongeacht de aantallen bezoekers.

Ondernemers en organisatoren van evenementen zijn op de betreffende locaties verantwoordelijk voor de 1,5 meter afstand tussen de aanwezigen en afnemen van een gezondheidsscheck vooraf. De lokale overheid houdt hier toezicht op. Bij extreme drukte kunnen de verantwoordelijke burgemeester en de voorzitter van de betreffende veiligheidsregio ertoe besluiten de locatie noodgedwongen en tijdelijk te sluiten.

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Een ambitieuze aanpak op testen en traceren met als doelen voldoende capaciteit, effectief testen en bron- en contactonderzoek, verhogen van de testbereidheid en goede monitoring.
- De stand van de wetenschap bepalend laten blijven bij de inzet van testen en traceren over wat het meest effectief bijdraagt aan de bestrijding van de uitbraak c.q. het verlagen van de reproductiefactor

Waar het kabinet met de kennis van nu meer op wil inzetten:

- Verruimen van snel opschaalbare testcapaciteit, én aandacht voor innovatieve, snelle testen.
- Duurzame borging van het systeem van testen en traceren, met aandacht voor organisatorische en personele versterking.
- Onderzoek naar de wenselijkheid en haalbaarheid om meer mensen zonder klachten die een hoog risico hebben gelopen te testen.

Testen en traceren

Testen en traceren is een belangrijke pijler in de strategie van maximale controle en het voorkomen van een tweede golf. Dat werd door alle deskundigen onderstreept: een investering in testen en traceren loont eigenlijk altijd, omdat het kan bijdragen aan het voorkomen van een lockdown met grotere economische en maatschappelijke gevolgen. In de gesprekken met de experts was er veel waardering voor de snelheid waarmee de GGD'en en laboratoria het mogelijk hebben gemaakt dat vanaf 1 juni iedereen met klachten getest kan worden op het coronavirus, maar het is zaak om de robuustheid en effectiviteit van het systeem verder te versterken. Zij wijzen daarbij op twee belangrijke aspecten:

Ten eerste moet de capaciteit voor testen nog verder opgeschaald worden, met aandacht voor de doorloopsnelheid tussen testaanvraag en -uitslag. Ook moet de capaciteit van de uitvoering van bron- en contactopsporing gelijke tred houden met de groei van de capaciteit voor testen. De experts vroegen aandacht voor de duurzame borging van het systeem van testen en traceren. De huidige organisatie en werkwijze dragen her en der nog de kenmerken van een snelle inrichting in crisistijd. Aangezien het virus nog een tijdje onder ons zal zijn, is aandacht voor organisatorische maar zeker ook personele versterking van belang.

Ten tweede is van groot belang dat de motivatie om mee te doen aan testen en bron en contactonderzoek op peil moet blijven, alsmede de bereidheid om zich te houden aan adviezen rond quarantaine. Het is van belang om de bewustwording over het waarom te vergroten en daarmee de intrinsieke naleving te bevorderen. De experts geven aan dat hier de inzet van gedragswetenschappers en communicatie experts van grote waarde kan zijn. Laagdrempeligheid en fijnmazigheid van de testfaciliteiten – ook voor mensen die minder mobiel zijn – en het wegnemen van andere barrières dragen hiertoe bij.

Het kabinet zal de komende maanden de aanpak van testen en traceren verder doorontwikkelen. In een aparte brief aan uw Kamer⁸ is deze aanpak verder uitgewerkt. De inzet van testen en traceren moet altijd gericht zijn op wat het meest effectief bijdraagt aan de bestrijding van de uitbraak c.q. het verlagen van de reproductiefactor (R_0). De experts waren bijvoorbeeld verdeeld over de vraag in hoeverre het testen van mensen zonder

⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 510

klachten bijdraagt aan het controleren van het virus. Sommigen benadrukten dat het economisch gezien altijd meerwaarde heeft, terwijl anderen juist waarschuwden voor het gevaar van te veel vals-negatieve uitslagen. GGD'en kunnen nu al mensen zonder klachten testen bij regionale uitbraken waarbij mensen een besmettingsrisico lopen. Momenteel vindt op advies van het OMT-onderzoek plaats naar de meerwaarde van testen zonder klachten bij groepen die verhoogd risico hebben gelopen. Bijvoorbeeld mensen die getraceerd worden door de Coronamelder-app en inkomende reizigers uit oranje en rode landen (teststraat Schiphol). In een situatie waarin testcapaciteit schaars is, kan het nodig zijn te prioriteren hoe deze aan te wenden. Het kabinet wil het RIVM of het OMT daarover om advies vragen. Tegelijk zetten wij maximaal in op het verruimen van de testcapaciteit, inclusief de inzet van innovatieve snelle testen.

Met een solide systeem voor testen en traceren komt elke nieuwe opflakking van het virus zo snel mogelijk in beeld en kan elke keten van besmetting zo snel mogelijk verbroken worden (traceren en isoleren). Met intensief testen zitten we het virus zo dicht mogelijk op de hielen en met intensief bron- en contactonderzoek doorbreken we de keten van besmettingen. Het kabinet zet samen met de GGD'en en laboratoria in op een ambitieuze aanpak van testen en traceren.

Deze aanpak bestaat uit 6 doelen:

1. Voldoende testcapaciteit.
2. Effectief testen (doorlooptijd en laagdrempeligheid)
3. Voldoendecapaciteit bron- en contactonderzoek
4. Effectieve bron- en contactonderzoek
5. Verhogen testbereidheid.
6. Zicht houden op performance

De voorbereidingen op deze aanpak zijn deze zomer al gestart maar vergen ook de komende weken en maanden nog forse inspanningen van VWS, GGD'en en laboratoria en is een traject van de langere adem. Dat blijkt ook in deze weken van een hoge testvraag wederom. Het heeft op de korte termijn onze volle aandacht om vraag en aanbod met elkaar in evenwicht te houden. Niet alles is binnen een week gerealiseerd en een goede balans houden tussen testvraag en aanbod en opschaling van materialen en capaciteit is een uitdaging. Dat geldt ook voor de opbouw van het bron- en contactonderzoek.

Internationale lessen testen en traceren

Voor *testen en traceren* hebben we meegedaan aan een internationale vergelijking tussen België, Denemarken, Frankrijk, Italië, Spanje en Nederland, uitgevoerd door Belgische gezondheidsdiensten⁹. Uit deze vergelijking blijkt dat de leidende principes internationaal weinig verschillen, maar de uitvoering ervan wél anders is. Zo kunnen mensen bijna overal hun testuitslag online inzien, werken alle landen aan een app, en wordt het als cruciaal gezien om clusters met besmettingen scherp in het vizier te houden. Diverse landen zetten in op testen van mensen zonder klachten, maar die wel een groot risico hebben gelopen, en het ondersteunen van mensen in thuisisolatie. Aanvullend heeft de Minister van VWS contact gehad met de Deense Minister van volksgezondheid om van de Deense aanpak te leren.

⁹ Zie https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/2020-56_COVID-19_international_comparison_testing_and_contact_.pdf.

Lessen geleerd: testen, traceren en isoleren in Denemarken

Denemarken kent een andere uitgangspositie dan Nederland met een relatief hoog aantal afgenomen tests: 1,2 miljoen per begin augustus op nog geen 6 miljoen inwoners. Grootschalig testen, ook van mensen zonder klachten is al sinds april mogelijk, en wordt centraal georganiseerd door een hiervoor opgericht landelijk orgaan (Test Center Denmark). Dit centrale orgaan is mede opgericht om ervoor te zorgen dat de testcapaciteit niet interfereert met de reguliere diagnostiek. Deze capaciteit is opgebouwd met een gecoördineerde actie van alle landelijke Medisch Microbiologische laboratoria en daarnaast zijn nieuwe, tijdelijke laboratoria ingericht met aanzienlijke financiële donaties van lokale fondsen voor onderzoek en innovatie. In totaal zijn er 18 testcenters met name bedoeld voor het testen van mensen zonder klachten, naast de 30 ziekenhuizen waar mensen met klachten (vaak 24/7) terecht kunnen. Tevens zijn er circa 12 mobiele teststations die ingezet worden bij uitbraken. Testbereidheid is in Denemarken geen probleem, sinds het mogelijk was voor iedereen om zich te laten testen. Hier lijkt de testbereidheid verband te houden met de eenvoudige en heldere richtlijnen die er al vroeg waren. Een testafpraak maakt men online via DIGID, het testresultaat verschijnt in de Persoonlijke Gezondheid Omgeving en het elektronische patiëntendossier van de burger. (Ook in Nederland is het vanaf 12 augustus jl. mogelijk om online een test aan te vragen en het resultaat in te zien.) Eenmaal besmet worden patiënten in Denemarken via de gebruikelijke voorlichtingskanalen dringend aangeraden om thuis in quarantaine te gaan. Deense gemeenten moeten hun inwoners alternatieve huisvesting bieden wanneer quarantaine thuis echt niet lukt. Het belang van thuisquarantaine wordt ondersteund door de observatie van het RIVM dat 60% van alle besmettingen in de thuis sfeer plaatsvindt. Ook in Nederland bestaan initiatieven die dit ondersteunen en zijn afspraken gemaakt met Veiligheidsregio's om ondersteuning te bieden aan mensen die in quarantaine moeten blijven.

