

Annotatie Minister adviesgroep 8 juni

Op 8 juni a.s. spreekt u voor de derde (en laatste maal) de advies/klankbordgroep verpleeghuizen. Op basis van een voorzet door deze groep is de jongste OMT adviesaanvraag over de bezoekersregeling opgesteld. Mede op basis daarvan is de routekaart opgesteld. U spreekt de adviesgroep met als doelstelling:

- Hen bij te praten over de stand van zaken
- Heb te bedanken voor hun bijdrage.

In het weekend voor de bijeenkomst van de adviesgroep krijgen wij monitorrapportages van zowel de GGDen als de Academische Werkplaatsen. Deze zullen wij nazenden.

Op de agenda staat de jongste brief aan de Tweede Kamer, alsmede de monitoren voor de bezoekerregelingen en het tussenrapport van 5.1.2e.

Ons voorstel is dat u de stand van zaken samenvat, bijvoorbeeld door naar de brief aan de Tweede Kamer te verwijzen.

Daarna kunt u vragen aan 5.1.2e de tussenresultaten van haar onderzoek toe te lichten en aan 5.1.2e de monitoring van de Academische Werkplaatsen kan toelichten.

U kunt vervolgens gelegenheid geven tot het stellen van vragen.

Tot slot kunt u de aanwezigen vriendelijk bedanken voor hun inzet. Dit is vooralsnog de laatste bijeenkomst van de groep. U kunt aangegeven dat indien nodig u weer een beroep op hen zal doen.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e
5.1.2e
T 5.1.2e
M 5.1.2e @minvws.nl

Datum

8 juni 2020

Bijlage(n)

worden nagezonden

Aantal pagina's

1

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

agenda

Betreft	advies/klankbordgroep
Vergaderdatum en -tijd	8 juni 2020 17:30-18:30 uur
Vergaderplaats	Web Ex
Aanwezig	leden adviesgroep (zie bijlage)
Afwezig	
Kopie aan	

1. Opening

De minister opent de vergadering.

2. Bezoekregeling

Op basis van een voorzet van deze groep is een adviesaanvraag aan het OMT gedaan. Aan de hand daarvan is een routekaart gemaakt. In bijgevoegde brief aan de Tweede Kamer (3 juni 2020) is deze samengevat.

Er vindt intensieve monitoring plaats.

- Tussenrapportage onderzoek 5.1.2e (bijgevoegd), toelichting door 5.1.2e;
- Monitor GGDen (wordt maandag nagestuurd);
- Monitor Academische Werkplaatsen (wordt maandag nagestuurd), toelichting door 5.1.2e

3. Sluiting

De minister sluit de vergadering.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
1698039-205892-PG

Bijlage(n)
4

Uw brief

Datum
Betreft COVID-19 Update stand van zaken

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte voorzitter,

In deze brief informeer ik u, mede namens de minister voor Medische Zorg en Sport (MZS), de minister van Justitie en Veiligheid (JenV), de minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media (BVOM), de minister voor Landbouw, Natuur, en Voedselkwaliteit (LNV), de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) over de actuele stand van zaken met betrekking tot de uitbraak van COVID-19.

Stand van zaken

Het aantal ziekenhuisopnames als gevolg van COVID-19 daalt verder, en ook het aantal sterfgevallen neemt af. Dat maakt dat we al verschillende stappen hebben kunnen zetten op weg naar de controlefase. Daarbij kan sinds 1 juni iedereen met klachten getest worden op het coronavirus. Op deze manier krijgen we meer zicht op de verspreiding van het virus.

Nu verschillende maatregelen zijn versoepeld, mag iedereen weer buiten sporten en bewegen, mits er 1,5 meter afstand wordt gehouden.¹ Sinds 1 juni zijn terrassen, cafés en restaurants, bioscopen en concertzalen, en musea weer (gedeeltelijk) open. Ook het voortgezet onderwijs is weer van start gegaan. Eerder al werden de basisscholen gedeeltelijk geopend, en zijn speciaal (basis)onderwijs, de dag- en gastouderopvang weer opgestart. Ook het uitvoeren van de meeste contactberoepen is sinds 11 mei weer mogelijk. Tegelijkertijd worden we nog steeds op verschillende manieren geconfronteerd met het coronavirus, zoals de recente uitbraak onder personeel in enkele slachthuizen en de besmettingen op diverse nertsbedrijven laten zien. Het virus is niet weg. Het blijft noodzakelijk om waakzaam te blijven en de maatregelen en hygiëadviezen op te volgen.

¹ Jongeren van 13 tot en met 18 jaar die georganiseerd en begeleid door sportverenigingen, jeugdverenigingen of professionals buiten sporten en bewegen hoeven geen 1,5 meter afstand te houden. Bij andere activiteiten houden jongeren van 13 tot en met 18 jaar wel 1,5 meter afstand.

Daarbij blijven de basisregels nadrukkelijk van kracht, zoals: thuisblijven als je klachten hebt en zoveel mogelijk thuiswerken, handen wassen, 1,5 meter afstand houden en drukte vermijden.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Routekaart stap 2 - maatregelen per 1 juni

In mijn brief van 19 mei jl.² heb ik u nader geïnformeerd over de fasering van de aanpak. We werken verder naar de controlefase door het zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus te versterken en maatregelen stap voor stap te versoepelen. Op 1 juni, conform de routekaart, hebben we opnieuw enkele maatregelen versoepeld, onder meer voor groepen mensen, horeca, onderwijs en culturele instellingen. Het gaat hierbij om sectoren die lokaal of regionaal georiënteerd zijn, en waarbij er een beheersbaar beroep gedaan wordt op bezoekersaantallen in de openbare ruimte en mobiliteitsstromen. Het is de bedoeling dat er zo min mogelijk bovenregionaal gereisd wordt om daarmee het openbaar vervoer te ontlasten. Binnen de bovengenoemde sectoren en in het openbaar vervoer dient drukte voorkomen te worden.

Volledige heropening primair onderwijs vanaf 8 juni

Op 19 mei is besloten dat het primair onderwijs vanaf 8 juni weer volledig open gaat, tenzij voor die tijd uit lopende onderzoeken naar de verspreiding van het virus in het primair onderwijs blijkt dat dit niet verantwoord is. Het RIVM geeft inmiddels aan dat lopende monitoring en onderzoeken momenteel geen aanleiding geven het eerdergenoemde besluit te heroverwegen. Bij deze Kamerbrief is een notitie van het RIVM gevoegd met meer informatie en resultaten van lopende monitoring en onderzoeken (bijlage 1 en 2). Scholen in het primair onderwijs kunnen dus vanaf 8 juni 2020 weer volledig open voor alle leerlingen. Voor het voortgezet onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs en hoger onderwijs wordt eind juni een principebesluit genomen over verdere openstelling na de zomervakantie.

Vervolgstappen versoepeling maatregelen

Als de ontwikkelingen dat toelaten, volgen er per 1 juli nieuwe versoepelingen. Aan dat pakket zijn door het kabinet enkele categorieën toegevoegd. Het gaat om sportscholen en fitnessclubs, sauna's en wellness, sport- en verenigingskantines, en casino's en speelhallen. Eerder gold 1 september als beoogde openingsdatum voor deze categorieën. Uiteraard gelden daarbij nog altijd de basisregels en aanvullende maatregelen. Definitieve besluitvorming over alle maatregelen die per 1 juli versoepeld worden volgt eind juni.

² Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 351.



Figuur 1. Routekaart met stapsgewijze versoepeling van de maatregelen.

Leeswijzer

In deze brief licht ik allereerst het dashboard toe in paragraaf 1. Daarna breng ik u op de hoogte van de ontwikkelingen rondom toerisme en het reizen in binnen en buitenland (paragraaf 2), het testen, traceren, isoleren en thuis rapporteren (paragraaf 3), vaccinontwikkeling (paragraaf 4), innovatieve behandelingen (paragraaf 5), leefstijlpreventie (paragraaf 6), persoonlijke beschermingsmiddelen (paragraaf 7), zorg voor patiënten in de curatieve sector (paragraaf 8), de stand van zaken rondom de routekaart voor personen met een kwetsbare gezondheid (paragraaf 9), de slachthuizen (paragraaf 10), en enkele overige punten met betrekking tot de coronacrisis (paragraaf 11).

Kenmerk
1698039-205892-PG

1. Dashboard

1.1 Ontwikkeling proefversie

In mijn brief van 19 mei jl.³ informeerde ik uw Kamer over de strategie van maximaal controleren, met twee doelen die daarbij centraal staan: (1) het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid en (2) zorgen dat de zorg niet overbelast raakt. Dit vereist zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus. Door tijdige signalering van nieuwe ervaringen, kunnen we het virus sneller en gericht indammen.

Het aangekondigde dashboard is hierbij een belangrijk hulpmiddel. We hebben al veel informatie ter beschikking van het RIVM, de GGD'en en de ziekenhuizen, die onderverdeeld zijn in drie typen indicatoren:

1. Een set van vijf hoofdindicatoren, die een getalsmatig beeld van de epidemie geven;
2. Een set ondersteunende indicatoren die een indicatief maar completer beeld geven van de epidemie;
3. Een set indicatoren die met minder vertragingstijd de potentiële risico's voor verspreiding van het virus weergeven.

Voor de groep hoofdindicatoren heb ik het RIVM gevraagd signaalwaarden te berekenen, waarboven we niet (langdurig) moeten uitkomen om maximale controle over het virus te houden. Voor twee hoofdindicatoren zijn deze signaalwaarden inmiddels vastgesteld door het RIVM:

- 10 IC-opnames per dag, gemiddeld over de afgelopen drie dagen;
- 40 ziekenhuisopnames per dag, gemiddeld over de afgelopen drie dagen.
- Daarnaast geldt dat we al een signaalwaarde voor het reproductiegetal hadden, namelijk 1,0.

Later volgen nog (voorlopige) signaalwaarden voor het aantal positieve testen en het aantal ingeschatte personen dat op enig moment besmet is. Het dashboard toont telkens de actuele gegevens per dag ten opzichte van de signaalwaarden.

De ontwikkeling van de proefversie van het dashboard is in een vergevorderd stadium. Ik streef ernaar op heel korte termijn een proefversie te laten zien, die in de tweede helft van juni doorontwikkeld zal zijn tot eerste operationele versie. Hierbij zijn onder meer het RIVM, de GGD'en en andere overheidspartijen betrokken. De eerste versie zal tenminste de hoofdindicatoren, de

³ Tweede Kamer, 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 351.

verpleeghuiscijfers en de regionale vertaalslag weergeven. In de periode daarna zullen de ondersteunende indicatoren en de indicatoren voor vroegtijdige waarschuwing worden toegevoegd, voorzien van de vereiste wetenschappelijke duiding. Ook zal het dashboard een overzicht bieden van alle geldende maatregelen en adviezen, op landelijk en regionaal niveau. Ik zal uw Kamer nauwgezet informeren over de voortgang van de ontwikkeling van het dashboard.

Kenmerk
1698039-205892-PG

1.2 Van data naar besluitvorming

Uiteraard kunnen er niet zomaar conclusies getrokken worden op basis van één of enkele indicatoren. Wel geven de indicatoren in samenhang met elkaar de impact, omvang en verwachting van de verspreiding van het virus weer. Het uiteindelijke dashboard zal onderdeel zijn van de cyclus van signaleren, analyseren, adviseren, afweging/besluitvorming en het opvolgen van maatregelen. De indicatoren op het dashboard geven aan of vanuit volksgezondheidsperspectief aanpassing van beleid nodig is. Indien er op enig moment sprake is van een versnelde verspreiding van het virus, adviseert het Outbreak Management Team mij (eventueel met spoed).

Maatregelen op lokaal of regionaal niveau worden genomen als er lokale of regionale oplevingen van het virus zijn. Daarbij spelen de GGD-instrumenten testen en bron- en contactonderzoek een belangrijke rol. In die gevallen wordt bepaald welke maatregelen genomen kunnen worden. Bij bovenregionale of landelijke oplevingen van het virus verloopt besluitvorming via het kabinet.

