

## INVENTARISATIEVRAGEN UIT DE 'LEEGLOOPGESPREKKEN' – 20 juli 2020

(10)(2a)

*(NB hier zijn nog niet alle inventarisatiegesprekken in verwerkt, alleen die tot 17-7 gevoerd zijn)*

In elk 'leegloop'gesprek is aan de gesprekspartners ook gevraagd wat zij aan vragen hebben voor de komende periode. Vaak zijn dat vragen waar ze ook al zelf mee aan de slag zijn. Het departement zit namelijk midden in een leerproces – al vanaf het begin van de crisis. Sommige vragen hieruit zullen hun weg vinden naar de experttafels, andere naar de internationale vergelijking en weer andere zullen een vraag blijven die de overheid na de zomer oppakt. We zetten hier de vragen op een rij omdat ze op zich ook een beeld geven van waar de aandacht nu naar uitgaat. Globaal gezien komt dat neer op:

- Het goed (terug)pakken van de rol van de overheid als regisseur en activeren en uitnodigen van lokale partijen om (weer) meer verantwoordelijkheid te nemen (dit heeft alles te maken met de situatie van centrale regie die nu achter ons komt te liggen) en het opnieuw doordenken en verbeteren van de crisisstructuur en de samenwerking en besluitvorming daarbinnen. Hoe kan die nog beter en hoe kom je ook meer 'voorin' het proces in plaats van reactief?
- Ook is er veel aandacht voor de impact van maatregelen: hoe kunnen die een volgende keer zo klein mogelijk gehouden worden, wat is eigenlijk aanvaardbaar, en wat is überhaupt het afwegingskader, of hoe kom je daartoe (wie betrek je dan)? En... een stapje verder: als je ziet dat er groeperingen zijn die echt nadellige impact ervaren die je niet kunt wegnemen: kun je dan alsnog iets voor ze doen?
- Het grootste deel van de vragen gaat over het voorbereid zijn op de volgende fase: maatregelen nemen die een tweede golf moeten voorkomen, door een effectief leerproces in te regelen (dashboard, testen en traceren, effectieve communicatie) en je voorbereiden op maatregelen die eventueel nodig gaan zijn mocht 'de dijk' toch doorbreken en er een tweede golf komen (regionale lockdownmaatregelen, opschalen IC capaciteit, ...). Dit zijn soms heel technische/inhoudelijke vragen. Maar soms ook heel persoonlijk, zoals: hoe zorgen we dat we mentaal fit zijn voor de volgende fase?

### 1. VRAGEN DIE MEER ALGEMEEN VAN AARD ZIJN

#### Hoe weten we wat de impact van maatregelen is, en hoe bouwen we ons afwegingskader?

- Wat is de impact van de lockdown maatregelen (geweest)? Wat zijn de effecten, zowel qua gezondheid als economisch en maatschappelijk? Zouden we het nu hetzelfde doen?
- Wat is het effect geweest van de maatregelen op de gezondheid in brede zin van verschillende groepen? Wat is de impact van uitgestelde zorg? En van het thuis zitten? Het antwoord op dit soort vragen zouden we beter in beeld kunnen krijgen.
- Welk risico ben je bereid om te lopen als samenleving? Hoe kijken we naar gezondheid in relatie tot vrijheid?
- Hoe kunnen we integraal besluiten over een lockdown vanuit medisch, economisch en maatschappelijk perspectief? Het gaat vooral om het afwegen van die verschillende perspectieven. Zouden we aan experts kunnen vragen: hoe zou je dat kunnen afwegen? Wat is een slimme manier om die perspectieven af te wegen?

- Hoe zit het met de impact van de maatregelen in het Caribisch gebied?
- Hoe maximaliseren we de gezondheidswinst: Een vraag die voorbij komt (en tegelijk complex is) is: hoe voorkomen we zoveel mogelijk dat we inboeten op gezondheidswinst door Covid 19 maatregelen? We kunnen waarschijnlijk nooit een goed antwoord krijgen op *hoeveel* we inleveren – hoewel het RIVM nu een model aan het bouwen is dat een raming geeft. Maar we kunnen wel proberen er zo slim mogelijk op te sturen door nu beter voorbereid te zijn.