We beseffen ons dat de Deense uitgangspositie in organisatie en capaciteit een andere is dan in Nederland. Lessen die we van deze *best practice* leren zijn:

Les 1: Het zo fijnmazig mogelijk inrichten van testafnamepunten is belangrijk voor een hoge testbereidheid en toegankelijkheid.

Les 2: De centrale Deense organisatie van de testcapaciteit bleek goed te werken. Dit wordt voor de Nederlandse context nader uitgewerkt.

Les 3: In de situatie van ruim voldoende testcapaciteit en het testen testen van mensen zonder klachten, maar die wel een groot risico hebben gelopen, houden heldere richtlijnen verband met de testbereidheid.

Les 4: Ondersteuning bij belemmeringen voor thuisquarantaine bleek in Denemarken belangrijk.

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Een centrale plek die inzicht geeft in de verspreiding van het coronavirus in Nederland.

Waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

- Een betere communicatiestrategie waardoor het dashboard alle Nederlanders van informatie kan voorzien.

- Begrijpelijkheid en duiding verbeteren, zodat iedereen die naar het dashboard kijkt begrijpt hoe de verschillende indicatoren zich tot elkaar verhouden.
- Meer lokale en regionale data opnemen in het dashboard zodat we gerichtere maatregelen kunnen nemen tegen het virus.

Signalering en analyse/ dashboard

Om het virus maximaal onder controle te houden, is het van groot belang dat we goed zicht hebben op de verspreiding van het virus. Het Corona-dashboard (coronadashboard.rijksoverheid.nl) is één van de instrumenten die we daarvoor gebruiken. Het toont gegevens en duidt deze voor burgers, bestuurders professionals, journalisten en beleidsmakers. Het dashboard is sinds begin juli operationeel en wordt sindsdien stap voor stap uitgebreid. Het dashboard wordt op dit moment dagelijks door ongeveer 200.000 mensen bezocht.

Het dashboard bevat drie elementen die in samenhang met elkaar de impact, omvang en verwachting van de verspreiding van het virus weergeven.

Dat zijn 1) de cijfers die de epidemie zelf beschrijven zoals het aantal mensen dat besmet is, 2) ondersteunende indicatoren die een beeld geven over het verloop zoals de zelfrapportagegegevens en 3) indicatoren die de potentiële risico's voor verspreiding van het virus weergeven, zoals gegevens uit de Nalevingsmonitor en uit gedragsonderzoeken.

Een nieuwe databron die we recent aan het dashboard hebben toegevoegd is de *rioolwatermonitoring*. Daarmee wordt inzichtelijk gemaakt hoeveel virusdeeltjes voorkomen in het rioolwater in een bepaald gebied. Deze nieuwe databron wordt ontwikkeld als een «early warning system» en wordt in overleg met de Unie van Waterschappen verder uitgebreid naar een groot aantal rioolwaterzuiveringsinstallaties verspreid over het land. Onder meer is dit voor verpleeghuizen belangrijke informatie. Dankzij de rioolwatermonitoring kunnen ze tijdig een toename van het aantal besmettingen in de omgeving van het verpleeghuis zien en passende hygiëne- en gedragsmaatregelen treffen. Hetzelfde geldt voor andere (publieke) instellingen.

Nu de basis goed is neergezet, willen we het dashboard op korte termijn niet alleen een meer lokaal-regionaal ontwerp geven, maar ook meer databronnen toevoegen. Het gaat onder meer om gegevens zoals uit Bron- en Contactonderzoek (BCO-data) en data uit gedragsonderzoek.

Het is essentieel dat we zoveel mogelijk het virus lokaal opsporen en lokale maatregelen treffen om verdere verspreiding van het virus te voorkomen. Daarom moet het dashboard ook informatie bevatten voor lokale bestuurders zodat ze tijdig maatregelen kunnen nemen. Bovendien kan lokale informatie ervoor zorgen dat mensen zich bewust worden van de situatie in de eigen omgeving en zich daardoor verantwoordelijk gaan gedragen en de gedragsregels beter opvolgen. Dat zal dan terug te zien zijn in de besmettingscijfers.

Inmiddels is er ook een Engelse versie van het dashboard beschikbaar zodat ook niet-Nederlandstaligen toegang hebben tot de informatie op het dashboard. Zie coronadashboard.government.nl.

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Langetermijnperspectief als richting.
- Beleid baseren op wetenschappelijke inzichten en de maatregelen ook zo onderbouwen.
- Ook dilemma's delen – bijvoorbeeld bij het verdelen van schaarse openbare ruimte.

En waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

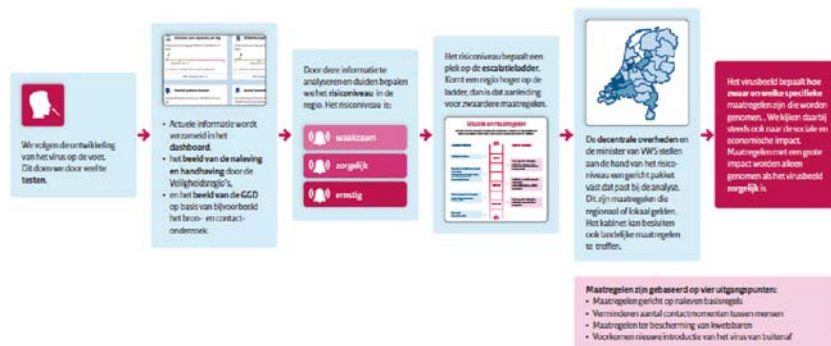
- Zo gericht mogelijk ingrijpen.
- Nog meer kennis delen en data openbaar maken, zowel wetenschappelijke publicaties als data waarop maatregelen gebaseerd kunnen worden (telecomdata). We laten ook zien wat we niet weten.
- Adaptief beleid: nieuwe inzichten kunnen leiden tot aanpassen van indicatoren of aanpassen van maatregelen.
- Meer openbaar laten zien hoe maatregelen worden genomen op basis van een breed palet aan deskundigheid waarbij de balans wordt gezocht tussen controle over het virus tegen minimale sociale en economische schade.

Het zo snel en precies mogelijk nemen van maatregelen

De aanwezigheid en verspreiding van het coronavirus kent grote regionale verschillen. Het is daarom essentieel dat we het virus lokaal opsporen en lokale maatregelen treffen om het virus in te dammen. Dit sluit aan bij de les om zo precies en snel mogelijk in te kunnen grijpen daar waar het nodig is. Om die reden geeft het kabinet veiligheidsregio's en gemeenten de ruimte om lokaal en regionaal maatregelen te nemen om de verdere verspreiding van het coronavirus te voorkomen. Alleen zo kan recht worden gedaan aan de opgave om de verspreiding van het virus te beheersen en tegelijkertijd de maatschappelijke en economische schade van de maatregelen te minimaliseren.

Hieronder schetsen wij hoe het kabinet in overleg met decentrale overheden de komende periode tot een regionale en lokale aanpak wil komen ter ondersteuning van het werk dat de Veiligheidsregio's al verzetten. Daarbij geven we eerst aan hoe het regionale inschalingsniveau voor alle regio's van Nederland bepaald en transparant gemaakt wordt. Daarna wordt geschetst hoe decentrale overheden en het Rijk op basis van dit inschalingsniveau passende en proportionele maatregelen nemen. Hierbij willen we te allen tijde recht doen aan de belangrijke rol die decentrale overheden spelen bij het bestrijden van de verspreiding van het virus. Deze gezamenlijke systematiek met het duiden van informatie en inschalen van regio's, het wegen van maatregelen uit de gereedschapskist en het meewegen van criteria voor een brede afweging wordt hieronder toegelicht. Bij het uitwerken van deze aanpak is dankbaar gebruik gemaakt van de recente ervaringen in Amsterdam en de handreiking van het LCI voor maatregelen bij clusters en regionale verspreiding van het coronavirus,¹⁰ die is behandeld in het OMT van 16 augustus. De komende periode wordt deze aanpak samen met de regio's verder uitgewerkt.

¹⁰ <https://lci.rivm.nl/covid-19/clusters-regionale-verspreiding>



Maatregelen treffen we aan de hand van vier uitgangspunten: Ten eerste zijn de maatregelen gebaseerd op het dashboard en op de analyse van de verspreiding van het virus, door de GGD en het RIVM, en op de analyse van de veiligheidsregio's voor naleving en handhaving. Ten tweede zijn de maatregelen vrijwillig waar dat kan, maar verplicht waar dat moet. Ten derde zijn de maatregelen preventief waar dat kan, maar gericht op het uitdoven van brandhaarden waar dat moet. Ten slotte zijn de maatregelen regionaal waar dat kan, maar landelijk waar dat moet.

Zowel bij het analyseren en duiden van gegevens, als bij het treffen van maatregelen is het van groot belang dat decentrale en nationale overheden gelijk optrekken. Hierbij wordt op verschillende momenten, zowel in de reguliere overlegstructuren als op ad hoc basis wanneer het nodig is, overlegd tussen het Rijk en de decentrale overheden. Daarbij is de Minister van VWS onder de Wet Publieke Gezondheid eindverantwoordelijk voor het bestrijden van COVID-19.