1.3 Dashboards in andere EU-landen

Uiteraard werken ook de landen om ons heen aan de ontwikkeling van een dashboard en worden ook in EU-verband gegevens in dashboards gepresenteerd. Zo maakt het Europees Centrum voor Ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) een interactieve kaart die de regionale verspreiding van het virus in lidstaten toont.

Ik ga onderzoeken of en hoe we de samenwerking met de landen om ons heen kunnen versterken. Op ambtelijk niveau zijn hierover reeds contacten gelegd met België, Duitsland (Noordrijn-Westfalen en Nedersaksen) en Frankrijk. Nederland zal ook in EU-verband, bijvoorbeeld tijdens de geïntegreerde EU-regeling politieke crisisrespons (IPCR), aandacht vragen voor het zo veel als mogelijk formuleren van vergelijkbare indicatoren en signaalwaarden op basis waarvan in ieder land vervolgens nationale besluitvorming kan plaatsvinden.

2. Toerisme

Het kabinet spant zich in om ruimte te bieden voor vakantie deze zomer, ook al zijn er nog veel onzekerheden. Het is deze zomer belangrijk om, naast ontspanning en plezier, ook oog te houden voor onze eigen gezondheid en die van anderen. Met het oog op drukte in binnen- en buitenland, roept het kabinet iedereen op die hiertoe de mogelijkheid heeft om de eigen vakantie buiten de gereguleerde schoolvakanties te plannen.

Vakantie in Nederland mogelijk

Een vakantie binnen Nederland deze zomer is mogelijk. Natuurlijk blijven daarbij de huidige gedragsregels van kracht, zoals: houd anderhalve meter afstand, vermijd drukte en het openbaar vervoer is alleen voor strikt noodzakelijke reizen. Daarnaast zijn niet alle gebruikelijke gelegenheden open, en zijn veel geopende voorzieningen beperkt in capaciteit en/of mogelijkheden. Zo zijn er regels voor

accommodaties, horeca, musea en attractieparken. Het is van groot belang dat iedereen die in eigen land op vakantie gaat zich goed informeert over de mogelijkheden en beperkingen.

Kenmerk
1698039-205892-PG

In overleg met veiligheidsregio's, gemeenten en vervoerders onderzoekt het kabinet welke aanvullende maatregelen getroffen moeten worden om drukte rond toeristische trekpleisters te voorkomen. Hierbij kan gedacht worden aan aanvullende maatregelen op het gebied van *crowd control*, het verder beperken van het aantal toegestane bezoekers op één locatie en maatregelen om het spreiden van bezoekers over het land te bevorderen.

Vakantie in aantal andere landen wordt weer mogelijk, maar onzekerheden blijven
Ook vakanties naar een aantal andere landen worden weer mogelijk. Op dit moment staat het reisadvies van het ministerie van Buitenlandse Zaken voor alle andere landen op minimaal oranje (dit betekent: 'alleen strikt noodzakelijke reizen'), vanwege de risico's omtrent het corona-virus. Het kabinet streeft ernaar de reisadviezen voor zo veel mogelijk landen binnen de EU en het Schengen-gebied (naast een groot deel van de EU zijn dit Liechtenstein, Zwitserland, Noorwegen en IJsland) per 15 juni te wijzigen van oranje naar geel (Dit betekent 'let op: veiligheidsrisico's').

Daarvoor geldt wel een aantal belangrijke voorwaarden. De reisadviezen worden op 15 juni alleen gewijzigd indien de lokale epidemiologische situatie vergelijkbaar is met Nederland. Naar huidige inschatting is dat alleen voor Zweden en het VK⁴ nog niet het geval. Het RIVM gaat de komende periode elke week opnieuw naar de epidemiologische risico's in de EU- en Schengen-landen kijken, en geeft deze informatie door aan het ministerie van Buitenlandse Zaken voor het updaten van de reisadviezen. Daarnaast moeten landen hun grenzen hebben geopend voor Nederlanders en moet er geen quarantainemaatregelen gelden voor Nederlanders bij aankomst in het land. In die situatie is immers een vakantie feitelijk onmogelijk. Als niet aan deze voorwaarden wordt voldaan, zal het reisadvies voorlopig op oranje blijven staan.

Voor Denemarken, het Verenigd Koninkrijk, en Zweden, die al hebben aangegeven dat Nederlanders deze zomer naar verwachting niet welkom zijn, betekent dit dat het reisadvies voorlopig op oranje blijft. Daar staat tegenover dat er ook al een groep landen is binnen de EU/Schengen die heeft aangegeven dat Nederlandse toeristen weer welkom zijn. Naar huidige inschatting zal voor deze landen het advies op 15 juni van oranje naar geel gezet worden. Tot slot is er nog een groep landen die een latere datum (bijvoorbeeld 1 juli) voor het verwelkomen van toeristen heeft aangegeven, of waar nog geen besluit is genomen. Voor deze groep kan het reisadvies op 15 juni mogelijk nog niet naar geel worden gezet, maar hopelijk wel snel in de weken daarna.

⁴ Hoewel het VK noch onderdeel is van de EU, noch van Schengen, heeft het VK met EU- en Schengen-landen een gezamenlijk inreisverbod. Daarnaast is snelle en betrouwbare informatie-uitwisseling met het VK mogelijk. Om deze twee redenen zou reizen naar het VK in principe ook mogelijk gemaakt kunnen worden, maar de lokale epidemiologische situatie laat een geel reisadvies nog niet toe. Daarnaast geldt ook dat Nederlanders bij binnenkomst in het VK twee weken verplicht in thuisquarantaine moeten.

Ook voor Caribisch Nederland, Curaçao, Aruba en St. Maarten geldt dat het de inzet is van het kabinet om vakanties per 15 juni weer mogelijk te maken. Het kabinet treedt in overleg met de regeringen en het lokale bestuur van deze eilanden om ervoor te zorgen dat reizen weer mogelijk wordt met behoud van de veiligheid van inwoners.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Het kabinet benadrukt dat ook voor vakanties naar landen en gebieden met een geel reisadvies geldt dat het boeken van vakanties en het daadwerkelijk op vakantie gaan een risico voor de vakantieganger met zich meebrengt: de situatie omtrent het virus én de lokale maatregelen om het virus te beteugelen kunnen snel veranderen. Denk hierbij aan maatregelen zoals het afsluiten van hotels, gebieden of grenzen. Reisadviezen voor landen binnen de EU en Schengen waar Nederlanders welkom zijn en het epidemiologisch beeld vergelijkbaar is, gaan daarom niet terug naar een groene kleurcode die de reisadviezen voor deze landen oorspronkelijk hadden, maar krijgen een gele kleurcode. Ook kan het noodzakelijk zijn dat toeristen door een lokale uitbraak van het virus en het weer opschalen van het reisadvies naar een oranje kleurcode twee weken in thuisquarantaine moeten wanneer zij terugkeren naar Nederland.

Een repatriëring zoals die de afgelopen maanden is uitgevoerd is uitzonderlijk, omdat de eerste virusverschijningen met snel ingevoegde beperkende maatregelen een situatie betrof die velen overviel. Een nieuwe repatriëringsactie ligt vooralsnog niet voor de hand. Dit zal worden meegegeven in een algemene disclaimer bij de af te schalen reisadviezen.

Er zijn dus geen garanties dat vakanties die nu mogelijk lijken, dat in de zomer nog steeds zijn. Het kabinet benadrukt dat de verantwoordelijkheid voor de afweging om een vakantie te boeken naar een toegestaan gebied en ook om op vakantie te gaan, bij de vakantieganger zelf ligt.

Het kabinet roept daarbij iedereen die naar het buitenland gaat op om extra alert te zijn. Reizigers zullen worden gevraagd om zich voor vertrek goed te informeren over de lokale maatregelen en volgens de Nederlandse maatregelen te blijven handelen in het geval de lokale maatregelen minder streng zijn – bijvoorbeeld om altijd drukke locaties te vermijden. Het is zaak dat men het reisadvies goed in de gaten houdt voor wijzigende omstandigheden. Reizigers kunnen hun reis vooraf registreren via de informatieservice op de website van het ministerie van Buitenlandse Zaken. Als een reisadvies verandert, of wanneer er andere belangrijke ontwikkelingen zijn, worden reizigers die zich hebben aangemeld hierover geïnformeerd.

Indien een reiziger klachten ontwikkelt die kunnen duiden op besmetting met het coronavirus is het zaak dat men zich zo snel mogelijk laat testen, indien mogelijk lokaal, contact opneemt met de GGD in Nederland indien de test positief is en contacten met anderen vermijdt.

Vakantie buiten EU en Schengen: voorlopig nog niet mogelijk

Het versoepelen van de corona-maatregelen gebeurt stap voor stap. Dit is nodig om gecontroleerd meer ruimte te kunnen bieden aan de samenleving, zonder dat het risico op nieuwe uitbraken van het virus te groot worden. Deze stapsgewijze aanpak hanteert het kabinet ook voor het weer mogelijk maken van vakanties in

het buitenland. NL wil eerst binnen EU/Schengen en het VK toerisme mogelijk maken. Pas als dat voldoende beheersbaar blijkt, kan ook bekeken worden of vakantie weer mogelijk is in landen buiten EU, Schengen en VK waar de situatie onder andere vanuit gezondheidsperspectief voldoende veilig is.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Dit betekent dat het reisadvies voor Nederlanders naar alle landen buiten de EU, Schengen en VK voorlopig op oranje blijft staan (alle niet-noodzakelijke reizen, dus ook vakanties, worden ontraden). Het oranje reisadvies geldt ook voor landen buiten EU en Schengen waar Nederlanders vaak naar toe reizen, zoals Turkije en Marokko.

Ook weer toeristen naar Nederland

Op dit moment geldt een inreisverbod voor niet essentiële reizen van personen uit derde landen naar de EU, Schengen en VK. Met het oog op de stapsgewijze opening, wil Nederland eerst binnen de EU/Schengen en het VK toerisme weer mogelijk maken. Nederland zet daarom ook in EU-verband in op een verlenging van het op dit moment geldende reisverbod voor niet essentiële reizen van personen uit derde landen naar de EU, Schengen en VK.

Het is van belang dat ook binnenkomende toeristen op de hoogte zijn van de Nederlandse regels gericht op het bestrijden van het virus, en zich hier ook aan houden. Het kabinet zal hiertoe een communicatie-campagne opstarten. Het is de bedoeling dat toeristen bij het boeken van een reis naar of verblijf in Nederland op de hoogte worden gebracht van de Nederlandse regels. Ook geldt voor binnenkomende toeristen dat deze waar mogelijk moeten worden gespreid over het land, om drukke punten zoveel mogelijk te voorkomen.

De bijzondere aandacht van het kabinet gaat hierbij uit naar het centrum van Amsterdam, Schiphol de drukte op en nabij de stranden, de grensregio's en andere toeristische trekpleisters zoals Zaandam, Kinderdijk en Giethoorn. De Rijksoverheid treedt in overleg met buurlanden, grensautoriteiten, lokale overheden in grensgebieden, gemeenten die doorgaans veel toeristen ontvangen, vervoerders en aanbieders van accommodaties om te voorkomen dat de risico's van de verspreiding van corona op deze locaties weer verhoogd wordt.

Er zijn geen toeristen welkom uit EU- en Schengen-gebieden die vanwege een verhoogd risico op besmetting met corona een oranje reisadvies hebben. Reizen vanuit deze gebieden hebben uitsluitend een noodzakelijk karakter, en voor die reizigers geldt dat zij bij binnenkomst in Nederland dringend worden geadviseerd om eerst twee weken in thuisquarantaine te gaan. De begeleiding tijdens thuisquarantaine wordt op dit moment nog uitgewerkt.