#### **Kwetsbare groepen/gevolgen: kunnen we daar meer voor/mee doen?**

- Er ontstaan nieuwe kwetsbare groepen, denk aan de jongere generatie. Wat is de impact van de crisis op hun levensloop? In hoeverre wordt deze generatie voldoende voorbereid voor de toekomst? En kunnen we daar meer voor doen?

#### **Hoe komen we tot uitvoerbare maatregelen, met draagvlak?**

- Hoe zorgen we dat de tekentafel aansluit bij 'de echte wereld'? We moeten niet vergeten om te blijven kijken naar wat er gebeurt in de echte wereld. Is er nog bereidheid en draagvlak? En niet te veel ons alleen richten op de tekentafel waar wij alles ontwerpen.
- Helpt het om in sectoren te denken of niet? En wat betekent dit voor het begrip voor de maatregelen en de bereidheid van mensen om zich hieraan te houden? We hebben eerst sectoren weer een voor een geopend en toen zijn we overgestapt op de basisregels van 1,5 meter afstand houden. De naleving van de 1,5 meter en de bereidheid om te testen neemt af.

#### **Hoe stimuleren we de lokale verantwoordelijkheid (weer) (voor een deel: terugdraaien van situatie)**

- Hoe zorgen we ervoor dat alle partijen in de zorg (bijv. NVZ, NFU en leveranciers) voldoende zijn voorbereid op de komst van een tweede golf? Wanneer wij deze vraag stellen wordt er vaak de wedervraag gesteld: "Wat doet VWS als er straks een tweede golf komt?" Bij een crisis lijkt het erop dat de verantwoordelijkheid om met oplossingen te komen vooral op het bordje van VWS komt te liggen. Vanuit de ervaringen die we nu hebben opgedaan is de verwachting is dat de overheid steeds meer een centrale rol gaat spelen bij crises. Bij een tweede golf zullen we sneller aan de knoppen gaan draaien.
- In de langdurige zorg zien we steeds meer versnippering en eenpitters. Die zijn moeilijker te vangen met algemene richtlijnen beleid. Voordeel is de kleinschaligheid, maar nadeel bij een pandemie is dat het dan wel moeilijker te organiseren is. Welke afspraken moet je minimaal maken als je als je activiteiten binnen de LZ plooit? Aan welke gemeenschappelijke afspraken moet je je sowieso binden? Ga je bijvoorbeeld informatie delen met toezichthouders bijvoorbeeld?
- **Is de verschuivende rolopvatting VWS een tijdelijke verandering?** In een 'normale' wereld met een klassieke rolopvatting dan geeft het RIVM leiding aan de infectiebestrijding en de GGD'en doen dat lokaal/regionaal. VWS wordt daarbij geïnformeerd. Echter bij een uitbraak van een A-ziekte geeft VWS leiding aan de infectiebestrijding. Wat is dat leidinggeven precies? We hebben allerlei structuren opgezet. Alleen hoe ga je de verschillende verantwoordelijkheden invullen? De rol van VWS is verschoven van een volgende naar een meer sturende houding. Deze verschuiving heeft ook te maken met de stijl van leidinggeven van Hugo de Jonge toen hij de rol van Bruno Bruins overnam. Hugo de Jonge stuurde direct op het vergroten van de testcapaciteit en later de BCO-capaciteit.

Daarnaast werd hij ook vanuit de politiek aangesproken op het nemen van meer verantwoordelijkheid.

- **Taakstelling van de ROAZ aanscherpen:** ROAZ-en (Regionaal Overleg Acute Zorg) zijn destijds opgericht ter voorbereiding op een griepvloedpandemie en nu krijgen ze taken erbij: planning van IC zorg, de bovenregionale spreiding van patiënten, of de verdeling van de beschermingsmiddelen over de zorgaanbieders in hun gebied. De taak/plaats en verantwoordelijkheid van de ROAZ-en is gegroeid tijdens de crisis. Het is zaak dit takenpakket te onderzoeken en deze nieuwe taakstelling te verankeren. In sommige netwerken zag je dat er veel contact was tussen de ROAZ en de ouderenzorgaanbieders, maar bij andere veel minder. Dat moeten we nu recht trekken en beter inbedden.