Inschalingsniveau per regio

Naast een verschil in aanwezigheid en verspreiding van het virus, hebben regio's ook hun eigen kenmerken die de wijze beïnvloeden waarop het virus kan worden bestreden. Zo hebben regio's met grote toeristische drukte andere aandachtspunten dan regio's waar minder toeristen komen. Een logisch gevolg hiervan is dat de aanpak van het virus maatwerk is en dus per regio kan verschillen. Er moet in de vaste systematiek ook altijd voldoende flexibiliteit zijn om een goede afweging te kunnen maken, omdat er altijd een mate van onvoorspelbaarheid is.

Om de regionale verschillen inzichtelijk te maken, wordt per regio het inschalingsniveau vastgesteld. Hieronder wordt van de drie inschalingsniveaus een beschrijving gegeven. In de praktijk zullen de regionale situaties nooit exact gelijk zijn aan een van deze drie beschrijvingen. Dit betekent dan ook dat niet aan alle hieronder genoemde criteria hoeft te worden voldaan voordat een situatie als «zorgelijk» of «ernstig» wordt aangemerkt. Het kan zijn dat een regio als «zorgelijk» geïnclassificeerd wordt, terwijl deze ook nog kenmerken heeft uit de beschrijving «waakzaam» of juist «ernstig». Het is dus een glijdende schaal waarbij de inschalingsniveaus dienen als hulpmiddel om te komen tot een proportioneel pakket aan maatregelen.

De drie inschalingsniveaus zijn:

A. Waakzaam

Er is sprake van een beheersbare situatie. Het aantal nieuwe besmettingen is laag. Kwetsbare groepen dienen alert te zijn. Het bron- en contactonderzoek is overwegend effectief. Maatregelen worden voldoende

nageleefd en zijn te handhaven. Er is voldoende regionale zorgcapaciteit beschikbaar. Aanvullende maatregelen zijn erop gericht om de bestaande aanpak beter te laten functioneren.

B. Zorgelijk

De situatie ontwikkelt zich negatief. Het aantal nieuwe besmettingen neemt toe. Maatwerk is nodig om kwetsbaren groepen te beschermen. Als de situatie voortduurt, wordt het bron- en contactonderzoek ineffectief. Maatregelen worden onvoldoende nageleefd. De druk op de regionale zorgcapaciteit neemt toe. De bestaande aanpak moet met aanvullende maatregelen worden versterkt om de verspreiding van het virus weer onder controle te krijgen en terug te keren naar een beheersbare situatie.

C. Ernstig

Hard ingrijpen is noodzakelijk om verdere escalatie te voorkomen en terug te keren naar een beheersbare situatie (waakzaam). Het aantal nieuwe besmettingen neemt snel toe. Het bron- en contactonderzoek is niet meer effectief, waardoor het zicht op de verspreiding afneemt. Maatregelen worden onvoldoende nageleefd. De regionale zorgcapaciteit is onvoldoende. Maatregelen zijn erop gericht om (regionale) overbelasting van de zorg te voorkomen, kwetsbaren te beschermen en weer zicht op de verspreiding van het virus te krijgen.

Methode inschaling regio's

Elke week en indien nodig vaker en sneller wordt voor elke regio van Nederland bepaald wat het inschalingsniveau is. Bij het maken van de afweging hoe een regio moet worden ingeschaald wordt gekeken naar het beeld van de lokale verspreiding van het virus, zoals opgenomen op het dashboard. Op dit moment staan op het dashboard al het aantal positieve testuitslagen en ziekenhuisopnames. Voor 80 locaties zijn daarnaast rioolwaterdata opgenomen. Dit wordt de komende tijd uitgebreid naar alle locaties in Nederland. Stapsgewijs wordt het dashboard steeds verder verfijnd en uitgebreid. Zo worden onder andere het percentage positieve testen en nalevingsgegevens van de maatregelen aan het dashboard toegevoegd. Dit betekent dat het dashboard steeds specifiekere informatie bevat ten behoeve van het inschalen van regio's.

Overschrijding van (regionale) signaalwaarden in dit dashboard betekent dat met urgentie naar een regio wordt gekeken, en voor het Rijk en decentrale overheden om met elkaar in overleg te gaan. Vervolgens wordt ten behoeve van de inschaling hier aanvullende contextinformatie aan toegevoegd over het zicht op het virus en de lokale naleving en handhaving van de regels. Informatie over het lokale zicht op het virus komt van de GGD, die aangeeft hoe onder meer lokaal testen en traceren en het bron- en contactonderzoek verloopt en een breder epidemiologisch beeld rondom clusters schetst. Hierbij is het cruciaal dat GGD-en daarvoor goed worden uitgerust. Informatie over de naleving en handhaving van de regels komt van de veiligheidsregio zelf. Het dashboard wordt dusdanig doorontwikkeld dat informatie met betrekking tot zicht op het virus en het handhaven en naleven van de maatregelen geleidelijk op het dashboard worden opgenomen.

Het bepalen van een inschalingsniveau voor een bepaalde regio en welke maatregelen er vervolgens worden getroffen is dus geen automatisme op basis van louter harde indicatoren, maar een gezamenlijke weging tussen decentrale overheden en het Rijk, in samenwerking met de GGD en het RIVM. Hiertoe wordt tenminste wekelijks overlegd door alle betrokken partijen. Zo wordt de integraliteit in maatregelen tussen regio's, de proportionaliteit en effectiviteit in gezamenlijkheid bewaakt. De Minister

van VWS neemt hierbij als eindverantwoordelijke voor het bestrijden van COVID-19 het uiteindelijke besluit over de inschaling van een regio, na overleg met onder meer decentrale overheden. De Minister van VWS bewaakt de integraliteit en gelijke inschaling van regio's. Daar waar in de doorontwikkeling steeds meer informatie in het dashboard wordt opgenomen, kan steeds beter op basis van geobjectieerde informatie de inschaling plaatsvinden.

Het vastgestelde inschalingsniveau wordt ook gepubliceerd op het coronadashboard. In de tweede helft van september is online te zien of een regio wordt ingeschaald als waakzaam, zorgelijk of ernstig. Dit helpt bij de besluitvorming over maatregelen maar ook voor de communicatie. Hiermee wordt voorspelbaarder, begrijpelijker en duidelijker gemaakt voor de inwoners van zwaarder getroffen regio's waarom maatregelen lokaal worden aangescherpt, terwijl de maatregelen in andere regio's hetzelfde blijven of mogelijk worden afgeschaald. Het inschalingsniveau is nadrukkelijk een hulpmiddel dat ook flexibiliteit vraagt.

Escalatieladder en bijpassende gereedchapskist aan maatregelen

Regionale en lokale maatregelen moeten proportioneel zijn aan het inschalingsniveau en passen bij de aard en achtergrond van de ontwikkelingen. Als het inschalingsniveau verandert, kan dit aanleiding zijn om zwaardere maatregelen te nemen of juist maatregelen te stoppen. Zo kunnen regio's op- en afschalen langs een «escalatieladder». Om regio's hierbij te ondersteunen is de afgelopen periode – aanvullend aan het regionaal inzichtelijke maken van de verspreiding van het virus – met andere ministeries, veiligheidsregio's, GGD'en, RIVM en decentrale overheden gewerkt aan een handreiking (een «gereedchapskist») waarin potentiële maatregelen zijn opgenomen. Deze gereedchapskist wordt continu verder ontwikkeld. Bestuurders van decentrale overheden kunnen bij het treffen van maatregelen gebruik maken van de gereedchapskist als hulpmiddel dat inzicht biedt in de maatregelen die getroffen kunnen worden. Deze gaat uit van de huidige situatie en wordt geactualiseerd als de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 aangenomen en van kracht is. Hierin schuilt geen automatisme; een maatregel moet altijd aansluiten bij de regionale context en bij de analyse van de lokale problematiek. Als bijvoorbeeld uit het bron- en contactonderzoek blijkt dat verspreiding van het virus vooral via thuisfeestjes plaatsvindt, liggen maatregelen gericht op drukte in binnensteden minder voor de hand. De maatregelen in de gereedchapskist dekken niet alle mogelijke situaties af, maar geven een reëel beeld van maatregelen die bij een bepaald inschalingsniveau overwogen kunnen worden.

De gereedchapskist bestaat uit maatregelen die naar aard als volgt zijn te groeperen:

1. De basisregels (waaronder de algemene hygiënemaatregelen, thuisblijven bij klachten en de 1,5m afstandsregel).
2. Het beperken van het aantal contactmomenten om overdracht van het virus te voorkomen.
3. Het beschermen van kwetsbare groepen en het beperken van de gevolgen die daaruit voortvloeien
4. Het beperken van nieuwe introducties van het virus (vanuit het buitenland).

Maatregelen kunnen adviezen zijn, bindende regels of besluiten, fysieke maatregelen of handhaving inhouden. Voorbeelden van maatregelen zijn het handhaven bij niet naleven van de basisregels (passend bij groep 1), het beperken van groepsvorming (passend bij groep 2), of het opleggen van inreisbeperkingen (passend bij groep 4).

De komende weken wordt, ook in overleg met de decentrale overheden, nog verder gewerkt aan de gereedschapskist. Deze gereedschapskist zal in de tweede helft van september in de vorm van een handreiking met decentrale overheden worden gedeeld. Deze is daarna ook niet statisch: naar verwachting zal de gereedschapskist de komende tijd telkens worden geactualiseerd op basis van lessen en ervaringen in de praktijk en de verspreiding van het coronavirus, rekening houdend met de uitvoerbaarheid van de maatregelen door de gemeenten.