Voorstellen van de Commissie voor toerisme en vervoer in en na 2020.

De Europese Commissie publiceerde op 13 mei een pakket met richtsnoeren en een aanbeveling om toerisme en vervoer in de EU op te kunnen starten. Het kabinet informeert uw Kamer via een brief van de minister van Buitenlandse Zaken over haar reactie op deze voorstellen. Deze brief wordt vandaag ook aan uw Kamer gestuurd.

Het kabinet geeft in bovenstaande brief aan dat het de voorstellen van de Commissie verwelkomt. Het kabinet is sterk voorstander van het vrij verkeer van personen en diensten in de unie. Dit zijn kernwaarden van de EU en twee van de

vier pijlers onder de interne markt. Ook ziet het kabinet graag een snel herstel van de toerisme- en hospitaliteitsector. Het kabinet is voorstander van stapsgewijs reisbeperkingen en grenscontroles afbouwen tussen landen met een positief evoluerende en voldoende vergelijkbare epidemiologische situatie alsmede soortgelijke of strengere mitigerende maatregelen. Tegelijkertijd vindt het kabinet het essentieel om te voorkomen dat er een terugval komt in de epidemiologische ontwikkeling van het COVID-19 virus in Nederland. De voorgestelde aanbevelingen en richtsnoeren zijn constructief en dragen bij aan een gecoördineerde aanpak om toerisme en transport in de Europese Unie te herstellen en mogelijk te maken. Het kabinet zet zich daarnaast in om bij de uitwerking van de aanbevelingen en richtsnoeren het Caribisch deel van het Koninkrijk te betrekken.

Kenmerk
1698039-205892-PG

3 juni 2020



Rijksverheid

Toch op vakantie? Ga dan wijs op reis.

De zomer van 2020 wordt anders dan we gewend zijn. Op vakantie gaan is dit jaar minder vanzelfsprekend. Om het coronavirus onder controle te houden, gelden er op veel plekken maatregelen.

Voor iedereen geldt:



Ga buiten het vakantie seizoen als het kan.



Bereid je goed voor.



Volg de basisregels.



Laat je testen bij klachten.

 **Wil je in Nederland op vakantie?**

Openbaar vervoer: alleen voor noodzakelijke reizen en draag een niet-medisch mondkapje.

Krijg je in Nederland klachten?
Blijf thuis en laat je testen. Maak een afspraak via 0800-1202.

 **Wil je naar het buitenland op vakantie?**

Je kunt alleen reizen naar landen met een geel reisadvies.

Reizen naar landen met een oranje of rood reisadvies wordt afgeraden. Kom je terug uit zo'n land, dan moet je thuis 14 dagen in quarantaine.

 **Kijk voor het actuele reisadvies op nederlandwereldwijd.nl.**

Informeer je goed voor vertrek over het land van bestemming en de maatregelen die er gelden. Lees het actuele reisadvies op nederlandwereldwijd.nl.

Download de Reisapp van Buitenlandreizen en zet pushberichten aan. Houd tijdens je vakantie het Nederlandse reisadvies in de gaten.

Weet waarvoor je verzekerd bent tijdens je reis. Let ook op of repatriëring is inbegrepen.

Weet welke maatregelen gelden tijdens je vlucht of in landen waar je doorheen reist.

Leef ook in het buitenland de regels na die in Nederland gelden. Als lokale regels strenger zijn, dan gelden deze.

Krijg je klachten tijdens je vakantie in het buitenland? Meld je dan bij de lokale gezondheidsautoriteiten en de GGD in je woonplaats.

Basisregels voor iedereen:



Heb je klachten? Blijf thuis en laat je testen.



Houd 1,5 meter afstand.



Vermijd drukte.



Was vaak je handen.

Dit advies geldt per 15 juni.

alleen samen krijgen we corona onder controle

Voor meer informatie:
rijksverheid.nl/coronavirus
of 0800-1202

Figuur 2. Adviezen met betrekking tot de zomervakantie.

3. Testen, traceren, isoleren en thuis rapporteren

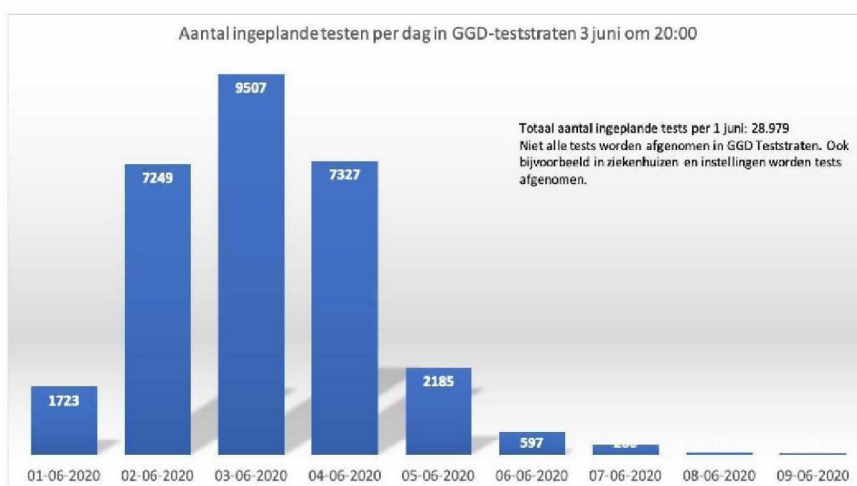
Wat betreft het testen en traceren heb ik Uw Kamer per brief op 28 mei jl. geïnformeerd over de laatste stand van zaken. In aanvulling hierop informeer ik u in deze brief over enkele actuele zaken.

Kenmerk
1698039-205892-PG

3.1 Testen

Ik ben verheugd u te kunnen melden dat het vanaf 1 juni mogelijk is om iedereen met klachten te laten testen. Het testen en traceren via bron- en contactonderzoek is een belangrijke pijler in onze aanpak om het virus onder controle te houden bij het versoepelen van de maatregelen. Ik heb grote waardering voor de GGD'en, laboratoria en betrokkenen binnen de Landelijke coördinatiestructuur Testcapaciteit (waaronder de Speciaal Gezant, de heer 5.1.2e) vanwege hun inzet om dit mogelijk te maken. We houden gedurende de eerste dagen de vinger goed aan de pols om eventuele opstartproblemen zo snel mogelijk op te lossen. Ik wil hierbij nogmaals benadrukken dat mensen met ernstige klachten zich bij de huisarts en/of spoedeisende hulp moeten melden. Dit krijgt ook aandacht in de publiekscampagne.

Ik informeer u graag kort over het verloop van de eerste dagen testen. Het speciale telefoonnummer waarmee mensen met coronaklachten een testafspraak kunnen maken is in de afgelopen twee dagen in groten getale gebeld. De toestroom op 0800-1202 was zo groot, dat de systemen overbelast raakten en mensen niemand te spreken kregen of in een (te) lange wachtrij werden geplaatst. De technische knelpunten zijn in de loop van de ochtend, mede door goed overleg met Nederlandse telecomproviders, snel opgelost. Op dit moment is er geen sprake meer van lange wachttijden of onderbroken telefoontjes en kunnen mensen snel worden ingepland voor een testafspraak. Op het moment van schrijven zijn er bijna 29.000 afspraken gemaakt voor het afnemen van een test. Een deel van de bellers bleek met een ander doel te bellen; met name de behoefte aan informatie over COVID-19 is groot. Deze mensen zijn doorverwezen naar de juiste informatiekanalen.



Figuur 3. Aantal ingeplande testen per dag in GGD-teststraten

3.2 Bron- en contactonderzoek

Het bron- en contactonderzoek (bco) vormt een belangrijk onderdeel van onze aanpak om het virus onder controle te houden en de circulatie ervan zo laag mogelijk te houden. De GGD'en hebben er de laatste weken hard aan gewerkt om verder op te schalen zodat de grote aantallen bco uitgevoerd kunnen worden. Bij deze opschaling is ook rekening gehouden met de capaciteit die nodig is voor de nazorg bij de geïdentificeerde contacten na het bco, bijvoorbeeld voor het nabellen van de huisgenoten en nauwe contacten op in ieder geval dag 1, dag 7 en de laatste dag van de getroffen maatregelen. Daarnaast is GGD GHOR het landelijke opschalingsmodel voor bco aan het inrichten, zodat aanvullende landelijke capaciteit klaar staat als GGD'en daar behoefte aan hebben.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Protocol bron- en contactonderzoek

Door het RIVM is het wetenschappelijk onderzoek over COVID-19 en internationale richtlijnen vertaald in een Nederlandse COVID-19 richtlijn. Op basis van wetenschappelijke onderbouwing stelt de beroepsgroep zelf (artsen infectieziektebestrijding), vanuit haar eigen professionele verantwoordelijkheid, het protocol voor het bco op. Het RIVM monitort het proces van bron- en contactonderzoek. Op basis van die gegevens wordt, als dat nodig is, het protocol aangepast.

Het wetenschappelijk onderzoek is door de ontwikkeling rondom het COVID-19 virus en de inzichten die er worden opgedaan nog steeds in ontwikkeling. Het protocol is 20 mei op een aantal punten gewijzigd:

- Aan de categorie overige nauwe contacten is een subcategorie toegevoegd voor de contacten die een kortdurende hoogrisicoblootstelling hebben gehad. Dit betreft bijvoorbeeld contacten die in direct fysiek contact zijn geweest. Met deze toevoeging krijgen naast de contacten die langer dan vijftien minuten op minder dan anderhalve meter contact hebben gehad, ook de contacten met een kortdurende hoogrisicoblootstelling het advies om gedurende veertien dagen thuis te blijven. Daarnaast kan met deze toevoeging de mate van het risico op overdracht beter worden opgevolgd en kunnen bijbehorende maatregelen zo nodig per subgroep worden aangepast.
- De GGD informeert de huisgenoten én de nauwe contacten (zowel categorie 2a als categorie 2b) zowel schriftelijk als mondeling, en heeft op dag 7 en aan het einde van de monitoringsperiode nogmaals telefonisch contact met deze contacten. De GGD'en zullen vaker contact hebben met personen bij wie de inschatting is dat veelvuldiger contact nodig is.
- De leefregels voor overige nauwe contacten zijn verduidelijkt: zij blijven thuis en mogen niet buiten de deur werken. Een uitzondering hierop kan in overleg met de GGD en de bedrijfsarts gemaakt worden voor mensen werkzaam in de vitale sector of met cruciale beroepen onder de voorwaarde dat zij geen klachten hebben.

Met het protocol bron- en contactonderzoek werkt Nederland in lijn met de internationale richtlijnen. Voor wat betreft de mate van het monitoren van de verschillende contacten volgt Nederland de ECDC-richtlijn. Waar de WHO-richtlijn dagelijkse monitoring via telefoon of persoonlijk contact adviseert als de positief geteste persoon hier toestemming voor geeft, adviseert de ECDC om hoogrisicogroepen actief te volgen. De WHO-richtlijn geeft adviezen voor een breed scala aan situaties over de hele wereld. De ECDC vertaalt deze richtlijn naar

de context in Europa. Vanuit de WHO-richtlijn wordt geadviseerd om dagelijks te monitoren en de ECDC geeft Europese landen de ruimte om een alternatieve vorm van monitoring te kiezen die past bij de situatie van dat land. In Nederland is de monitoring ingericht door het actief bellen van de positief geteste persoon, hun huisgenoten en nauwe contacten op dag 1 en 7, en op de laatste dag van de maatregelen. In het begin van de coronacrisis hebben GGD'en de lijn gevolgd om alle besmette patiënten en contacten dagelijks te bellen. De ervaring leerde dat dit niet het gewenste effect had, een deel van de mensen voelde zich betutteld en gecontroleerd. De ervaringen tot nu toe zijn dat drie keer bellen als prettig wordt ervaren en dat mensen zelf op tijd aan de bel trekken als zij klachten ervaren. Als de GGD'en de inschatting maken dat met bepaalde personen veelvuldiger contact nodig is, zullen zij dat doen. Recente resultaten van het onderzoek naar het naleven van maatregelen geven ook aan dat 92% van de mensen bereid is thuis te blijven bij klachten⁵.