**(Hoe) kunnen we meer strategische lijn uitzetten?**

- Hoe kunnen we anticiperen op een onrustig en onduidelijk najaar? We kunnen nu al voorzien dat het een onrustig najaar gaat worden. Kun je daar niet wat beter op anticiperen?
- Wie moet je betrekken bij het bedenken van de scenario's? Wij denken hier nu samen: je ziet het aankomen. Maar zien de sectoren dat wel of niet? Bereiden zij zich wel voor? Wie zouden er mee moeten denken over de scenario's?

**(Hoe) zijn we voorbereid op een volgende pandemie?**

- Wat doen als VWS wanneer er een pandemie met een andere ziekte losbreekt? Gaan we dan weer op de stoel zitten van de reguliere inkopers? Waar zijn we als VWS dan wel en niet van? We zijn voorbereid op een tweede piek Corona maar niet op een uitbraak van een andere infectieziekte.

**Mentaal fit zijn voor volgende fase**

- Hoe kunnen we de framing van de buitenwereld over de mogelijke rol van VWS actiever beïnvloeden? Het werk zou mentaal lichter worden wanneer we minder berichten in de krant zouden lezen over hetgeen wij als VWS allemaal 'niet goed doen' tijdens deze crisis.
- **Hoe zorgen we dat we mentaal fit zijn voor de volgende fase?** Zowel medewerkers van VWS als ook breder in de zorg hebben er zeer veeleisende maanden op zitten. Ze zijn eigenlijk nog in het laatste staartje van de eerste fase – en zijn nog volop maatregelen aan het doorvoeren om de zorg beter te maken. Eigenlijk moeten we onszelf nu alweer klaarmaken voor de tweede fase. Dat is lastig, mentaal. Iedereen is toe aan rust – een vakantie in de zomer gaat zeker goed doen. En iedereen moet een soort knop omzetten: de eerste fase ligt achter ons, het is belangrijk om ons nu te gaan richten op een eventuele tweede golf. We kunnen niet 'nieuwe teams' aantrekken, voor een groot deel zijn het dezelfde mensen die het werk moeten doen.

**VRAGEN DIE TE MAKEN HEBBEN MET SPECIFIEKE ACTIEPUNTEN/ACTIVITEITEN (meer technisch van aard)**

**Lockdownmaatregelen**

- Wat is het perspectief voor dansfeesten en discotheken? Wat doen we als een tweede golf komt? Wat is ons idee überhaupt over plekken met hoge risico verspreiding? Vooral in culturele sector speelt deze vraag.



- Kunnen en moeten we lokale maatregelen treffen en hoe hangt dit samen met de solidariteit in Nederland? Kunnen we zaken lokaal afsluiten?
- Een relevante vraag voor een tweede fase is hoe we een regionale uitbraak regionaal kunnen houden. We hebben voor een model gekozen waarbij we een groot beroep doen op de bereidwilligheid en verantwoordelijkheid van het publiek. Dat past ook bij Nederland, en is anders dan Spanje, waar ze op elke straathoek een Guardia Civil neerzetten en snel boetes uitdelen. Maar kun je met dat model ook regionaal werken? Wie besluit dan? En hoe houden we mensen in hun regio?
- Hoe zit het met het democratische aspect van het werken met veiligheidsregio's? Demonstraties bijvoorbeeld, de burgemeester beslist hier normaal over, nu ligt dat bij de veiligheidsregio. Het is een zoektocht hoe we dat goed doen.
- Op basis van welke signalen gaan we als VWS weer opschalen en welke rol pakken we dan? In Nederland gaat het nu relatief goed. In andere landen zien we het aantal infecties stijgen. En dat bepaalt natuurlijk ook wat er beschikbaar is voor de rest van de wereld. Hoe voorkomen we dat we weer in een noodsituatie terechtkomen?
- We hebben het nu over regionaal, kunnen en/of moeten we ook iets met sectorale uitbraken?