Criteria voor brede afweging

Het kabinet betreft bij het opstellen en afwegen van nieuwe maatregelen voor de bestrijding van COVID-19 niet alleen de gevolgen van de maatregelen op de verspreiding van het virus, maar ook de maatschappelijke en economische gevolgen van de maatregelen. Alleen zo kunnen passende en proportionele maatregelen worden getroffen. Om voldoende fundament onder deze afweging te krijgen, voert het kabinet gesprekken met verschillende planbureaus (CPB, PBL, SCP) en het RIVM. Het kabinet gebruikt de input uit deze gesprekken om te bepalen welke criteria bij ieder besluit moeten worden meegewogen. Het gaat daarbij dus niet alleen om de effecten van maatregelen op de verspreiding van het virus, maar ook om de effecten op het brede welvaartsbegrip zoals welbevinden, de leefomgeving, de sociale cohesie en de economie. Niet voor iedere maatregel valt vooraf met zekerheid een inschatting te maken wat de effecten op al deze aspecten zullen zijn. Desondanks is het van belang deze criteria bij elk besluit te betrekken, ook al is dat kwalitatief.

Continue doorontwikkeling

De gezamenlijke werkwijze wordt werkende weg continu doorontwikkeld. We zullen in dat proces daarbij ook het OMT vragen te reflecteren op de werkwijze en te adviseren over nadere invulling en verbeteringen, zoals het OMT ook over de regionale aanpak heeft gedaan in het advies van maandag 17 augustus. Die inhoud leverde een belangrijke bijdrage aan de werkwijze zoals hierboven geschetst. Wanneer de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19, die nu in uw Kamer voorligt, in werking treedt zal de werkwijze hieraan worden aangepast. Dit betreft dan met name de toepassing van de ministeriële regeling in plaats van de

noodverordeningen en de coördinerende rol van de voorzitters van veiligheidsregio's richting gemeenten. Deze elementen worden in aanloop naar de inwerkingtreding van de Tijdelijke wet doorvertaald in een aangepaste werkwijze.

Internationale lessen voor lokale maatregelen

Sinds de versoepelingen van de maatregelen zien we in vrijwel alle landen een sterke focus op regionaal of lokaal beleid. *Casestudies* naar de uitbraken in Gütersloh en Antwerpen leren ons het volgende:

Lessen geleerd: de uitbraken in Gütersloh en Antwerpen

Nadat in Gütersloh de lokale gezondheidsdienst een snelle toename van de besmettingen constateerde, ontstond snel het besef dat de situatie zou escaleren. BCO liet zien dat de uitbraak zich voltrok in een vleesverwerkingsbedrijf. Alle werknemers van het bedrijf werden getest. Inwoners van Gütersloh werden aanbevolen om zich ook te laten testen, wat men ook deed omdat de vakantieperiode aanstaande was en uitbaters van vakantielocaties veelal vereisten dat mensen uit Gütersloh een negatieve test konden laten zien.

Hierdoor werd duidelijk dat het virus zich snel, maar enkel onder de arbeidsmigranten werkzaam in het vleesverwerkingsbedrijf verspreidde. Zij hadden namelijk weinig contact met andere inwoners. Een ander aspect was dat zij veelal in dezelfde flats al dan niet samenwoonden. Handhaving van de quarantaine was daardoor eenvoudiger, hoewel het niet haalbaar bleek om toe te zien op de isolatie van huisgenoten. Uit het feit dat de lokale autoriteiten de politiediensten 47 keer om ondersteuning hebben moeten vragen, blijkt dat zelfs in een dergelijke situatie handhaving van quarantaine niet altijd vanzelfsprekend is.

De uitbraak verliep in Antwerpen totaal verschillend. Herintrede gebeurde in dichtbevolkte volksbuurten. Minder controleerbaar dus dan de flats met arbeidsmigranten in Gütersloh. Omdat het virus zich al breder verspreid had werd besloten dat het naast onhaalbaar ook niet meer nuttig was om hele wijken af te sluiten. Verspreiding voltrok zich vooral door vrijetijdsbesteding. Als gevolg hiervan werd besloten om een avondklok in te stellen, vanaf 23.30 tot 06.00u. Het specifieke tijdstip van 23.30 werd gekozen omdat het daarna niet meer loont om ergens anders naartoe te gaan aangezien bars en kroegen in België om 01.00 dicht moeten. Stedelijke jeugdwerking werd ingeschakeld om alternatieve vrijetijdsbesteding voor jongeren te bieden. Tevens werd hernieuwd een oproep gedaan om thuis te werken, werd verboden om met meer dan 10 mensen samen te scholen en werd het dragen van maskers verplicht in de openbare ruimte. De fitnesscentra vormden een andere bron van besmettingen. Deze werden gesloten, maar klanten gingen sporten in andere wijken waar de centra openbleven, met onnavolgbare verspreiding als gevolg. Het bleek effectiever om fitnesscentra open te houden en strenger te handhaven.

Op basis hiervan concluderen wij:

Les 1: geen uitbraak is hetzelfde, daarom is een lokale aanpak noodzakelijk.

Les 2: voldoende test- en BCO-capaciteit is nodig.

Les 3: realiteitszin over de gedragseffecten van lokale maatregelen is nodig.

Aanpak in grensregio's

Voorgaande voorbeelden van Antwerpen en Gütersloh hebben ook een ander aspect gemeen; het zijn gebieden die aan of dichtbij de grens met Nederland gelegen zijn. Wanneer regionale maatregelen worden genomen die ook het grensgebied raken, dan is het van groot belang dat het openbaar bestuur aan de andere kant daar goed over geïnformeerd wordt. Met andere woorden, bestuurders uit de grensregio's (beide kanten van de grens) zullen grensoverschrijdende afstemming en informatie-uitwisseling moeten incorporeren. In de afgelopen periode heeft (onder meer via de Cross Border Taskforce Corona) informatie-uitwisseling en waar mogelijk afstemming plaatsgevonden van maatregelen tussen de regeringen van Nederland, België en de aan Nederland grenzende Duitse deelstaten Noordrijn-Westfalen en Nedersaksen. De grens tussen Nederland en Duitsland werd niet gesloten. Hier heeft een actief ontmoedigingsbeleid en goede samenwerking mede aan bijgedragen. Met België, dat wel de grenzen sloot, is onder meer overleg gevoerd over het vergemakkelijken van de grenspassage van noodzakelijk grensverkeer, met name voor grenswerkers in cruciale sectoren door het beschikbaar stellen van een vignet.

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Een beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid van de burger door het nakomen van afspraken die we met elkaar maken.
- De bredere inzet van communicatie- en gedragsexperts bij de verdere invulling en uitwerking van de huidige (strategische) communicatie.
- Ontsluiten van informatie door begrijpelijkheid en consistentie; inclusief en toegankelijk voor iedereen.
- Blijven uitleggen waarom de maatregelen genomen worden, hoe deze gehandhaafd worden en dat het belangrijk is dat iedereen zich eraan houdt.

Waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

- Meer gedifferentieerde communicatie naar de verschillende doelgroepen met heldere handelingsperspectieven.
- Meer delen van positieve initiatieven uit de verschillende doelgroepen.
- Meer zichtbare communicatie in de openbare ruimte.
- Meer aandacht voor andere domeinen (economische en sociaal).
- Betere vindbaarheid van antwoorden op specifieke behoeften/vragen van mensen.

Publiekscommunicatie

Communicatie is een belangrijk instrument in de aanpak van deze crisis. Vanaf de eerste weken van de coronacrisis heeft het kabinet ingezet op een communicatiestrategie met als kernpunten: beroep op de eigen verantwoordelijkheid, vertellen wat je wel en wat niet weet, benoemen van dilemma's, eenduidige informatie, gewenst gedrag met duidelijke handelingsperspectieven (basisregels) en richting geven aan de hand van een «routekaart». Met als motto: alleen samen krijgen we corona onder controle. Dit vanuit één centraal punt: www.rijksoverheid.nl. Met daarbij veel aandacht voor antwoorden op veel gestelde vragen en voor voorlichting naar specifieke doelgroepen en in meerdere talen. De strategie en uitvoering worden medebepaald door verschillende expertises vanuit de departementen en door de experts vanuit de gedragsunit van het RIVM.

Tot nu toe hebben we een breed pallet aan communicatiemiddelen en -kanalen ingezet. De campagnes op radio en televisie en de persconferenties waren hiervan het meest zichtbaar. Daarnaast is ingezet op publiekscommunicatie via o.a. online media, influencers en via lokale beeldschermen bij bedrijven en instellingen (narrow casting). Sinds begin maart kan iedereen met vragen bellen naar 0800 - 1351.

Specifieke groepen bereiken we met een gerichte communicatieaanpak. In samenwerking met Steffie maken we filmpjes in eenvoudige taal. Die leggen corona eenvoudig uit, benoemen de basisregels en leggen het testen uit. Ook bereiken we via muziekdienst Spotify een breed publiek. Daarnaast is de dienst gericht ingezet op muziekvoorkeuren van mensen met een niet-westerse achtergrond. De komende maanden start in samenwerking met jeugdorganisaties en mediakanalen gericht op jongeren een communicatietraject voor jongvolwassenen.