Kenmerk
1698039-205892-PG

De mate waarin positief geteste personen de gegeven instructies opvolgen is belangrijk. Hiervoor kan aanvullende informatie nodig zijn, bijvoorbeeld door het aanpassen van (instructie)brieven, informatie op websites. Het RIVM volgt via de gedragsunit de bereidheid onder de Nederlandse bevolking voor het opvolgen van de maatregelen.

Hiermee heb ik uitvoering gegeven aan de motie van het lid Asscher (PvdA) over het aanpassen van het protocol bron- en contactonderzoek (protocol BCO) voor 1 juni 2020 zodat maximaal wordt ingezet op het voorkomen van verspreiding van het virus⁵.

Gebruik reserveringsgegevens horeca

In het bco worden contacten en hun gegevens via de indexpatiënt opgespoord. Het gebruiken van reserveringsgegevens van horecagelegenheden, zoals naam en contactgegevens, voor het bco kan GGD'en ondersteunen in het opsporen van contacten van de indexpatiënt. Met deze gegevens kunnen GGD'en klanten informeren over het feit dat iemand met COVIDhoreca-19 in de betreffende horecagelegenheid is geweest en hen adviseren over welke maatregelen er getroffen dienen te worden. GGD'en kunnen deze gegevens voor het bco gebruiken als klanten expliciet toestemming hebben gegeven aan de horecaondernemer om deze gegevens te delen met de GGD in het geval dat er een bco wordt uitgevoerd. Ik zal met de sector in overleg gaan om te bekijken hoe een dergelijke toestemming vormgegeven kan worden zodat de reserveringsgegevens voor het bco kunnen worden gebruikt. Ik bekijk daarbij ook of het gebruik van reserveringsgegevens waardevol kan zijn in andere sectoren waar met reserveringen wordt gewerkt.

Meldplicht

Tijdens het debat van 20 mei jl. kwam de eventuele meldplicht van de werkgever aan de orde voor het geval een collega met COVID-19 gerelateerde klachten op het werk verschijnt. Ik licht graag toe hoe het precies zit.

⁵ Onderzoek naar gedrag en welbevinden in tijden van Corona, 26 mei, gedragsunit RIVM.

⁶ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 360.

De werkgever is verantwoordelijk voor een gezonde en veilige werkomgeving. Als een werknemer op het werk COVID-19 gerelateerde klachten vertoont, is het de verantwoordelijkheid van de werkgever om de werknemer hierop aan te spreken en eventueel maatregelen te nemen. De werkgever kan bijvoorbeeld op grond van het instructierecht, waarbij een werknemer een redelijke instructie van de werkgever moet opvolgen, de werknemer naar huis sturen. De bezorgde collega kan daarnaast een klacht indienen bij de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid over de veiligheid van de werkplek of de omstandigheden waarin gewerkt moet worden in relatie tot COVID-19. Het advies is nog steeds om bij dergelijke klachten thuis te blijven en zich te laten testen.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Voor zowel de werkgever, de werknemer als collega's bestaat er geen juridische meldplicht bij een vermoeden van een besmetting met COVID-19. Uiteraard staat het een werknemer vrij om een collega informeel doch dringend aan te spreken wanneer diegene COVID-19 gerelateerde klachten op het werk vertoont. Voor een bedrijfsarts daarentegen geldt wel een meldplicht, op grond van de Wet publieke gezondheid, als hij bij een door hem onderzocht persoon een besmetting met COVID-19 vaststelt. De melding moet worden gedaan bij de GGD. De GGD meldt dit dan weer aan het RIVM. In sommige beroepsgroepen (bijvoorbeeld het onderwijs of voor gemeenten) geldt voor een werknemer een meldplicht bij de werkgever of de bedrijfsarts op grond van de cao wanneer een werknemer contact heeft gehad met iemand met een infectieziekte, zoals bedoeld in groep A van de Wet publieke gezondheid. COVID-19 behoort sinds 28 januari jl. tot deze groep infectieziekten.

Uitgangspunt is dat personen met COVID-19 vrijwillig meewerken aan de te treffen noodzakelijke maatregelen om verspreiding van het virus te voorkomen. Wanneer personen onverantwoordelijk omgaan met COVID-19 gerelateerde klachten acht ik het in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de directe omgeving of de werkgever om die persoon daarop aan te spreken en te verwijzen naar zijn of haar huisarts of de GGD. Ik vertrouw erop dat iedereen de maatregelen blijft naleven en wij elkaar scherp kunnen houden.

Als iemand om welke reden dan ook echt niet wil meewerken aan de noodzakelijke maatregelen, kan de voorzitter van de veiligheidsregio op grond van de Wet publieke gezondheid als uiterst middel gedwongen quarantaine of isolatie opleggen. De voorzitter van de veiligheidsregio kan besluiten tot gedwongen isolatie als de betrokkene lijdt aan COVID-19 of als er gegronde redenen zijn dat te veronderstellen. In het LCI-draaiboek worden checkvragen benoemd om te bekijken of verplichte isolatie in de bewuste situatie de meest geschikte oplossing is. Gedwongen isolatie kan plaatsvinden in een aangewezen ziekenhuis. De voorzitter van de veiligheidsregio kan besluiten tot gedwongen quarantaine als er redenen zijn dat betrokkene recentelijk een dusdanig contact met een COVID-19 patiënt of een vermoedelijke patiënt heeft gehad, dat deze persoon mogelijk met dezelfde ziekte is geïnfecteerd. Er moet hierdoor een ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaan en de persoon in kwestie moet niet tot vrijwillige onderwerping aan die maatregel bereid zijn. Tijdens gedwongen isolatie of quarantaine kan verplicht medisch toezicht worden toegepast door de GGD. Het doel van medisch toezicht is om te bezien of de betreffende persoon met Covid-19 is geïnfecteerd en dientengevolge ziekteverschijnselen ontwikkelt. Dit toezicht kan alleen plaatsvinden als het nodig is om daarmee het gevaar te kunnen vaststellen

en af te wenden en alleen als betrokkene niet wenst mee te werken. Het medisch toezicht wordt verricht onder de medische verantwoordelijkheid van een door de GGD aangewezen geneeskundige. Alleen bij gedwongen isolatie kan verplicht getest worden op COVID-19. Hiervoor is een rechterlijke machtiging nodig.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Doorwerken met COVID-19 en loondoorbetaling

In het debat van 20 mei jl. heb ik uw Kamer toegezegd samen met de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een aantal vragen te beantwoorden van de heer Heerma over de verplichtingen van de werkgever en de werknemer in het geval er tijdelijk niet gewerkt kan worden in verband met COVID-19.

i. Medewerkers met een vast dienstverband

Er zijn verschillende situaties denkbaar. Als een werknemer ziek is dan is er recht op loondoorbetaling bij ziekte. De beoordeling van ziekte ligt bij de bedrijfsarts. Als de werknemer ziek is en dus niet kan werken, kan de werkgever hem ook niet verplichten naar kantoor te komen.

In deze bijzondere tijd kunnen mensen daarnaast worden opgeroepen om zoveel mogelijk thuis te blijven. Bijvoorbeeld als zij zelf lichte klachten hebben, of als huisgenoot of als overig nauw contact van een positief geteste patiënt worden geïdentificeerd. Huisgenoten die uit een bco naar voren komen worden geadviseerd twee weken in quarantaine te gaan. Overige nauwe contacten worden geadviseerd om twee weken thuis te blijven. Onder normale omstandigheden hadden deze werknemers prima kunnen werken. De werkgever mag iemand in deze situatie echter niet verplichten om naar werk te komen. Als de werknemers om wie het hier gaat vanuit huis kunnen werken, dan moeten zij vanuit huis werken en is er om die reden uiteraard recht op loon. Er zijn ook situaties waarin de aard van het werk het niet mogelijk maakt om thuis te werken. In dat geval heeft de werknemer, ondanks dat hij niet werkt, ook recht op loon. Het risico ligt in dat geval bij de werkgever.

ii. Medewerkers met een flexibel dienstverband

Zoals hierboven beschreven draagt in algemene zin een werkgever het risico van iemand die ziek is of (tijdelijk) niet kan werken in verband met COVID-19 en de daaromtrent geldende richtlijnen. Voor een deel van de flexibele krachten zal, als zij zelf ziek worden, het dienstverband eindigen. Dat geldt bijvoorbeeld voor mensen met een nulurencontract buiten de oproepperiode, uitzendkrachten bij wie het uitzendbeding in werking treedt bij ziekte of mensen met een tijdelijke arbeidsovereenkomst die eindigt terwijl zij nog ziek zijn. Zij hebben dan recht op een Ziektewetuitkering van UWV, in plaats van op loondoorbetaling bij ziekte. Voor een ander deel van de groep flexibele krachten zal het dienstverband eindigen op het moment dat zij niet meer naar werk kunnen komen. Zij blijven op grond van de RIVM-richtlijnen thuis, bijvoorbeeld omdat zij lichte klachten hebben of vanwege een advies dat volgt uit het bco. Het Ministerie van SZW wint op dit moment juridisch advies in over de vraag of mensen die zelf niet echt ziek zijn, maar vanwege de RIVM-richtlijnen thuis moeten blijven, en niet thuis kunnen werken, ook onder de Ziektewet vallen. De Minister van SZW zal op korte termijn de Kamer informeren over de uitkomsten en zijn reactie hierop geven.

iii. Risico's werkgever

In antwoord op de vraag of het werkgeversrisico van loondoorbetaling bij ziekte redelijk is, het volgende. De werkgever kan voor al zijn personeel, ook flexibele krachten, gebruik maken van de Tijdelijke Noodmaatregel Overbrugging voor Werkgelegenheid (NOW). Deze regeling is verlengd tot 1 oktober 2020. De werkgever kan onder voorwaarden tot maximaal 90% van de loonkosten vergoed krijgen als de werkgever verwacht ten minste 20% omzet te verliezen. Het doorbetalen van loon bij ziekte valt ook onder deze loonkosten. Op deze manier worden veel werkgevers gecompenseerd voor het (financiële) risico van werknemers die (tijdelijk) niet kunnen werken in verband met COVID-19.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Ik acht hiermee de vragen die het lid Heerma tijdens het debat van 20 mei jl. heeft gesteld beantwoord.

3.2 Digitale ondersteuning

Samen met de GGD wordt ook gewerkt aan de totstandkoming van digitale middelen die bijdragen aan de bestrijding van de uitbraak, bijvoorbeeld door de uitvoering van het bron- en contactonderzoek. In mijn vorige brieven heb ik u meegenomen in de digitale ondersteuning van de bestrijding van het coronavirus. We zijn daarbij gestart met werken aan een app voor anonieme contactopsporing op basis van een programma van eisen van de GGD. Op 27 mei 2020 zijn de eerste conceptontwerpen van de app openbaar gemaakt. Meer dan 200 ontwerpers zijn binnen 24 uur in die ontwerpen gedoken en ongeveer 20 van hen deden ook direct al concrete voorstellen voor verbetering. Op 28 mei jl. is de werking van de app openbaar beschreven, en op 29 mei zijn de eerste stukken broncode openbaar gemaakt. Dit alles doe ik om iedereen die wil bijdragen te betrekken en om transparant te zijn in waar we aan werken en waar we daarbij staan. De oplossing zal ook ter toetsing worden voorgelegd aan de relevante overheidspartijen en is door de openbaarheid ook toetsbaar – en verbeterbaar – voor partijen buiten de overheid. Tot slot heeft de begeleidingscommissie zich op 28 mei gebogen over het programma van eisen van de GGD en over mijn aanpak van de realisatie. Ik hoop hun advies deze week te ontvangen.