#### **Effectieve communicatie (gericht op draagvlak en gedrag)**

- Mensen gingen hamsteren. Dat is een angstreactie. Wat weten we over dit soort gedrag? Zijn er onderzoeken, wat is belangrijk in onze communicatie? Wat doet het met een samenleving als er collectieve angst is?
- Communicatie richting burgers: hoe kan dat nog effectiever - gericht op gedrag. We hebben geïnvesteerd in de communicatie, en ook daarin veel geleerd. Daarin ging heel veel goed. Omdat het voor een volgende fase nog belangrijker gaat zijn zou ik nog wel iets meer willen weten erover: wat maakte het succesvol, hoe zet je het eventueel nog slimmer in?
- **Communicatie richting burgers en gedragscomponent:** Zowel via Kamerbrieven (maar die lezen natuurlijk veel burgers niet) als ook via campagnes, social media etc hebben we steeds consequent gecommuniceerd: 'ga naar je huisarts of behandelend arts als je klachten of vragen hebt'. De HAP en de SEH zijn altijd open gebleven. Toch leek het erop dat mensen terughoudend waren om zorgverleners op te zoeken. Toen de reguliere zorg weer op gang kwam omdat huisartsen weer gingen doorverwijzen, bleef deze soms nog achter omdat mensen zich niet meldden. Hoe ga je daarmee om? Hoe neem je mensen mee, zodat ze er ook op vertrouwen dat ze de zorg wel kunnen benaderen als er echt iets is?
- **Hoe hebben de huisarts en de huisartsenpost eigenlijk gefunctioneerd?** Ouderen waren heel erg bang en sloten zich achter deuren op. Daarmee waren ze ook niet meer toegankelijk voor de zorg. Je zou verwachten dat de huisarts de oudere patiënten veel meer actief zou benaderen. Het lijkt de angst te zijn om iemand te ontmoeten, gesteund door verhalen van 'blijf thuis'. En Ook de huisartsen hebben hun praktijken in die periode soms op slot gegooid. Ook zag ik recent het magazijn van een apotheek en daar stond een muur vol met niet afgehaalde medicijnen. Apothekers probeerden de medicijnen thuis te brengen, maar dat lukte ook niet altijd want mensen deden de deur niet open. Mensen zijn gewoon bang en moeten verleid worden om hun zorgvraag te uiten. Ik zou dat contact tussen oudere patiënten en huisartsen willen onderzoeken en vermoed dat dit beter kan.

**PBM (en andere hulpmiddelen)**

- Hoe kunnen we een onderscheid maken tussen schaarste en tekorten in hulpmiddelen?
- Wat we hebben gezien is dat de inschatting van schaarste en tekorten vaak gebaseerd was op beelden in plaats van feiten en cijfers. Daarnaast was er een verschil in beleving in wanneer er sprake was van een tekort of schaarste. Bij een volgende opleving zullen we hier duidelijke kaders over willen afspreken.
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat alle partijen eerlijk zijn over de voorraden die ze nog hebben? We willen de verdeling van PBM's kunnen doen op basis van betrouwbare informatie. Het is lastig te beoordelen of de leveranciers voldoende openheid van zaken geven o.a. vanwege hun zakelijk belang. Als ziekenhuizen aangeven dat er leveringsproblemen ontstaan dan zouden we eigenlijk al veel eerder willen kunnen handelen.
- Hoe voorkomen we hamstergedrag ook als we de verdeling van PBM's geregeld hebben via LCH? We krijgen signalen van LCH dat er op dit moment van bepaalde PBM's relatief veel voorraden zijn wat zou kunnen duiden op hamstergedrag in een situatie waarin dit niet nodig is.
- Hoe maken we een goede afweging tussen onze inspanningen en de resultaten die deze opleveren? We konden het ons politiek niet veroorloven om partijen aangeboden PBM's te laten liggen. Tegelijkertijd kregen we onvoldoende zicht op de betrouwbaarheid van de leveranciers. Hoewel we zeker resultaten hebben bereikt, heeft het ons ook erg veel tijd en energie gekost. Het is een goede zaak dat we nu een LCH hebben opgericht.
- Hoe gaan we om met de spagaat tussen politieke werkelijkheid en de werkelijkheid van LCH? Wanneer LCH zegt dat er voldoende PBM's zijn dan kan er nog steeds de vraag komen uit de politiek om een bepaalde partij PBM's op te kopen.
- De financiële consequenties van de ijzeren voorraden: De discussie over 'ijzeren voorraden' voor hulpmiddelen, IC capaciteit en geneesmiddelen gaat over beter voorbereid willen zijn. Bij zo'n pandemie moet je daarom ook geld over willen hebben om overcapaciteit te creëren en die ook nog eens te beheren. We ervaren de consequenties daarvan nu nog niet, maar dat zou wel moeten. De vraag is hier of we naar die financiële consequenties willen kijken?