Onderdeel van de strategie is communicatieonderzoek. De vinger aan de pols die inzichten geeft in hoe het Nederlandse publiek reageert op de maatregelen en handhaving ervan, de communicatie hierover en welke

informatiebehoefte er is. Aan de hand van bijvoorbeeld een periodieke flitspeiling (die representatief is voor de Nederlandse bevolking), wordt gekeken hoe bepaalde boodschappen zijn geland, hoe bepaalde doelgroepen basisregels naleven en in welke mate er steun is voor de maatregelen. Ook voor de komende periode zetten we verschillende vormen van communicatieonderzoek in om het effect van de communicatie te meten.

De multimediacampagne van de rijksoverheid loopt nog steeds door en is vanaf maart vrijwel dagelijks zichtbaar via traditionele en online media. Toch vraagt het veranderen van het gedrag van mensen meer dan de inzet van communicatie (informereren, uitleggen, overtuigen). In het model van de gedragsunit van het RIVM zien we naast communicatie ook aandacht voor de context waarbinnen de communicatie plaatsvindt. Sociale invloeden, (sociale norm) maar zeker ook de fysieke omgeving bepalen voor een groot deel het effect van communicatie. Verder is in het gedragsmodel de inzet van het instrument handhaving essentieel.

De externe experts die op onze uitnodiging deelnamen aan de sessie Publiekscommunicatie, onderschrijven de succesvolle aanpak van de eerste periode. De communicatiekracht van het kabinet was duidelijk zichtbaar met een helder verhaal («routekaart») waarbij het gewenste gedrag (de sociale norm) het uitgangspunt was. De experts benoemen dat voor de komende periode een aanvullend centraal verhaal (narratief) nodig is. Een verhaal dat gedifferentieerd wordt vertaald naar specifieke doelgroepen zoals jongeren, werklozen, ouderen en kwetsbaren, mensen met een immigratieachtergrond en laaggeletterden. Om de communicatie met daarbinnen de handelingsperspectieven goed te laten aansluiten, adviseren de experts om vertegenwoordigers van deze doelgroepen nauw te betrekken bij de uitvoering van middelen en uitingen. Zodat we deze doelgroepen nog beter bereiken.

Verder gaven de experts mee dat de communicatie vertrekt vanuit de verantwoordelijkheid van de burger. In de samenleving zijn op de sociaaleconomische en maatschappelijke aspecten veel oplossingen die burgers en organisaties zelf al gevonden hebben. Dit betekent naast het blijven aanspreken op ieders eigen verantwoordelijkheid onder meer in gesprek gaan over zorgen, vragen twijfels en zeker ook ideeën die mensen zelf hebben.

Natuurlijk blijven communicatie-experts verbonden aan de doorontwikkeling van de communicatiestrategie en de inzet van middelen gericht op specifieke doelgroepen zoals hiervoor beschreven. We blijven in de strategie inzetten op de benoemde kernpunten. Waar mogelijk zullen we ook de fysieke omgeving van mensen meer en beter «laten communiceren» door de kennis op het terrein van o.a. nudging beter te ontsluiten en te delen met goede voorbeelden via de eigen kanalen van de rijksoverheid. Zo zien we dat ruimtelijke aanpassingen in winkels en horeca (pijlen en strepen op de vloer, eenrichtingsverkeer) een positief effect hebben op het gewenste gedrag. Dat kunnen ook aanpassingen zijn van bijvoorbeeld winkelstraten of de entrees van kantoren.

Verder stellen we een rijksbrede kalender op met situaties en momenten die vragen om specifieke communicatie. Bijvoorbeeld hoe om te gaan met geboorte, verjaardagen, bruiloften, begrafenissen, maar ook baanverlies en huiselijk geweld, schoolvakanties, de start van de scholen en feestdagen.

Dilemmaloga loopt als rode draad in de communicatieaanpak waarbij we nog meer aandacht geven aan wat we wel of niet weten en waarom

maatregelen wel of niet worden genomen en hoe deze worden gehandhaafd.

Het centrale verhaal vraagt naast de volksgezondheid ook een breed sociaaleconomisch en maatschappelijk perspectief. Onderzocht wordt hoe deze uitwerking ontvangen wordt door de doelgroepen. Dit betekent dat de volksgezondheid als hoofdlijn, verbreed wordt met maatschappelijke en economische elementen.

Tenslotte zijn er naast het gedragsmodel van het RIVM ook randvoorwaarden verbonden aan effectieve communicatie in tijden van crisis: we doen het samen, we brengen samenhangende maatregelen, we controleren of mensen de maatregelen naleven en we (laten) zorgen dat de fysieke omgeving aansluit op de (communicatie van de) maatregel(en).

2. Opvangen mogelijke tweede golf

Met een beter zicht op en inzicht in de ontwikkelingen, het zo snel en lokaal mogelijk ingrijpen, opschalen van testcapaciteit en bron- en contactonderzoek en de nadruk blijven leggen op het naleven van de basisprincipes van hygiëne en gedrag willen we het virus beheersbaar houden. Mocht er onverhoopt toch een tweede grote uitbraak komen, dan hebben we op basis van de aanpak van de eerste golf en aanpassingen in het beleid een gedegen voorbereiding. Naast een ijzeren voorraad aan beschermingsmiddelen en een snel op te schalen klinische capaciteit is het vooral van belang dat de zorgmedewerkers in alle sectoren weer voldoende hersteld zijn en goed ondersteund worden om een tweede golf op te vangen.

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Organiseer de zorg digitaal waar dit kan en wenselijk is als het de kwaliteit van zorg ten goede komt. In deze coronaperiode maar ook in een toekomst met personeelskrapte biedt digitale zorg uitkomst.
- Samenwerking en regie in de zorgketen (regionale netwerken, uitbreiding ROAZ met partijen uit de langdurige zorg, opzetten RONAZ voor niet-acute zorg, etc.). Het is belangrijk deze samenwerking binnen en over domeinen en regio's heen te continueren om een oploop in de besmettingen te kunnen opvangen en reguliere zorg zo goed mogelijk te kunnen blijven leveren.
- Het is van groot belang om het Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk overleg Acute Zorg (LNAZ) uit te (blijven) voeren. Dit plan sluit aan bij punten die door de experts als belangrijkste lessen naar voren zijn gebracht. Bijvoorbeeld: het opleiden en behouden van personeel, de samenhang tussen regionale en landelijke coördinatie en informatie-uitwisseling tussen de zorgpartijen.
- Initiatieven en programma's die bijdragen aan voldoende gekwalificeerde zorgprofessionals.

Waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

- Om zorg beter te coördineren en om bijvoorbeeld over voldoende beschikbare bedden te beschikken zijn meer en actuelere data nodig.
- Volgens de experts is het nuttig om meer inhoudelijke expertise uit het veld te betrekken bij de beleidsontwikkeling en -uitvoering, ook ten tijde van crisis. Deze aanbeveling neemt VWS graag ter

- harte door regelmatig met (koepels) van organisaties, beroepsverenigingen en inhoudelijke deskundigen te spreken.
- Voor cliënten en patiënten en hun omgeving is het belangrijk goed te communiceren welke zorg en ondersteuning weer opgeschaald wordt en op een veilige manier kan worden verleend. Dit om zorgmijding, zeker bij kwetsbare groepen, te voorkomen.

Reguliere zorg en IC-capaciteit

De corona-uitbraak zette de hele zorg sterk onder druk. Zowel de Intensive Care (IC), als de reguliere klinische capaciteit in de ziekenhuizen moest flink worden uitgebreid. Ook de druk op huisartsen, het vervoer en de nazorg van patiënten steeg. Het was een ongekennde en intense periode vanwege de grote groep mensen die getroffen werd door het virus. Vooral het aantal patiënten op de IC (met een gemiddelde ligduur van 19 dagen) had een enorme impact en leidde tot afschaling van de reguliere zorg, met alle gevolgen van dien.

Mochten we in ons land te maken krijgen met een tweede golf, dan willen we dit scenario voorkomen. Dat is de belangrijkste les uit de afgelopen periode als het gaat om de curatieve zorg. We willen bij een nieuwe uitbraak dat de reguliere zorg zoveel mogelijk op hetzelfde niveau kan blijven. Hiervoor moeten we kunnen beschikken over voldoende capaciteit op de Intensive Care en in de klinische zorg.

Om die reguliere zorg zoveel mogelijk op peil te houden gaven de experts aan dat mensen met een zorgvraag moeten weten dat ze altijd contact met hun (huis)arts kunnen opnemen, waarna ze samen kunnen beslissen welke vorm van zorg (digitaal of fysiek) op dat moment nodig is. Onze voorkeur, en die van een deel van de experts, gaat uit naar digitaal/op afstand waar dat mogelijk en wenselijk is. Om dat te stimuleren en de goede aspecten van de zorgverlening in de afgelopen periode te behouden, hebben wij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd ons hierover te adviseren. De NZa verlengt de tijdelijke verruimingen voor digitale zorg die per 1 maart van dit jaar zijn ingegaan tot en met 31 december 2020. Alle eventuele belemmeringen of beperkende voorwaarden in de regelgeving zijn tijdelijk buiten werking gesteld. Uitgangspunt is daarnaast om deze tijdelijke verruimingen structureel te maken vanaf 2021. Ook heeft de NZa een nieuwe Wegwijzer bekostiging digitale zorg gepubliceerd.