Ik heb er vertrouwen in dat we volgens planning in de eerste twee weken van juni een technische beproeving onder de eerste testers kunnen gaan doen. De invulling van alle privacy- en veiligheidseisen inclusief de toetsen daarop kunnen daarna afgerond worden. Ondertussen blijf ik samenwerken met andere landen, waaronder met Duitsland (zowel in de technische evaluatie als in gesprekken met Apple en Google en ontwikkeling van de software). In Europees verband breng ik ook de noodzaak van interoperabiliteit onder de aandacht. Dan kun je bijvoorbeeld via de Nederlandse app worden gewaarschuwd als je in het buitenland op vakantie nabij een achteraf besmet gebleken persoon bent geweest.

Het is mijn voornemen om in de tweede helft van juni te starten met de eerste praktijkbeproeving van de app. Ik denk daarbij nu aan beproeving in een of meer regio's. Op dit moment bekijk ik welke regio's hiertoe bereid en geschikt zijn. Tijdens de beproeving wordt onder andere onderzoek gedaan naar de epidemiologische waarde, de technische werking en de gebruikerservaringen. Ik verwacht uw Kamer na de evaluatie van de beproeving en een voorstel voor volgende stappen te kunnen doen toekomen.

Ik heb een wetsvoorstel in voorbereiding om misbruik van de app door derden te verbieden, waarbij ik ook van de gelegenheid gebruik maak om expliciet in de Wpg vast te leggen dat de GGD-en bij het bron- en contactonderzoek gebruik kunnen maken van digitale ondersteuning zoals de app.

Kenmerk
1698039-205892-PG

4. Vaccinontwikkeling

In mijn eerdere brieven aan uw Kamer heb ik aangegeven dat ik internationale samenwerking en solidariteit bij de ontwikkeling en productie van een vaccin van groot belang vind. Die internationale samenwerking kan op verschillende manieren plaatsvinden, zoals in WHO-verband, door het ondersteunen van CEPI, in de EU en bilateraal en ook middels publiek-private partnerschappen. Het uiteindelijke doel is (mondiale) toegankelijkheid en betaalbaarheid van de te ontwikkelen Covid-19 vaccins. Dit doel is, zoals ik in mijn Kamerbrief van 29 mei jl. over de *Solidarity call to action* heb aangegeven⁷, zonder de financiële inzet en de expertise en kennis van private partijen niet haalbaar. Eerder vandaag heb ik u in een aparte Kamerbrief⁸ laten weten dat Nederland met Duitsland, Frankrijk en Italië gaat samenwerken om zo snel mogelijk over een toegankelijk, beschikbaar en betaalbaar vaccin te beschikken. Dit initiatief komt bovenop alle andere stappen die we als Nederland zetten om vaccinontwikkeling te stimuleren. Zoals ik in deze brief heb aangegeven gaan we in gesprek met verschillende producenten die werken aan kansrijke initiatieven. In bijlage 3 vindt u het *Memorandum of Understanding* dat de vier landen zijn overeengekomen.

We kiezen daarbij nadrukkelijk voor een inclusieve aanpak, waarbij EU-lidstaten de mogelijkheid hebben om deel te nemen in de initiatieven die voortkomen uit deze samenwerking, dit ook in afstemming met de Europese Commissie. Ook kijken we hoe we vanuit beschikbare capaciteit kunnen bijdragen aan het verzekeren van vaccins voor kwetsbare landen, bijvoorbeeld in Afrika.

Kennisdeling

Een andere mogelijkheid om toegankelijkheid en betaalbaarheid van vaccins te stimuleren is het delen van kennis, data en intellectueel eigendom. Hiertoe heb ik in lijn met de motie van het lid Ellemée c.s. mij de afgelopen weken ingezet om steun voor een vrijwillige *technology patent pool* te verkrijgen. Dit initiatief van Costa Rica en de WHO dat de naam *Solidarity Call to Action; To realize equitable global access to COVID-19 health technologies through pooling of knowledge, intellectual property and data* draagt, heeft nu van 37 landen, inclusief Nederland, steun gekregen. Ik zie deze oproep als ondersteunend aan ons streven om snel vaccins beschikbaar te krijgen. Ik hoop dat in de komende tijd meer landen, private partijen en NGO's dit initiatief steunen. Ik zal mij in brede zin blijven inzetten, onder andere in WHO-verband en via de EU.

Op EU-niveau wordt ook in verschillende werkgroepen onderzocht welke mogelijkheden er liggen voor een gemeenschappelijke aanpak. De Health Security Committee heeft het mandaat gekregen een EU-vaccinatieplan op te stellen en de mogelijkheid te onderzoeken van gezamenlijke inkoop van vaccins en de inzet van het zogenaamde *Emergency Support Instrument* om onder andere de productiecapaciteit in de EU te vergroten. De gesprekken over deze

⁷ Kenmerk 1696996-205818-IZ

⁸ Kenmerk 2020Z10002

gemeenschappelijke aanpak bevinden zich nog in een beginstadium. Ik zal u op de hoogte houden van de vorderingen.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Nationale inspanningen

In Nederland stimuleer en faciliteer ik de ontwikkeling en de productie van vaccins waar mogelijk. Inmiddels is er contact met verschillende private partijen over de wijze waarop de overheid faciliterend kan optreden. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan bespoedigen van procedures en het samenbrengen van partijen.

5. Innovatieve behandelingen

Het kan nog enige tijd kan duren voordat een goed werkend vaccin is. In de tussentijd doen we er alles aan doen om behandelingen te vinden waarmee kwetsbare mensen beter en sneller herstellen en minder restschade overhouden aan een besmetting met het coronavirus. De Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) houdt een overzicht bij van alle studies naar medicamenteuze behandelopties. Daarin wordt ook verwezen naar de richtlijnen van de beroepsgroepen (NHG en Verenso). In deze crisissituatie krijgen zorgverleners de ruimte om de zorg op afwijkende manieren te organiseren, maar alleen als het veilige en verantwoorde zorg oplevert. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet hierop toe.

Ik heb veel waardering voor de oplossingsgerichtheid waarmee onderzoekers naar behandelingen zoeken. Ik zal er alles aan doen om hun snelheid en creativiteit te matchen, bijvoorbeeld door kansrijke onderzoeken financieel of anderszins te ondersteunen. Omdat het uiteraard wel wetenschappelijk deugdelijk onderzoek moet zijn, wat ik zelf niet kan en wil beoordelen, stel ik op korte termijn een expertpanel samen dat mij kan informeren over welke innovatieve behandelingen momenteel onderzocht worden in Nederland en daarbuiten, en hoe kansrijk deze zijn voor de behandeling van kwetsbare (oudere) mensen.

We hebben nu al zicht op een aantal veelbelovende initiatieven. Deze behoren tot de eerste tranche van onderzoeken die gefinancierd zijn door ZonMw. Ik heb uw Kamer eerder al laten weten dat ik daarvoor 47,5 miljoen euro beschikbaar heb gesteld. Het draait natuurlijk niet alleen om financiering, we zijn voortdurend met publieke en private instellingen in gesprek om ook niet financiële belemmeringen te slechten. Sommige initiatieven hebben de media inmiddels bereikt. Ik zal uw Kamer daarover de komende weken informeren.

Vooruitlopend op de officiële goedkeuring voor bepaalde middelen wil ik de beschikbaarheid van behandelingen voor Nederlandse patiënten zo veel mogelijk borgen. Aan Nederlands onderzoek stellen we eisen aan de betaalbaarheid en beschikbaarheid, mede conform de principes van maatschappelijk verantwoord licentiëren. Daarover sta ik in nauw contact met de academisch medisch centra. Daarnaast houd ik de internationale onderzoeksarena nauwlettend in de gaten.

Kortom, de komende maanden zullen in het teken staan van succesvol realiseren van Nederlands onderzoek, het selecteren van de meest kansrijke behandelingen door het expertpanel en het proactief beschikbaar maken van geneesmiddelen voor de Nederlandse patiënt.

6. Leefstijlpreventie

De afgelopen weken is onder andere door wetenschappers en medici aandacht gevraagd voor het belang van een gezonde leefstijl om weerbaarder te zijn tegen de gevolgen van een coronabesmetting. Het Nederlands Innovatiecentrum voor Leefstijlgeneeskunde (Lifestyle4Health) en de Vereniging Arts en Leefstijl hebben namens bijna 2000 zorgprofessionals op 19 mei een brief en notitie aangeboden aan staatssecretaris Blokhuis om aandacht te vragen voor een gezonde leefstijl. Hun oproep is: *"Als leefstijl ooit op de agenda zou moeten staan, dan is het nu. De cijfers liegen er niet om. De overgrote meerderheid van de corona-geïnfekteerde patiënten op de IC heeft overgewicht, obesitas en/of een of meerdere aandoeningen."*

Kenmerk
1698039-205892-PG

Ook vanuit de sport is een oproep gedaan. Op 20 mei verscheen de aankondiging dat de aankomende periode een concreet programma wordt ontwikkeld waarin de kracht van de twintig gezondheidsfondsen, NOC*NSF en Nederlandse Loterij wordt gebundeld voor een gezonde actieve leefstijl. De minister voor MZS en de staatssecretaris van VWS hebben, net als de ministers van EZK, SZW en OCW, een oproep van sporters en ex-sporters ontvangen. Joop Alberda pleit hierin mede namens Sarina Wiegman, Epke Zonderland, Guus Hiddink, Erik Scherder, Louis van Gaal en Bas van der Goor er onder meer voor om nog meer samen op te trekken vanuit sport en gezondheidszorg en om sporten en bewegen te integreren in het dagelijks leven. Ook in de media verscheen hun oproep om 'sport en bewegen de motor te laten zijn van een vitaal Nederland'.

Ik deel de oproepen dat een gezonde leefstijl belangrijk is. Dat geldt natuurlijk ook los van COVID-19. Een gezonde leefstijl is waar veel maatschappelijke organisaties, kennisinstituten en gemeenten zich met het Nationaal Preventieakkoord en het Nationaal Sportakkoord landelijk en lokaal voor inzetten. Op het Loket Gezond leven van het RIVM wordt leefstijladvies gegeven voor thuis, ook omdat voor heel veel Nederlanders de woon- en werkomgeving opeens is veranderd; thuis werken, thuis eten, minder gelegenheid om te sporten. Gezonde keuzes maken is voor veel mensen dan ook een nog grotere uitdaging dan normaal. De staatssecretaris van VWS gaat daarom in gesprek met wetenschappers, medici, gemeenten en partners om te bezien welke kennis er is over corona en leefstijl, wat nodig is voor het bevorderen van een gezonde leefstijl en welke kansrijke initiatieven er zijn. Hiervoor worden een aantal bijeenkomsten georganiseerd waarvan de eerste in juni is. Ook gaan de minister voor MZS en de staatssecretaris van VWS in gesprek met sporters over hun oproep.

Een aantal maatregelen uit het Nationaal Preventieakkoord krijgt een extra impuls. Vanaf 2021 komt uitvoeringsbudget beschikbaar voor gemeenten die zich met lokale preventieakkoorden inzetten op maatregelen die overgewicht, roken en problematisch alcoholgebruik bestrijden. Gemeenten kunnen zodoende inspelen op de nieuwe situatie. Voor lokale sportakkoorden is een dergelijk uitvoeringsbudget er al. Gemeenten kunnen de budgetten ook samenvoegen en investeren in een gezonde leefstijl. Daarnaast komt er extra budget beschikbaar voor maatregelen als de Gezonde School en Jongeren op Gezond Gewicht. Het tijdig signaleren als mensen vastlopen en hulp nodig hebben om een gezonde leefstijl in te vullen is juist nu ook extra belangrijk. Samen met de zorgprofessionals wil ik bekijken hoe het tijdig signaleren, bespreekbaar maken en door verwijzen naar professionele hulp en ondersteuning kan worden versterkt.