**Dashboard**

- *Aantal besmettelijke personen:* We zitten heel erg te puzzelen met het aantal besmettelijke personen. Dat is geen metend getal, dat is een brekend getal. Het RIVM kijkt op basis van de data die van Sanquin komt: hoeveel mensen zijn ooit besmettelijk geweest en hebben antistoffen? Dat is een maat voor hoeveel mensen ooit anderen hebben aangestoken. Als je dat getal gaat stoppen in modellen komt er steeds een ander cijfer uit. Oftewel: we hebben er gewoon nog geen goed zicht op. En dat is wel iets wat heel spannend is. Het aantal mensen met antistoffen komt net te hoog uit. Wat missen we dan? Dat betekent dat je een bepaalde groep niet hebt. Zit het in de meetmethode? Dat blijft het lastige: hoeveel mensen lopen er rond die besmettelijk zijn zonder klachten te hebben? Dat is de grote onbekende. Het feit dat dit getal op het dashboard zo weinig geactualiseerd wordt komt door de onzekerheid bij het RIVM.
- *Losse velden of relatie?* Het zijn nu allemaal losse velden achter elkaar. Eerst zat er een relatie achter: hoeveel tijd zit er tussen besmetting naar ziekenhuis naar IC-afdeling. Dat zegt ook iets over hoeveel tijd je nog hebt om te handelen. Vergeleken met hoe het dashboard nu is: hoeveel

educatief materiaal stop je erin? Of zijn het losse indicatoren die leuk zijn om te lezen, maar de mensen die het lezen hoeven niet per se de samenhang te weten?

- **Voor wie is het dashboard?** Publiek versus besluitvorming In het begin was het ten behoeve van de besluitvorming, dat lijkt nu te veranderen. Je zag al vrij snel dat het toch voor het publiek gemaakt wordt. Het moet begrijpelijk beschreven worden. Het is te weinig gedetailleerd om op basis van dit dashboard alleen beslissingen te nemen. De data van het dashboard is bekend bij het RIVM. Daar worden de beslissingen op genomen. Het doel is inzicht aan het grote publiek geven. Maar óók hulp bij het nemen van besluiten. Aan de hand van de signalen van het dashboard bespreken zij de actualiteiten en inzichten van het dashboard: is opschaling of afschaling nodig? Het is fijn voor VWS om alle info op één plek te hebben.
- **De overdracht naar het RIVM** Het is de bedoeling dat het dashboard overgedragen wordt naar het RIVM in het najaar. Dit is weer een spannende stap. Kunnen ze het technisch aan? Willen ze het? Hebben ze de mensen aan boord om het verder te bouwen? En het kan natuurlijk ook zijn dat ze dingen willen ombouwen. Nu is VWS opdrachtgever en bepaalt deze hoe het eruit ziet, dat kan natuurlijk veranderen als het RIVM eigenaar wordt.
- **De streefwaarden** staan nu heel laag. We hadden eerst twee signaalwaarden, met twee niveaus: het onderste en bovenste niveau. We tonen alleen het onderste niveau. We hebben er bewust voor gekozen om het bovenste niveau niet te presenteren, dan lijkt het alsof er nog onbeperkte ruimte is, dat signaal willen we niet geven. Maar als we er structureel overheen gaan krijg je natuurlijk ook de vraag waarom er niet gehandeld wordt.
- **Schakelen tussen dashboard zorgpersoneel en verspreiding virus** : We zijn ooit begonnen met drie ankerpunten: het in beeld hebben van kwetsbare groepen, zicht op verspreiding virus en de belastbaarheid van het zorgpersoneel. Daar maken we ook een dashboard voor. Er moet een relatie tussen zitten. Dat we vrij snel kunnen schakelen van het ene naar het andere dashboard. Die link moet nog wel gelegd worden. Er zijn weinig mensen die beide dashboards kennen, daar maak ik me zorgen over.
- Zijn er andere indicatoren die we mee kunnen wegen behalve die we nu in zicht hebben? Zijn er andere landen die ergens anders op letten?
- **Hoe hangt het dashboard samen met de andere thema's van de lessons learned? Met name: hoe kan het dashboard bijdragen aan de andere thema's zoals ic-capaciteit? Hoe leeft het dashboard binnen de directies van LZ? Hebben zij juist last van de openheid van het dashboard (andere landen delen de informatie bijvoorbeeld niet met het publiek)?**