Van belang is dat we de capaciteit vergroten van de IC, de klinische zorg en de zorg die daar direct door beïnvloed wordt (bijvoorbeeld: ambulancetzorg, Mobiele Medische Teams (MMT), vervoer via Mobiele Intensive Care Units (MICU) en revalidatiezorg). Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heeft hiervoor inmiddels een veelomvattend plan opgesteld, dat de Minister voor Medische Zorg en Sport uw Kamer op 30 juni 2020 heeft aangeboden. Op basis van dat plan worden onder meer de volgende maatregelen uitgewerkt:

Het aantal IC-bedden wordt voor de behandeling en verpleging van COVID-19 patiënten tijdelijk (totdat er een vaccin is) verhoogd naar 1350. De daarbij behorende klinische bedden stijgen evenredig. Hier bovenop kan snel worden opgeschaald naar 1700 IC-bedden. Dit laatste gaat dan wel gepaard met een afschaling van de reguliere zorg. Eventueel kunnen er in Duitsland ook nog IC-patiënten terecht. De regiestructuur om patiënten binnen de ROAZ-regio's en waar nodig bovenregionaal of naar Duitsland te verspreiden (en om goed inzicht te hebben in waar nog bedden beschikbaar zijn) wordt gereed gemaakt.

Voor wat betreft de bevolkingsonderzoeken naar kanker geldt dat het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM een aanpak heeft ontwikkeld die erop gericht is te voorkomen dat de bevolkingsonderzoeken door druk op de reguliere zorg weer tijdelijk stopgezet moeten worden. Daarbij wordt aan de hand van de ontwikkelingen gekeken welke aanpassingen in de programma's nodig zijn om de bevolkingsonderzoeken wél te laten doorgaan.

Voor ziekenhuizen geldt een inspanningsverplichting om de reguliere zorg op peil te houden. De experttafel gaf hierop aan dat er in deze opschaling voldoende aandacht moet blijven voor inzetbaar personeel. Hiervoor moet een grote opleidingsopgave gerealiseerd worden. Voldoende en gekwalificeerd personeel is onmisbaar om de zorgcapaciteit te kunnen vergroten en flexibel te maken. In de handreiking «Opleiden bij het Opschappingsplan» staat een groot aantal actiepunten om op verschillende manieren voor voldoende formatie te zorgen. Het gaat onder meer om concrete acties gericht op het opleiden van IC-ondersteuners, IC-assisterende verpleegkundigen en basis acute zorgverpleegkundigen.

Ziekenhuizen kunnen ook inzetten op tijdelijk extra personeel. Hiervoor kunnen zorgaanbieders gebruik maken van het online portal www.extra-handenvoordezorg.nl. Op deze site staan (oud-) zorgmedewerkers die willen bijspringen in de zorg. Ook kan gebruik worden gemaakt van de aanvullende maatregel van de Minister voor Medische Zorg en Sport die geldt vanaf 17 maart 2020. Deze maakt het mogelijk om bij een tekort aan personeel, voormalig zorgpersoneel (onder voorwaarden) in te zetten ter ondersteuning van de huidige zorgverleners. Tegelijkertijd verkennen we de mogelijkheden van regionale flexibele schillen van zorgmedewerkers. Het gaat om medewerkers die instellings- en domeinoverstijgend werken en ingezet kunnen worden waar zij het hardst nodig zijn. Dit kan niet alleen uitkomst bieden in de situatie van een pandemie, maar ook bij andere piekbelastingen.

Voor de structurele instroom van nieuw personeel besteedt de «IkZorg-campagne» in het najaar van 2020 aandacht aan zij-instromers en herintreders.

Ook wordt het scholingsprogramma herregistratie voor verpleegkundigen aangepast, zodat deze vanaf eind 2020 beter aansluit op het kennisniveau van herintreders. Er wordt ook gewerkt aan het aantrekken, motiveren en vasthouden van zorgpersoneel, onder meer in het programma Werken in de Zorg.

Parallel aan de experttafels wordt eens in de twee weken met de voorzitters van de FMS, LHV, LNAZ, NFU, NVZ en V&VN gesproken in het «monitoring COVID-19» overleg. Ook met hen is gesproken over de geleerde lessen. Deze uitvraag heeft veel reacties opgeleverd. Een gecategoriseerde samenvatting is eveneens gepubliceerd op de site met alle position papers en gespreksverslagen. Deze samenvatting geeft een momentopname en kan gaandeweg het overleg steeds worden aangevuld. De dynamische lijst wordt door eerdergenoemde partijen gehanteerd als werkagenda voor aan te pakken knel- en aandachtspunten.

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Samenwerking tussen overheid, GGD-GHOR/ROAZ, fabrikanten/leveranciers en (koepels van) zorginstellingen om ervoor te zorgen dat mensen op de werkvloer veilig kunnen werken en de patiënten/cliënten niet besmet worden.
- Betrekken van zoveel mogelijk kennis en ervaring uit het veld bij kwesties rondom inkoop, productie, distributie, kwaliteit,

voorlichting en gepast en goed gebruik van PBM in verschillende settings.

- Het in stand houden van de ijzeren voorraad om pieken in de vraag of plotselinge tekorten te kunnen opvangen. De opbouw van eigen productiecapaciteit nader onderzoeken voor minder afhankelijk van het buitenland.

Waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

- Duidelijkheid creëren over rollen en verantwoordelijkheden in de voorbereiding op een eventuele tweede golf, vooral bij het vervolg van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) en bijbehorende strategie wat de LCH kan doen en wat zorgaanbieders en anderen zelf doen.
- Beter cijfermatig inzicht in (en mogelijke scenario's ten aanzien van) de toekomstige vraag naar PBM, de consequenties voor het LCH en een goede communicatie hierover naar zorgpartijen, andere partijen en de bevolking.
- Meer communicatie en instructie over PBM-gebruik, zowel voor zorgprofessionals, mantelzorgers en vrijwilligers als cliënten.
- Evenredige verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen binnen het Koninkrijk.

Persoonlijke beschermingsmiddelen

Alle professionals in de zorg moeten erop kunnen rekenen dat zij hun werk veilig kunnen doen. Er is de afgelopen periode veel gesproken over persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM). Gegeven het feit dat de kennis over het virus nog sterk in ontwikkeling is en er zeker in het begin sprake was van schaarste aan beschermingsmiddelen en testcapaciteit, begrijpt het kabinet goed dat zorgmedewerkers vaak in onzekerheid verkeerden of ze goede en veilige zorg konden blijven verlenen. Datzelfde geldt voor werkgevers gelet op hun verantwoordelijkheid. Bij een (ervaren) tekort was en is het belangrijk dat professionals dit met hun werkgevers bespreken. Biedt dit geen uitkomst, dan kunnen ze dit melden bij de Inspectie SZW en/of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. In de brief «Lessen verpleeghuizen met het oog op een eventueel tweede golf¹¹» is uitvoerig ingegaan op de context van het begin van de coronacrisis en welke acties hierop zijn ondernomen om aan de vraag te voldoen.

Aan het begin van de coronapandemie steeg wereldwijd het gebruik van PBM en ontstond er als gevolg daarvan mondiale schaarste. Daardoor waren reguliere kanalen voor zorgaanbieders veelal onvoldoende, was een samenwerking in de regio vaak ontoereikend en moest er nationaal worden gehandeld. Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) werd opgericht. Een samenwerking van verschillende partijen die tot doel had zoveel mogelijk PBM (en andere hulpmiddelen) van de juiste kwaliteit in te kopen om zo aan de aanvullende vraag van zowel de curatieve als de langdurige zorg te kunnen voldoen. Deze krachtige samenwerking in het LCH willen wij behouden. Het bundelen van kennis en expertise van de verschillende betrokken partijen op het gebied van inkoop, logistiek en kwaliteit, heeft enorm geholpen om het tekort aan PBM op te lossen. Inmiddels geeft het LCH aan voor de huidige uitgangspunten voor gepast gebruik voldoende voorraden te hebben en zijn er bestellingen geplaatst zodat de gehele zorg over voldoende PBM kan beschikken als er een

¹¹ Kamerstuk 25 295, nr. 461

tweede golf komt. De actuele voorraad wordt wekelijks gepubliceerd.¹² Het LCH vormt een aanvulling op de reguliere leveringen van PBM aan zorginstellingen. We zien dat zorginstellingen in de langdurige en curatieve zorg hun eigen voorraden uitbreiden via de reguliere kanalen en het LCH.

Daarbij wordt uitgegaan van de RIVM-uitgangspunten voor gepast gebruik gebaseerd op besmettingsrisico in specifieke behandsituaties, in zowel de curatieve als langdurige zorg. De uitgangspunten worden tijdens de crisisperiode aangevuld op basis van nieuwe inzichten en ervaringen. Inmiddels zijn praktische handreikingen voor personeel opgesteld of wordt daaraan gewerkt. Dat betekent dat professionals beter zijn voorbereid op een eventuele tweede golf en er meer zekerheid is dat de zorg op een goede en veilige manier kan worden verleend. Essentieel is dat ook zorgmedewerkers zich laten testen bij klachten en zich aan de regels voor quarantaine houden. De communicatie over een en ander wordt de komende tijd versterkt.