Er worden voorbereidingen getroffen om met publiekscommunicatie de samenleving op een laagdrempelige manier te informeren over hoe in de dagelijkse praktijk om te gaan met COVID19: 1,5 meter afstand bewaren, je handen wassen, niezen in je elleboog, geen handen schudden en waar mogelijk thuis werken. Daarbij hoort ook: gezond eten en drinken, voldoende bewegen en niet roken. Zo maken we onszelf weerbaarder. De staatssecretaris van VWS bekijkt samen met partners uit het Nationaal Preventieakkoord hoe hier nadere invulling aan te geven. Ook worden in lijn met de afspraken uit het Nationaal Preventieakkoord de komende tijd leefstijlcampagnes ingezet die aansluiten bij de oproepen van artsen en wetenschappers.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Ook voor de langere termijn is het nodig dat er voldoende aandacht is voor een gezonde leefstijl. Preventie en gezond gedrag zijn belangrijke aspecten als het gaat over de vraag hoe de zorg voor de toekomst eruit zou moeten zien. Er zijn diverse programma's en projecten gericht op een gezonde leefstijl. Veelal gefinancierd door het rijk en met een tijdelijk karakter. Om meer te bereiken op preventie is een lange adem nodig en is het noodzakelijk dat effectief gebleken interventies en programma's structureel worden geborgd. Ook zijn heldere samenwerkingsafspraken tussen partijen in het zorgdomein en sociaal domein nodig om mensen met een verhoogd risico op ziekte te signaleren en van goede ondersteuning en zorg te voorzien. Waarbij elk van de betrokken partijen weet wat zijn rol is en deze ook pakt. In de Contourennota zal ik hier samen met de minister voor Medische Zorg en de staatssecretaris voor Volksgezondheid de nodige aandacht aan geven en oplossingsrichtingen voorstellen. Vanwege de coronacrisis is de planning van de Contourennota doorgeschoven en verwacht ik dit najaar de nota te publiceren.

7. Persoonlijke beschermingsmiddelen

Door goede afspraken te maken met tientallen betrouwbare leveranciers, heeft het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) grote hoeveelheden persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) van goede kwaliteit ingekocht. Door uitbreiding van het aantal vluchten, verwacht het LCH de komende weken een constante aanvoer van PBM. Op dit moment kan het LCH met de huidige voorraad in Nederland voorzien in de vraag die zorginstellingen bij het LCH hebben gemeld. Alleen voor handschoenen is op dit moment nog sprake van een tekort. De verwachting is dat er op korte termijn grote bestellingen via de luchtbrug uit Azië naar Nederland zullen komen. Dit geeft verlichting voor de komende weken. Wel geeft het LCH aan dat de schaarste in handschoenen voor de komende weken een aandachtspunt zal blijven.

Inmiddels heeft het LCH een website gelanceerd waarop wekelijks een totaaloverzicht wordt geplaatst van de tot dusver aangekochte en uitgeleverde PBM, de actuele voorraad van PBM, het aantal bestelde stuks en de middelen die onderweg zijn naar Nederland vanuit het buitenland. Deze cijfers zijn vanaf nu terug te vinden op de website van het LCH.^{9[1]}

⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/organisatie/organogram/landelijk-consortium-hulpmiddelen>

De minister voor MZS heeft bij een aantal koepels uit de medisch specialistische zorg (NFU, NVZ, ZKN, FMS) en de huisartsenzorg (LHV, InEen) gevraagd wat hun beeld is van de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmaterialen. Zij geven aan dat over het algemeen het op dit moment goed loopt op en er voldoende PBM beschikbaar zijn. Zij ontvangen geen signalen van dringende tekorten. Conform afspraak kopen zorginstellingen primair in bij hun reguliere leveranciers voor het bestellen van materialen. De leveringsmogelijkheden via deze reguliere leveranciers zijn nog niet altijd toereikend en/of voldoende stabiel. Op dat moment wordt het LCH ingeschakeld. Het LCH heeft ziekenhuizen en de huisartsen laten weten dat er op dit moment voldoende beschikbaar is en als er acute problemen zijn helpen zorgaanbieders in een regio elkaar. Ook bij de koepels van de langdurige zorg (Actiz, ZorgthuisNL, VGN, Verenso, NVAVG en V&VN) is nagevraagd wat hun beeld is van de beschikbaarheid van PBM. Dit zijn partijen die in normale omstandigheden minder beschermingsmiddelen zoals mondneusmakers nodig hebben en minder gebruik maken van reguliere kanalen. Zij geven aan dat er de laatste weken geen signalen meer zijn van tekorten aan mondneusmaskers. Wel zijn er nog tekorten gemeld aan handschoenen en schorten. Dit is in overeenstemming met de berichten vanuit het LCH. De voorraden bij zorgaanbieders zijn soms kleiner dan men doorgaans aanhoudt. Toch geeft het LCH aan dat zij op basis van de huidige bestellingen verwacht eind juni voldoende materiaal te hebben mocht zich een tweede piek in coronabesmettingen voordoen. Er zijn ondertussen circa zesduizend instellingen in het aanvraagstelsel van het LCH opgenomen, waarvan ongeveer de helft ook daadwerkelijk bestellingen doet via het aanvraagportaal.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Voor mantelzorgers, vrijwilligers voor palliatieve zorg thuis en pgb-zorgverleners zijn ondertussen 100.000 pakketjes beschikbaar voor het geval degene voor wie zij zorgen positief is getest op COVID-19. Op recept van de huisarts of GGD-arts kunnen deze pakketjes door zorgverleners kosteloos bij de apotheek worden opgehaald, of worden deze thuisbezorgd.

Het is van groot belang dat de zorg nu én in de toekomst beschikt over voldoende betrouwbare beschermings- en hulpmiddelen. De wereldwijde markt van vraag en aanbod van deze middelen is afhankelijk van de mondiale ontwikkelingen van de uitbraak. Daarom ben ik in gesprek met zowel het LCH, leveranciers en partijen uit de curatieve en langdurige zorg, om een toekomstige situatie van tekorten te voorkomen. Een belangrijke voorwaarde is dat bij een nieuwe piekbelasting snel en wendbaar opgeschaald kan worden.

Om toekomstige tekorten te voorkomen, is het van belang om een beter inzicht te krijgen in de vraag en het aanbod van beschermingsmiddelen, zowel via het LCH als via reguliere inkoopkanalen. Daarbij kijk ik naar de mogelijkheden voor de aanleg van een 'ijzeren' of veiligheidsvoorraad PBM die toekomstige pieken in de vraag uit de gehele zorg kan opvangen. Vraagstukken daarbij zijn of dit het beste centraal of decentraal georganiseerd kan worden en welke rol de Nederlandse productie van beschermingsmiddelen in de aanleg van deze ijzeren voorraad kan spelen. Dit wordt in de komende weken verder uitgewerkt.

Tot die tijd blijft de opdracht aan LCH om maximaal te voorzien in de aanvullende vraag naar beschermingsmiddelen in de zorg, als gevolg van het coronavirus.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Ook heeft de minister voor MZS recent contact gehad met de Belgische staatssecretaris, Maggie de Block, over de mogelijkheden tot samenwerking op Europees niveau, onder andere op het gebied van voorraden hulp- en beschermingsmiddelen. De Europese Commissie heeft verschillende instrumenten om medische middelen t.b.v. de aanpak van Covid-19 aan te (laten) schaffen. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan deelname aan RescEU. RescEU bevat verschillende response capaciteiten (zoals het aanhouden van een medische voorraad) voor verschillende typen crises. Producten die onder een RescEU *medical stockpile* kunnen vallen zijn persoonlijke beschermingsmiddelen, IC-apparatuur (waaronder beademingsapparatuur), lab materiaal en vaccins. RescEU valt onder het Europese civiele beschermingsmechanisme en de verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij het ministerie van Justitie en Veiligheid. De Commissie heeft lidstaten uitgenodigd om een subsidie aan te vragen voor het aankopen en beheren van één van de Europees benodigde voorraden. Nederland staat positief tegenover deze uitnodiging van de Commissie en wil graag samen met België optrekken. Nederland is voornemens om in augustus een voorstel bij de Commissie in te dienen. We onderzoeken op dit moment de verdere details hiervan.

8. Zorg voor patiënten in de curatieve sector

8.1 Opschaling reguliere zorg

Nu de druk op de IC door COVID-19 patiënten afneemt, zien we dat de reguliere zorg weer wordt opgeschaald. Zo is het aantal verwijzingen van de huisarts naar het ziekenhuis gestegen naar 80% van het aantal van voor de crisis. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), als regiehouder in het opschalen van reguliere zorg, voert hierover gesprekken met de branche- en beroepsorganisaties in de ziekenhuiscare, revalidatiezorg, langdurige zorg, thuiszorg, mondzorg, GGZ, huisartsenzorg, en paramedie. De branche- en beroepsverenigingen zitten daarbij zelf ook niet stil. Zo is er bijvoorbeeld met verschillende partijen gezamenlijk een handreiking voor het opstarten van poliklinische non-covid zorg tot stand gekomen. Hierin staan praktische adviezen voor raden van bestuur en medisch specialisten om gezamenlijk de opschaling lokaal veilig vorm te geven.

De toename in het aantal verwijzingen en het aantal behandelingen in de verschillende sectoren zet zich dus stapsgewijs voort. De zorg is echter nog niet terug op het oude niveau, mede doordat de anderhalvemetersamenleving ook invloed heeft op de zorgcapaciteit. Zo geven bijvoorbeeld ziekenhuizen en klinieken aan dat opschaling en benutting van de capaciteit onder andere beperkt wordt door het anderhalvemeterprotocol. Het is daarom van het grootste belang om patiënten zoveel mogelijk passende zorg buiten het ziekenhuis te geven. Dat kan door bijvoorbeeld, waar mogelijk, digitale toepassingen in te (blijven) zetten, zoals consulten, controle afspraken, begeleiding/coaching of voor- en nazorg op afstand. Dat maakt ook dat patiënten hun afspraken niet hoeven uit te stellen uit angst voor een coronabesmetting. Passende zorg buiten het ziekenhuis kan ook door te kijken of de zorg niet beter in de eerste lijn kan plaatsvinden. Daarnaast zullen de partijen fors moeten inzetten op gepast gebruik en zinnige zorg. Dit is een taak van zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen waarvoor het

Zorginstituut de handvatten biedt. De minister voor MZS heeft de NZa gevraagd een advies uit te brengen hoe de bekostiging ondersteunend kan zijn aan de inzet op gepast gebruik en zinnige zorg, maar ook digitale zorg en bij het opschalen van zorg. De NZa past waar nodig de bekostiging hierop aan door bijvoorbeeld tijdelijke regelingen voor zorg op afstand structureel te maken.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Daarnaast is er een eerste rapportage gemaakt door de NZa over de gevolgen van COVID-19 op de reguliere zorg voor patiënten met een (mogelijke) vorm van kanker. Hieruit blijkt dat de verwijzingen en behandelingen voor mensen met kanker tijdens de COVID-19-uitbraak minder hard zijn teruggelopen dan voor andere diagnoses. Urgente oncologische zorg heeft zo goed als wel volledig plaatsgevonden. Verder zijn er tot 65.000 minder verwijzingen voor oncologische zorgvragen en is het aantal oncologiepatiënten na de uitbraak met bijna de helft afgenomen. Afgelopen weken is weer een aanzienlijke toename van het aantal verwijzingen van patiënten met een oncologische zorgvraag te zien.