#### Hoe richten we onze crisisstructuur goed in voor de volgende fase?

- Wat is het doel van onze crisisstructuur?
- Hoe zorg je dat je overzicht krijgt van alle verschillende overlegstructuren? Waar en wanneer wordt er besloten? Hoe richten we die besluitvorming goed in
- Hoe kunnen we integraal besluiten over eventuele nieuwe maatregelen? Het economische steunpakket is in andere gremia tot stand gekomen dan de lockdownmaatregelen. Nemen we dat mee in dit lessons learned traject?
- Hoe kan het dat mensen die betrokken waren bij de crisis zich toch buitengesloten voelden? Dit geldt met name bij andere betrokkenen bij andere departementen. Je kunt niet met iedereen de besluitvorming vorm geven, maar je wilt ook draagvlak. Dat is een paradox. Kunnen we dat in de



toekomst anders vorm geven waarbij we snelheid behouden én iedereen betrekken (laten voelen).

#### IC-capaciteit

- Is er voldoende (kwalitatief) personeel of moet je bijv mensen opleiden?
- Interne triage van signalen.....Interne opschaling en verdeling: hoe doen we dat? (onderwerp voor de interne organisatie).

#### LZ

- Mogelijk kan de sector zichzelf nog kritisch beschouwen op lerend vermogen: bijvoorbeeld in hoeverre heeft men tijdig de buurt betrokken, technologie goed ingezet maar ook operationele kennis en crisisplannen tijdig gedeeld tussen partijen in het veld?
- Ook is de vraag of de sector nu voldoende aansluiting heeft gekregen met de landelijke ontwikkelingen?
- **LZ met een thuis karakter of toch zorginstellingen?** We zijn de afgelopen jaren natuurlijk bezig geweest om verpleeghuizen zo 'thuis' mogelijk te maken in het besef dat daar gegeten, gedronken, gelachen, gehuild en muziek gemaakt wordt. We wilden af van het idee van de zorginstelling waar het helemaal stil is. Daar waren de afgelopen jaren hele mooie veranderingen gaande, maar je moet oppassen dat je bij zo'n crisis niet weer drie stappen terugzet. Voor je het weet heb je je oude verpleeghuis weer terug. De vraag is hoe dat in deze eerste golf nu gegaan is. De vraag bijvoorbeeld hoe de cohort-benadering in dat geval uitpakt? Daar zitten volgens mij interessante onderzoeksvragen in. Ik denk dat je heel gedifferentieerd en lokaal moet handelen in de LZ. Ik geloof niet in 1 richtlijn voor alle verpleeghuizen bijvoorbeeld.
- **Verantwoordelijkheid nemen in de LZ:** Binnen de langdurige zorg is het van: 'overheid doe eens wat'; de eigen verantwoordelijkheid van de langdurige zorginstellingen kan verbeteren. Bij cure mag de eigen verantwoordelijkheid een tikkie lager, bij Care een tikkie hoger. Hier gaat het wellicht ook wel over de positie van de werkvloer en is de kloof tussen vloer/management waarschijnlijk groter, of wellicht aan de 'eigenwijze professionals'.
- Zouden we als VWS niet voor de sector een taskforce/expertteam kunnen oprichten die op bezoek gaat naar instellingen om de vertaling maken van corona-maatregelen? Binnen de sector gehandicaptenzorg wordt veel vertrouwen opgebouwd wanneer experts adviezen en aanbevelingen doen over wat wel/niet verantwoord is.
- Welke routes binnen en buiten VWS zouden we moeten bewandelen om de belangen van deze grote doelgroep beter behartigd te krijgen? Tijdens de eerste golf hebben we er veel aan gedaan om de gehandicaptenzorg aan te laten sluiten op belangrijke besluitvormingsorganen (w.o. OMT) Dit is onvoldoende gelukt. De corona-crisis is in de eerste periode vooral opgepakt als een crisis die zich uitsluitend in de curatieve zorg afspeelt. De maatregelen waren dus vooral gericht op de veiligheid in de curatieve zorg. Effect daarvan in bijvoorbeeld dat een woongroep nog steeds niet valt onder het begrip 'van hetzelfde huishouden' waardoor deze mensen enorm beperkt zijn in hun bewegingsvrijheid buiten de deuren van de instellingen.