Het RIVM heeft recent GGD-artsen laten weten dat als in de omgeving van een zorginstelling het aantal besmettingen toeneemt, tijdelijk meer preventief gebruik van PBM overwogen kan worden. Dit wordt betrokken bij de inkoop van de benodigde voorraden.

Op nationaal niveau wordt onderzocht hoe het risico van tekorten in persoonlijke beschermingsmiddelen beter kan worden beheerst. Een «ijzeren voorraad» persoonlijke beschermingsmiddelen kan hierbij een rol spelen. Hiermee kunnen pieken in gebruik, of tekorten op de markt, worden opgevangen. Op welke manier dat het beste kan, wordt in samenwerking met veldpartijen nader onderzocht. Maar het risico van tekorten wordt hierdoor niet volledig beheerst, zoals experts in het kader van het *Lessons Learned* traject terecht hebben aangegeven. De mondiale markt voor beschermingsmiddelen is dynamisch en daarom blijft voortdurende monitoring van de markt, evenals snel schakelen, essentieel. Voorts is geadviseerd om inzichtelijk te maken wat het verwachte gebruik van beschermingsmiddelen in de toekomst zal zijn zodat fabrikanten voldoende grondstoffen kunnen inkopen. Ook deze adviezen nemen wij ter harte en werken we uit om ze te implementeren in een LCH 2.0.

Naast een ijzeren voorraad proberen we onze onafhankelijkheid van buitenlandse beschermingsmiddelen te versterken door mogelijkheden te benutten om zelf meer beschermingsmiddelen te kunnen produceren. Dit is inmiddels voor verschillende producten opgestart en wordt nader onderzocht voor andere producten en grondstoffen. Dit sluit aan op het advies van de experts. Samenwerking met andere Europese lidstaten is hierbij mogelijk. U wordt hierover nader geïnformeerd.

3. Mensen met een beperking of kwetsbare gezondheid

Vanaf de uitbraak van het coronavirus is de strategie van het kabinet gericht op het maximaal controleren van het virus met twee centrale doelen: het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid en zorgen dat de zorg niet overbelast raakt. Het gaat om mensen in risicogroepen die na een besmetting een grotere kans hebben op een ernstig verloop van de ziekte dan andere mensen. En mensen die

¹² <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/tijdelijke-crisisstructuur/landelijk-consortium-hulpmiddelen/actuele-voorraad-persoonlijke-beschermingsmiddelen-voor-zorg>

vanwege intensieve zorg en begeleiding vaak in nauw contact komen met hulpverlening en daardoor meer kans lopen besmet te raken.

De maatregelen die bij de eerste coronagolf zijn genomen zijn ingrijpend geweest, zeker voor mensen in instellingen, mensen met een beperking of chronische ziekte, ouderen thuis, kwetsbare jongeren, arbeidsmigranten, dak- en thuislozen en mantelzorgers. Reguliere zorg en ondersteuning zijn vaak afgeschaald of mensen durfden geen zorg thuis toe te laten. Een belangrijke voorziening als dagbesteding vond vaak niet meer (op de gebruikelijke manier) plaats. Mensen waren en zijn nog steeds bang besmet te raken en ziek te worden waardoor ze niet aan het dagelijks leven durven deel te nemen. Daarmee komt hun kwaliteit van leven onder druk te staan, terwijl ook voor hen het kunnen participeren in de samenleving belangrijk is. We hebben ook gezien dat, terwijl sommige kwetsbare mensen juist sterker uit de eerste golf zijn gekomen, er nieuwe kwetsbaarheden zijn ontstaan, bijvoorbeeld onder jongeren. Hier moeten we oog voor blijven houden. Vermeldenswaardig is dat we veel maatschappelijke initiatieven hebben zien ontstaan, veel vrijwilligers en mensen uit het bedrijfsleven die zich hebben ingezet om kwetsbare mensen te ondersteunen en platforms die de vraag en het aanbod samenbrengen. Zo zetten honderden jongeren zich in voor mensen met een kwetsbare gezondheid via hun Maatschappelijke Diensttijd.

Wat het kabinet met de kennis van nu wil behouden:

- Duidelijke maatregelen en een goede naleving door iedereen, juist ook in belang van kwetsbare mensen en hun participatie in de samenleving.
- Domeinoverstijgende samenwerking, een goede positionering van de langdurige zorg in ROAZ-verband en een intensievere samenwerking tussen GGD'en en de VVT-sector.
- Opschaling van zorg en ondersteuning in combinatie met financieel comfort voor instellingen en houders van een pgb omwille van het borgen van zorgcontinuïteit op korte en langere termijn
- Overlegstructuur tussen brancheorganisaties, beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties met VWS over maatregelen, knelpunten en communicatie.
- Aandacht voor groepen die niet kwetsbaar waren, maar dat door de coronacrisis wel zijn geworden. Dit geldt in het bijzonder voor jongeren en jongvolwassenen door de lange periode van thuisonderwijs, minder kans op de arbeidsmarkt en een kwetsbare thuissituatie.
- Maatschappelijk initiatieven stimuleren en benutten (burgerinitiatieven, vrijwilligers, bedrijfsleven)

Waar het kabinet met de kennis van nu meer op gaat inzetten:

- Aandacht voor het bieden van perspectief: het nieuwe normaal gaat langer duren en vraagt om een invulling voor mensen met een beperking of een kwetsbare gezondheid. Organisaties ontwikkelen – op de solide basis van algemene hygiëne- en andere maatregelen – hun eigen strategieën, gedifferentieerd naar specifieke groepen.
- Mensen met een beperking of een kwetsbare gezondheid worden actief betrokken bij beleid en uitvoering en de consequenties en mogelijkheden voor hen.
- Het kabinet zal samen met gemeenten passende maatregelen nemen daar waar de sociaaleconomische impact van het

coronavirus groot is. Dit volgt in de kabinetsreactie op het advies van de tijdelijke werkgroep «Sociale impact van het coronavirus».

Om van andere landen te leren over de langdurige zorg, heeft Vilans bijgehouden welke maatregelen andere landen treffen. Vilans¹³ concludeert dat overheden in Noordwest-Europa in het begin van de uitbraak redelijk vergelijkbaar beleid voerden. In ongeveer dezelfde periode werd er in de meeste landen bijvoorbeeld besloten tot bezoekrestricties in de verpleeghuiszorg. Naarmate de crisis voortduurde en meer kennis beschikbaar kwam, ziet Vilans ook meer internationale divergentie in het beleid ontstaan. Dat komt overeen met het huidige Nederlandse beleid ten aanzien van de langdurige zorg, waarbij ruimte voor en kennis over maatwerk en proportioneel beleid is ontstaan in deze fase van de crisis.

We trekken lessen uit de eerste golf en hebben ondertussen meer zicht op en beter inzicht in de aard en de verspreiding van het virus. Er blijft een essentiële behoefte aan eenduidige en duidelijke maatregelen met een heldere communicatie en een goede naleving. Denk aan de 1,5 meter en de algemene hygiëne adviezen. Juist voor mensen met een kwetsbare gezondheid is het belangrijk dat anderen zich hieraan blijven houden. Dat is de basis. Tegelijkertijd zorgen we voor een combinatie van centrale regie en algemene maatregelen enerzijds en passende regionale en lokale maatregelen anderzijds als de besmettingsgraad verder oploopt.

In onze brief van 16 juli¹⁴ is uw Kamer geïnformeerd over de onderstaande lessen die we hebben geleerd voor de verpleeghuiszorg. Met de huidige inzichten, ervaringen en capaciteit zijn we bij een eventuele tweede golf in staat om meer gerichte en gedifferentieerde maatregelen te treffen.

1. De basis(veiligheid) op orde in alle verpleeghuizen.
2. Ondersteuning voor zorgaanbieders verpleeghuiszorg.
3. Goede landelijke en regionale positionering verpleeghuiszorg.
4. Voldoende zorgprofessionals en hun welzijn en betrokkenheid.
5. Voldoende (opschaalbare) capaciteit voor COVID-patiënten.
6. Financieel comfort voor continuïteit.
7. Signalering, analyse en interventie.
8. Sneller en gericht testen.
9. Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen.
10. Een evenwichtige en gedifferentieerde bezoekregeling.

De bovenstaande lessen bevatten een aantal uitgangspunten die breed gelden voor de langdurige zorg die thuis of in een instellingen wordt verleend. Het vinden van de juiste balans tussen het medische noodzakelijke en menselijk wenselijke speelt daarbij een belangrijke rol.

Voor de doelgroep mensen met een beperking of chronische ziekte, zowel thuiswonenden, als mensen in instellingen, is een apart traject in gang gezet naar aanleiding van de motie van het lid Van den Berg c.s. (Kamerstuk 25 295, nr. 395). Deze motie verzoekt de regering met het veld in overleg te treden hoe zich voor te bereiden op een terugkeer naar het «gewone» leven, dan wel hoe zich voor te bereiden op een mogelijke tweede golf. We zullen uw Kamer hierover uiterlijk half september in een aparte brief informeren.

De diversiteit is ook in de groep van mensen met een kwetsbare gezondheid groot en verdient in de communicatie meer aandacht. Heldere, eenvoudige, eenduidige en waar nodig specifieke communicatie.

¹³ Zie <https://www.vilans.nl/projecten/europese-vergelijking-corona>.