Om mensen te helpen weer de weg richting hun zorgverlener te vinden, wordt er vanuit verschillende hoeken ingezet op duidelijke communicatie. Er komt steeds meer ruimte voor reguliere zorg en het is daarom belangrijk dat mensen weten dat ze bij gezondheidsklachten hun huisarts of andere behandelaar kunnen benaderen en dit ook durven te doen. En dat mensen daar niet mee wachten omdat ze bang zijn besmet te worden met het coronavirus bij een bezoek aan de dokter of het ziekenhuis. Daarom heb ik samen met de NZa, de Patiëntenfederatie, het RIVM, en de Dienst Publiek en Communicatie van het ministerie van Algemene Zaken een landelijke informatiecampagne opgezet. Het belangrijkste advies dat hierbij geldt is dat mensen bij klachten telefonisch contact opnemen met hun zorgverlener. Daarnaast biedt de NZa branches en zorgaanbieders hulp in de communicatie met patiënten over de opstart van zorg. Zo is een informatiekaart voor zorgaanbieders opgesteld, met adviezen over de inzet van publiekscommunicatie richting hun patiënten. Daarnaast heeft de NZa branche- en beroepsorganisaties opgeroepen om goede voorbeelden van het opstarten van reguliere zorg te melden. Ook is vanuit verschillende beroepsverenigingen (FMS, LVH en NHG) de campagne "Kom naar je (huis)arts" gestart waarbij via een voorlichtingsfilm mensen worden aangesproken om bij klachten niet te wachten, uit angst om besmet te worden met het virus.

8.2 Opschalen IC-capaciteit

Zoals ik in mijn brief van 19 mei jl.¹⁰ heb aangegeven heeft de minister voor MZS het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om op korte termijn, in overleg met de betrokken veldpartijen, met een plan te komen over de opschaling van de IC-capaciteit. Dit is conform de motie van de leden Asscher (PvdA) en Wilders (PVV)¹¹ die de regering verzoekt een scenario uit te werken met daarin de mogelijkheden om verder op te schalen. Het LNAZ heeft de opdracht gekregen om dit plan uit te werken. Daarbij gaat het enerzijds om een (flexibel op te schalen) structureel verhoogde capaciteit tot 1700 IC-bedden en anderzijds om het uitwerken van een opschalingsplan tot 3000 als een grote piekbelasting zich zou aandienen, in beide gevallen rekening houdend met de bestaande samenwerkingsafspraken met Duitsland. Dit plan geeft – in samenhang met de

¹⁰ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 351.

¹¹ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 205.

activiteiten die onder regie van de NZa worden uitgevoerd omtrent het opschalen van de reguliere zorg – invulling aan de motie van de leden Jetten (D66) en Heerma (CDA)¹² waarin wordt opgeroepen om na te denken over de inrichting van de COVID-19-zorg en de reguliere zorg bij een eventuele tweede COVID-19-golf.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Het LNAZ is met andere betrokken veldpartijen voortvarend aan de slag gegaan aan deze opdracht. 5.1.2e, voormalig bestuursvoorzitter van het UMC Groningen, is projectleider van deze opdracht. In vier werkgroepen worden de verschillende inhoudelijke vraagstukken uitgewerkt:

- Personeel en opleidingen
- Landelijke en regionale afspraken
- Benutten van IC-capaciteit in Duitsland (inclusief vervoer)
- Financiën

Het is van groot belang dat het zorgpersoneel goed betrokken is bij de uitwerking van het plan, en dat daarbij de verpleegkundigen en de artsen op gelijke en gelijkwaardige wijze daarin een rol kunnen vervullen. Daarom wordt de werkgroep 'Personeel en opleidingen' in gezamenlijkheid getrokken door de voorzitters van V&VN en de NVIC. De *Chief Nursing Officer* neemt zitting in de overkoepelende kerngroep van het totale project. Hiermee wordt maximaal invulling gegeven aan de motie van de leden Klaver (GL) en Dijkhoff (VVD)¹³ over het betrekken van IC-verpleegkundigen bij de besluitvorming.

In de werkgroep over landelijke en regionale afspraken wordt onder meer gekeken naar de organisatie van de patiëntenspreiding en de verdeling van de patiënten over de ziekenhuislocaties per regio. Daarbij wordt ook de optie onderzocht om COVID-19-patiënten op een selectief aantal locaties te behandelen. Hiermee wordt invulling gegeven aan het specifieke onderdeel uit de motie van de leden Jetten (D66) en Heerma (CDA)¹⁴ dat hiertoe oproept.

Ik verwacht uw Kamer eind juni te informeren over de specifieke plannen voor de structurele uitbreiding van de IC-capaciteit. Uiterlijk in september is het specifieke plan voor de flexibele opschaling tot circa 3000 IC-bedden gereed. Daarna zal ik uw Kamer ook over dit deel op de hoogte brengen.

De minister voor MZS en ik beseffen ons dat we met deze opdracht veel vragen van verschillende partijen, zeker in deze tijd. In een korte periode moet er met veel verschillende partijen naar een gedragen plan toegewerkt worden. Daarbij is ook juist de inzet van zorgprofessionals die zich de afgelopen tijd al maximaal hebben ingespannen van groot belang. Hun ervaringen en visies zijn absoluut nodig bij de uitwerking van het plan. Het is geen makkelijke opdracht en er is veel creativiteit en samenwerking bij nodig. We hebben dan ook veel waardering voor de inzet van de betrokken partijen om te komen tot een plan waarmee we Nederland zo goed mogelijk voorbereiden op een onverhoopte nieuwe golf van het virus.

¹² Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 357.

¹³ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 358.

¹⁴ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 357.

Kenmerk
1698039-205892-PG

8.3 Revalidatiezorg voor (ex-)COVID-19 patiënten

Zoals aangegeven in de Kamerbrief van 6 mei jl.¹⁵ loopt er een aantal trajecten op het gebied van revalidatiezorg om meer inzicht te krijgen in de nazorg en revalidatie van (ex-)COVID-19-patiënten. Deze trajecten richten zich op zorginhoud en expertise (opdracht aan ZonMw), aanspraak (verzoek aan Zorginstituut) en capaciteit en bekostiging (onderzoek door de NZa). Wat betreft zorginhoud en expertise heeft ZonMw de opdracht gekregen een eerste voorlopige kwaliteitsstandaard te (laten) ontwikkelen, samen met veldpartijen, waarin aandacht is voor type patiëntgroepen en benodigde zorg en wie dat kan leveren op welke wijze. Hierbij wordt breed naar de zorgbehoeften van patiënten gekeken en is juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) een belangrijk uitgangspunt. De Long Alliantie Nederland (LAN) voert deze opdracht voor ZonMw uit en ontwikkelt in samenwerking met verschillende relevante beroepsgroepen een voorlopige kwaliteitsstandaard.

De minister voor MZS heeft een bestuurlijke stuurgroep ingesteld met ZonMw, NZa, Zorginstituut, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), en de Patiëntfederatie Nederland. Deze stuurgroep gaat ervoor zorgen dat de verschillende trajecten goed op elkaar blijven aansluiten, dat integraal afwegingen worden gemaakt, en dat deze aansluiten bij de voortschrijdende inzichten in de kennisontwikkeling rondom COVID-19. Daarnaast zal LAN, als uitvoerder van de eerdergenoemde opdracht van ZonMw gedurende deze opdracht bij de stuurgroep aansluiten. Deze stuurgroep zal tot het einde van dit jaar zich bezighouden met aspecten op het gebied van nazorg en revalidatie van (ex-)COVID-19-patiënten.

9. Stand van zaken routekaart personen kwetsbare gezondheid

De vorige Kamerbrief¹⁶ bevatte een routekaart voor de versoepeling van maatregelen voor mensen met een kwetsbare gezondheid. Om dit goed en op een veilig manier te regelen zijn veel partijen aan de slag gegaan om vorm te geven aan een versoepeling van de bezoeksregelingen, het opschalen van de dagbesteding/begeleiding en het vervoer naar dagbesteding of -behandeling.

9.1 Bezoeksregelingen

Bezoek verpleeghuizen

Met ingang van 25 mei jl. mogen alle locaties die aan de voorwaarden voldoen, de versoepelde bezoeksregeling verpleeghuizen (met één vaste bezoeker per bewoner) toepassen. De verwachting is dat een groot deel van de locaties dit ook zal doen. Vanwege de noodzakelijke voorbereidingstijd zullen sommige locaties later dan 25 mei de versoepelde bezoeksregeling toepassen. Actiz, Alzheimer Nederland, het LOC, NIP, Verenso, V&VN en ZorgthuisNL hebben een handreiking gemaakt voor de toepassing van de versoepelde bezoeksregeling.¹⁷ Hierin zijn de algemene adviezen van het RIVM om besmetting te voorkomen verwerkt.

¹⁵ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 315.

¹⁶ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 351

¹⁷ <https://www.actiz.nl/nieuws/versoepeling-bezoek-verpleeghuiszorg>

De handreiking helpt om op een verantwoorde manier ruimte te geven aan de versoepeling. Voorzichtigheid is verstandig maar mag niet leiden tot onterechte terughoudendheid. Als er twee weken geen besmettingen zijn geweest, is een versoepeling van de bezoeksregeling aan de orde. Dat is ook het geval als een afdeling met besmette bewoners goed is af te scheiden van een afdeling waar twee weken geen besmettingen zijn. Het bezoek hoeft – anders dan om redenen van praktische uitvoerbaarheid – ook niet beperkt te worden tot eens per week. Bewoners kunnen bovendien weer een ommetje maken met de vaste bezoeker of een vrijwilliger. Ook vrijwilligers zijn weer welkom op de locaties en bewoners kunnen weer naar de kapper en pedicure. Wordt voldoende afstand bewaard en de andere algemene RIVM-richtlijnen gevolgd, dan zijn bij bezoek en andere activiteiten in veel gevallen ook geen medische beschermingsmiddelen nodig.

Kenmerk
1698039-205892-PG

De monitoring vindt plaats door de GGD'en (waar het gaat om de melding van besmettingen en de melding van de openstelling voor bezoek) en de Academische Werkplaatsen (inhoudelijke monitoring). Op dit moment (peildatum 2 juni) hebben 709 locaties aangegeven dat zij de versoepelde bezoeksregeling (met één vaste bezoeker per bewoner) toepassen. Bij de volgende brief kunt u wederom een rapportage van de Academische Werkplaatsen verwachten.

Op 15 juni a.s. wordt de volgende stap gezet. Terwijl op 25 mei jl. de locaties die aan de voorwaarden voldoen konden besluiten om open te gaan voor bezoek, worden alle locaties vanaf 15 juni a.s. geacht de versoepelde bezoeksregeling (met één vaste bezoeker per bewoner) te hanteren. Dat betekent dat op alle locaties die aan de voorwaarden voldoen, de bewoners dan weer bezoek mogen ontvangen. Voor locaties die nu nog niet open zijn voor bezoek maar wel besmettingsvrij zijn, geldt dat zij aan de slag moeten om ervoor te zorgen dat bezoek op 15 juni mogelijk is. Actiz en ZorgthuisNL zullen hun achterban erop wijzen de versoepelde bezoeksregeling toe te passen vanaf 15 juni aanstaande en daarvoor tijdig de voorbereidingen te treffen. Op 15 juni aanstaande zullen alleen locaties gesloten zijn voor bezoek indien de locatie nog niet 14 dagen besmettingsvrij of nog sprake is van besmettingen. Zodra het mogelijk is, zullen ook deze locaties open gaan voor bezoek. Is op 15 juni nog sprake van besmetting dan zal de opstelling dus niet voor 1 juli open kunnen voor bezoek.