#### Testen & traceren

- Uitgebreider presymptomatisch (cluster) testen bij kwetsbare groepen, kwetsbare locaties en kwetsbare omstandigheden? Bij het zwaar inzetten op dit punt zijn nog wel vraagtekens te zetten. Het RIVM heeft bijvoorbeeld aangegeven dat het presymptomatisch testen bij mensen die worden opgenomen in een verpleegtehuis niet zo veel zin heeft. De redenering achter uitgebreid

presymptomatisch testen is dat we daarmee sneller besmettingen zouden kunnen traceren waardoor we het verdere verloop van besmettingen kunnen indammen. Hoe groot die winst in de praktijk is, dat weten we eigenlijk nog niet zo goed. Dit kun je wat ons betreft nog niet als 'lesson learned' neerzetten. Sterker nog we kunnen nu niet zeggen: "hadden we dat maar eerder gedaan" en we weten ook nu nog niet of we dat zouden moeten doen. Hier kunnen we wel over nadenken en we vragen er ook adviezen over. En het RIVM gaat dit ook uitproberen in samenwerking met de GGD voor bepaalde kwetsbare groepen. Ons advies zou zijn om dit punt in ieder geval te veranderen in ruimhartig testen.

- Hoe werken de sturingsrelaties tussen ministerie en GGD'en in andere landen? In Duitsland vallen de GGD'en namelijk direct onder het ministerie. Wat we nu aan het uitzoeken zijn is of we de landelijk testcapaciteit moeten aanbesteden in plaats van dat dit blijft lopen via de wet publieke gezondheid. De rechter heeft ons vandaag trouwens gelijk gegeven in een zaak waar een individueel lab zich benadeelt voelde. De rechterlijke uitspraak bevat een duidelijke rode lijn dat in tijden van crisis op basis van wet publieke gezondheid we als overheid moeten handelen en dus ook mogen sturen. De vraag die we ons nu stellen is of dat nu ook nog kan in deze periode?
- Direct ingrijpen in de verhoudingen tussen de minister, de veiligheidsregio's en de GGD'en. We zijn als ministerie rechtstreeks gaan schakelen met GGD'en. We hadden wellicht ook voor een ander systeem kunnen kiezen. Bijvoorbeeld door de GGD'en meer op afstand dringend te adviseren om hun rol te pakken in het verruimen van de testcapaciteit. Door de crisissituatie hebben we direct centraal de sturing gepakt om laboratoriumcapaciteit landelijk op te schalen. We zijn er nog steeds van overtuigd dat we hier goed aan hebben gedaan. Gezien de hoeveelheid test- en analysecapaciteit die nodig is voor dit najaar, lijkt het een onmogelijke opgave om dit alleen aan de GGD'en over te laten. Er is een landelijke reservecapaciteit benodigd om goed voorbereid te zijn.
- Wat wordt ons beleid ten aanzien van isoleren van COVID-patiënten in huiselijke kring? In Denemarken schijnt er een strikter beleid ten aanzien isoleren te zijn. Uit onderzoeken blijkt immers dat een groot gedeelte van de besmettingen plaatsvindt onder huisgenoten. We hebben de indruk dat de instructies van de GGD'en in Nederland een stuk minder strikt zijn. In Denemarken schijnen er ook faciliteiten geboden te worden om gescheiden van je huisgenoten in quarantaine te gaan. In Korea hebben ze ook dergelijke faciliteiten.