¹⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 461

Organisaties van patiënten, cliënten en ouderen, zorgorganisaties en gemeenten kunnen, binnen het nieuwe normaal, strategieën maken of verder uitwerken en hun verantwoordelijkheid nemen, aansluitend op hetgeen men gewend is in de reguliere situatie. Denk hierbij aan continuïteit van zorg en ondersteuning, dagbesteding, respijtzorg, jeugdhulp, jeugdbescherming, veilig thuis, vervoer, opvang, maatschappelijk initiatief en sociale ondersteuning, intervisie en het delen van best practices. Zo maakten jeugdhulpaanbieders ieder hun eigen afweging of zij de hulp konden continueren, wat tot verwarring leidde bij jongeren en gezinnen. Hier is nog winst te behalen door gezamenlijk met veldpartijen op te trekken en sectorbrede afwegingskaders consistent te gebruiken. We moeten ook blijven zoeken naar nieuwe mogelijkheden zoals de vlucht die digitalisering heeft genomen tijdens de eerste golf.

Op basis van de ervaringen van de eerste golf en gesprekken met veel organisaties en experts, komt duidelijk één behoefte sterk naar voren: de behoefte aan perspectief. Kwetsbare mensen en hun omgeving, moeten op de brede basis van maatregelen zelf zoveel mogelijk in staat worden gesteld hun eigen nieuwe normaal in te richten. Hierbij moeten we vooral kijken naar wat er wél kan. Met hulp van anderen, hun naasten, en gesteund door genoemde organisaties moeten mensen eigen regie kunnen voeren, zodat ze op een veilige manier kunnen deelnemen aan het dagelijks leven («maatschappelijke empowerment»). We moeten niet over hen, maar mét hen het gesprek voeren.

Om dit bereiken is het volgende ondernomen en in gang gezet:

- In juni is uw Kamer geïnformeerd over de «COVID-19-strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte¹⁵: «een veilige terugkeer naar het gewone leven»». Aan die strategie geven we samen met de organisaties uitvoering. Ook wordt momenteel een monitor ingericht om de voortgang op de uitgangspunten van de strategie te kunnen volgen. Denk hierbij aan het volgen of zorg en ondersteuning in voldoende mate wordt geleverd (uitvraag bij zorgaanbieders en signalen van cliëntenorganisaties), maar ook in hoeverre men weer kan deelnemen aan het dagelijks leven (ook onder meer door uitvraag bij cliëntenorganisaties).
- Voor ouderen thuis is een soortgelijke strategie in ontwikkeling. Hierin zijn uitgangspunten opgenomen die bijvoorbeeld een beeld moeten geven of ouderen het thuis redden, samen met hun naasten, of ze voldoende regie ervaren over hun leven, mantelzorgers voldoende ondersteund worden en of de communicatie voldoende helder, begrijpelijk en toegankelijk is. Het concept-plan wordt momenteel besproken met VVT- en seniorenorganisaties. Daarbij is ook differentiatie van belang; de ene oudere is de andere niet.
- Het Ministerie van VWS is met het RIVM, het OMT, de Nederlandse Vereniging van Klinisch Geriaters en de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten, in overleg om te bezien of de huidige adviezen voor kwetsbare mensen aanpassing of bijstelling behoeven. De eerdere adviezen zijn tijdens de eerste golf soms als te generiek ervaren, want de groep kwetsbare mensen is divers. Onderzocht wordt hoe de adviezen rond veiligheid en hygiëne kunnen bijdragen aan voldoende handelingsperspectief en toch zo eenvoudig en eenduidig mogelijk gehouden kunnen worden.
- Tijdens de eerste golf hebben we richtlijnen opgesteld voor dagbesteding, huishoudelijke hulp, jeugdhulp en -bescherming, veilig thuis, onderwijs respijtzorg en voor de ondersteuning van mantelzorgers¹⁶. Dit in aanvulling op de richtlijnen vanuit de Landelijke Coördinatie voor

¹⁵ Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 386

¹⁶ Ter illustratie: voor de jeugdhulp heeft de stuurgroep zorg voor de jeugd en corona afgelopen zomer alle eerdere gemaakte afwegingskaders, handreikingen, protocollen en Q&A's waar nodig geactualiseerd (<https://www.nji.nl/coronavirus>).

Infectieziektebestrijding (LCI) voor kwetsbare groepen en de LCI-richtlijn voor vervoer van kwetsbare mensen. Deze richtlijnen actualiseren we als daar aanleiding toe is.

- We hebben persoonlijke beschermingsmiddelen geregeld voor mantelzorgers, die intensieve mantelzorg verlenen, PGB gefinancierde informele zorg en medewerkers in de palliatieve zorg. Deze middelen worden door het Ministerie van VWS gefinancierd en via apotheken verstrekt. Die voorraad is op orde.
- Met de gedragsunit van het RIVM, de communicatiedirecties van VWS en het andere departementen en de organisaties van patiënten, cliënten en ouderen wordt besproken welke algemene communicatie en communicatiemiddelen bijdragen aan het bieden van handelingsperspectief voor de verschillende groepen kwetsbare mensen. Dit moet hen helpen persoonlijke afwegingen te maken, en angst weg te nemen, om zoveel mogelijk mee te doen in het nieuwe normaal. Naast de algemene communicatie blijven ook gericht op onderwerpen of doelgroep communiceren, bijvoorbeeld gericht op vermoedens van huiselijk geweld en hoe je als omstander kan handelen.
- Daarnaast hebben organisaties specifieke vragen gesteld voor hun achterban. Bijvoorbeeld welke beschermingsmogelijkheden mensen met een chronische ziekte hebben, of wat betekent het voor ouderen om een verhoogd risico te hebben en wat men in dat geval het beste kan doen. Ook zijn er vragen van mensen met een verhoogd risico terwijl iemand anders in hetzelfde huishouden in de zorg werkt. Hiervoor worden QenA's opgesteld en ter toetsing aan het RIVM voorgelegd. Zodoende kan men specifiek de eigen achterban gericht informeren.
- Kinderen en jongeren zijn minder kwetsbaar voor het virus. Door het jeugdveld is echter geconstateerd¹⁷ dat de coronamaatregelen zelf grote impact kunnen hebben op welzijn, en ontwikkelingsperspectief van kinderen en jongeren. De aanbeveling vanuit het jeugdveld is om dit perspectief specifiek in de afwegingen te betrekken, mocht er een tweede golf komen. Opdat onze kinderen, jongeren en jongvolwassenen zich voldoende, in veiligheid, kunnen ontwikkelen middels scholing, dagbesteding, sport, stages, bijbaantjes en contact met leeftijdsgenoten.
- Tenslotte blijven wij in overleg met organisaties van zorg en ondersteuning, patiënten, cliënten, jongeren, ouderen en gemeenten om te bespreken wat nodig is en hoe we de samenwerking kunnen blijven benutten om een tweede golf zoveel als mogelijk te voorkomen en ervoor te zorgen dat kwetsbare mensen op en voor hen passende manier kunnen participeren.

Afsluitend

Met de lessen onder de drie hoofdboodschappen – goed inzicht, gerichte maatregelen en gezamenlijk volhouden – stellen we de aanpak bij op wat nodig is in de huidige controlefase. We gaan zo lokaal mogelijk en zo specifiek mogelijk ingrijpen bij besmettingen en tegelijk de gevolgen op sociaaleconomisch en maatschappelijk vlak beperken. Zo kunnen we maatregelen treffen die leiden tot maximale beheersing van de virusverspreiding met tegelijkertijd zo aanvaardbaar mogelijke gevolgen voor het welzijn van burgers en de (lokale) economie.

Naast dit traject worden op veel andere plaatsen lessen getrokken. Zo heeft de IGJ geleerde lessen verzameld vanuit alle sectoren in de zorg en heeft hiervoor op verschillende manieren informatie verzameld. Onder meer in meerdere belrondes onder zorgaanbieders, patiënten- en

¹⁷ Zie voor extern getrokken lessen voor de jeugd de schriftelijke bijdragen van de experts

cliëntenorganisaties en koepels, tijdens toezichtbezoeken en door ontvangen meldingen en signalen. De IGJ heeft deze informatie geanalyseerd en rapportages opgesteld¹⁸. Ook zullen de Ministers van Defensie, Justitie en Veiligheid en Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen specifiek lessen leren van hun sectoren met COVID-19.

Het traject van lessen trekken uit de aanpak van de eerste Coronagolf heeft dankzij de input en tijd van velen met een diversiteit aan perspectieven veel inzichten opgeleverd. Tijdens de bestrijding van het virus en het nemen van maatregelen zullen zich altijd dilemma's blijven voordoen. Zoals we gezien hebben in de gesprekken met experts, zijn opvattingen en adviezen niet altijd eenduidig en zoeken we samen naar de juiste aanpak. Onze kennis groeit met de dag, maar we weten ook nog steeds veel niet. Over de maatregelen zullen ook in de toekomst verschillen van inzicht blijven bestaan. Het kabinet zal in zijn communicatie aandacht blijven besteden aan de afwegingen die gemaakt worden en de dilemma's die zich voordoen.

Het kabinet heeft het traject van lessen trekken als zeer waardevol en nuttig ervaren en wil iedereen die heeft bijgedragen bedanken voor de inzet en betrokkenheid.

We vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport en de Minister van Justitie en Veiligheid,

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

¹⁸ <https://www.igj.nl/actueel>