In mijn brief van 19 mei jl. aan uw Kamer gaf ik aan dat het mijn voornemen was per 15 juli meer bezoekers per bewoner toe te laten. De roep in de samenleving om meer bezoekers per bewoner toe te laten is groot. Daarvoor heb ik veel begrip. Ik heb eerder al aangegeven dat het zwaar is voor bewoners en verwanten elkaar langere tijd niet (fysiek) te mogen ontmoeten. Deze roep komt terug in de media en in de brief van Alzheimer Nederland, Ieder(in), KBO-PCOB, Mantelzorgnl en de Patiëntenfederatie van 28 mei jl. aan de Tweede Kamer. Uit de monitoring tot dusverre blijkt dat de versoepelde bezoeksregeling goed is te hanteren door de zorgaanbieders ook al is deze arbeidsintensief vanwege de noodzakelijke zorgvuldigheid. Verder vlakkt het aantal nieuwe besmettingen in de verpleeghuiszorg verder af en hetzelfde geldt voor het aantal locaties dat voor het eerst een bestemming meldt. Er zijn dus geen contra-indicaties om de sterke maatschappelijke wens meer bezoek per bewoner mogelijk te maken. Daarnaast biedt de hierboven genoemde handreiking handvatten om bezoek van meer personen gefaseerd en verantwoord te laten plaatsvinden. Gelet hierop wil ik – onder voorbehoud van de ontwikkelingen – mogelijk maken dat reeds vanaf 15

juni meer dan één vaste bezoeker mogelijk is. In de routekaart schuift de datum dus van 15 juli naar 15 juni. Met deze aanpassing wordt het voor zorgaanbieders mogelijk op basis van de handreiking tot een lokale afweging te komen wanneer het in hun specifieke situatie mogelijk is meer bezoekers per bewoner toe te laten.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Naast de wens van bewoners en verwanten en het vrij zijn van besmettingen zijn organisatorisch-logistieke vragen van belang om tot lokaal maatwerk te komen. Maatwerk per locatie vraagt in de communicatie meer van zorgaanbieders dan het volgen van een landelijke maatregel. Voor verwanten en bewoners is het niet altijd gemakkelijk te accepteren dat het nog niet mogelijk is meer bezoekers per bewoner te ontvangen, terwijl dat op andere locaties al wel kan. Het is belangrijk dat de gesprekken hierover respectvol zijn, ook in een wat meer emotionele situatie. Dit is ook passend gegeven de inspanningen van met name de zorgverleners in de afgelopen maanden onder zeer moeilijke omstandigheden de best mogelijke zorg te leveren aan bewoners. Cliëntenraden kunnen hierbij een belangrijke rol vervullen.

Vanwege het noodzakelijke maatwerk per locatie is inzicht nodig welke locaties de versoepelde bezoekerregeling toepassen en/of meerdere bezoekers per bewoner faciliteren. Daarom heb ik met Actiz en ZorgthuisNI afgesproken dat zij een voorstel voor de monitoring van deze verruiming doen.

i. Zicht op en inzicht in ontwikkelingen verpleeghuizen

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

- Het RIVM schat dat tot nu toe bij 8.200 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, van wie ruim 2.700 mensen als overleden zijn gemeld.¹⁸ Het totaal aantal verdenkingen van een COVID-19-besmetting in verpleeghuizen bedraagt 4.795 (peildatum 2 juni).¹⁹
- Op 1 januari 2020 woonden circa 120.000 zeer kwetsbare mensen in een verpleeghuis. Dit betekent dat bij bijna 7% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en ruim 2% van de bewoners is overleden. Ongeveer de helft van de mensen die besmet raken, herstelt weer.
- Het aantal locaties waar sprake is (geweest) van een bevestigde besmetting van 1 of meer personen is 990.²⁰ Dat betekent dat ongeveer 40% van het totaal aantal verpleeghuislocaties in Nederland de afgelopen periode een melding heeft gedaan van één of meer COVID-19 besmettingen. Op dit moment wordt met het RIVM onderzocht hoe een *actuele* stand van het aantal locaties met een bevestigde besmetting in kaart gebracht kan worden.

Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen of verdenkingen hiervan neemt per week af. Dit geldt ook voor het aantal mensen dat is overleden en het aantal meldingen van 'nieuwe verpleeghuislocaties' met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting.

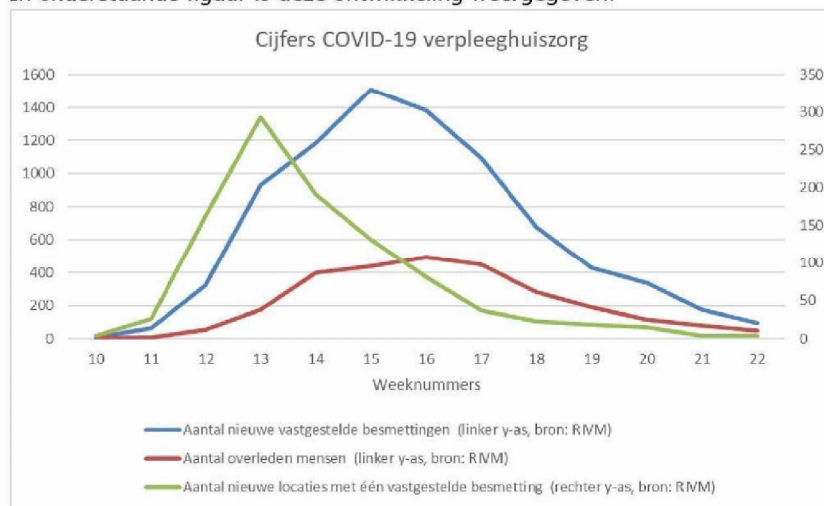
¹⁸ Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

¹⁹ Dit cijfer komt uit registraties uit de EPD's. Omdat dit een vrijwillige registratie is, is deze registratie niet compleet. Ook hier geldt dat er sprake is van onderregistratie.

²⁰ In de melding van bevestigde COVID-19 besmetting ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

Kenmerk
1698039-205892-PG

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling weergegeven.



Figuur 4. Ontwikkeling aantal nieuwe vastgestelde COVID-19 meldingen, overleden mensen en nieuwe locaties met één vastgestelde besmetting in de verpleeghuiszorg.

ii. Leren van elkaar

Om ervoor te zorgen dat we de verpleeghuisbewoners zo goed mogelijk blijven beschermen, doen we het volgende:

- Bijeenbrengen van de kennis die de zorgaanbieders nodig hebben om het virus buiten de deur te houden. Deze kennis bij elkaar vormt een leidraad/checklist voor de verpleeghuizen. Deze checklist wordt gepubliceerd voor medio juni.
- We verspreiden de kennis en bieden ondersteuning. Als een zorgaanbieder hulp nodig heeft, bieden we 'hands on' ondersteuning via de antibioticaresistentie (ABR)-zorgnetwerken en 'Waardigheid en Trots op locatie'.

Voor de realisatie hiervan heb ik inmiddels een samenwerkingsverband vormgegeven dat bestaat uit de GGD'en, ActiZ, de ABR-zorgnetwerken, de Academische Werkplaatsen ouderenzorg en 'Waardigheid en Trots op locatie'.

iii. Bijeenbrengen van de kennis

Genoemde partijen beschikken onder andere over de volgende kennis:

- **Maatregelen in de crisisdagboeken**
Door de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg van Leiden en Groningen wordt onderzoek gedaan op basis van de crisisdagboeken van ruim 20% van de sector. De geïnventariseerde maatregelen die zorgaanbieders nemen, worden gevalideerd door een panel van deskundigen. De planning is dat de Academische Werkplaatsen in week 25, week 31, week 37, week 43 en week 49 hierover publiceren.

Kenmerk
1698039-205892-PG

- *Kennis over hygiëne en infectiepreventie*

In het project 'Aanpak antibioticaresistentie (ABR) in verpleeghuizen' is kennis ontwikkeld over infectiepreventie en hygiënisch handelen in verpleeghuizen. Beide zijn hoekstenen bij het tegengaan en terugdringen van besmettingen. Er is een toolkit ontwikkeld die zorgaanbieders (snel) kunnen gaan toepassen.²¹

- *'Waardigheid en Trots op locatie'*

Door 'Waardigheid en Trots op locatie' wordt contact onderhouden met de zorgaanbieders die deelnemen aan het programma. Ook worden door 'Waardigheid en Trots op locatie' voorbeelden verzameld en o.a. vertaald naar handboeken. Daarnaast is er kennis van ActiZ/zorgthuisNL, de GGD'en en zijn er de richtlijnen van o.a. RIVM en Verenso.

iv. Verspreiden van kennis en bieden van ondersteuning

Deze kennis bij elkaar vormt de hiervoor genoemde leidraad/checklist voor de verpleeghuizen. De leidraad/checklist kan door verpleeghuizen worden gebruikt om na te gaan of zij alles hebben gedaan wat nodig is. Het gaat om het aanbieden van kennis om van te leren, niet om 'afvinken'.

In de checklist komen onderwerpen terug zoals onder meer infectiepreventie, hygiëne, instrueren van zorgverleners in de omgang met COVID-19, toepassen van de bezoeksregeling en zorg in de laatste fase. De checklist komt online beschikbaar. Bij elk van deze onderwerpen zijn instrumenten, tools en ervaringen van andere zorgaanbieders beschikbaar waarnaar kan worden 'doorgeklik't. De planning is dat de checklist komende week beschikbaar komt. De checklist wordt geplaatst en bijgehouden op de website van 'Waardigheid en Trots op locatie'. Deze website wordt sinds de start van de crisis zeer vaak bezocht. Het aantal bezoekers is van ca. 35.000 per maand naar ca. 55.000 per maand toegenomen. Door genoemde andere partijen zal via hun communicatiekanalen (websites, nieuwsbrieven, social media, enz.) worden verwezen naar de site van 'Waardigheid en Trots op locatie'. Daarnaast kunnen zorgaanbieders die dat willen ondersteuning krijgen bij de toepassing van deze kennis. Deze ondersteuning wordt geboden via 'Waardigheid en Trots op locatie' en via de ABR-zorgnetwerken.

Bezoek gehandicaptenzorg

Vanaf 25 mei zijn de zorgorganisaties in de gehandicaptenzorg hun bezoeksregeling aan het versoepelen. Zij doen dat aan de hand van de routekaart die ik eerder heb gepresenteerd. Voor het maken van afspraken over bezoek voor bewoners van zorginstellingen is een handreiking gemaakt, die op 20 mei is verschenen. Deze handreiking biedt handvatten voor zorgorganisaties om beleid te kunnen maken. Het algemene bezoekbeleid dat een zorgorganisatie maakt, wordt lokaal uitgewerkt en vervolgens vertaald naar individuele afspraken, waaronder het aantal bezoekers. Die afspraken verschillen per cliënt, afhankelijk van zijn of haar persoonlijke situatie. Vrijwel alle zorgaanbieders zijn hiermee aan de slag gegaan. Daarmee is niet gezegd dat het overal soepel loopt of dat bewoners en verwanten al terug zijn bij de oude bezoeksafspraken. Veel zorgorganisaties zijn nog erg voorzichtig, met name waar het gaat om contact

²¹ <https://www.resistentiepreventie.nl/tools/>

binnen de anderhalve meter. Ook het gesprek met verwanten over de invulling van bezoek komt niet overal even makkelijk tot stand. Het invullen van de afspraken uit de routekaart op individueel niveau vraagt om goede uitleg en heldere, landelijke kaders.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Bij verwanten zien we op dit moment soms ongeduld. Zij vragen zich af waarom zij nog steeds hun kind of naaste niet fysiek mogen zien. En dat is volstrekt begrijpelijk: het is ontzettend zwaar om al zo lang geen contact te hebben. Dat zal de komende weken worden opgelost. Immers, op 15 juni moet voor iedere bewoner bezoek weer mogelijk zijn binnen de richtlijnen van het RIVM en de uitgangspunten van de handreiking. In sommige gevallen kan terugkeer naar de oude afspraken (nog) niet en zullen er nieuwe afspraken moeten worden gemaakt. Dat kan niet alleen betrekking hebben op bezoek, maar ook op de dagbesteding, die niet altijd in de oude vorm weer kan worden opgestart vanwege de groeps grootte.

Op verschillende manieren wordt de uitvoering van de bezoekenregeling gemonitord. In voortgangsoverleggen met de partijen waarmee ik afspraken over de routekaart heb gemaakt, worden signalen van de cliëntenorganisaties besproken. De VGN vraagt bij haar leden uit hoe de bezoekenregeling wordt ingevuld aan de hand van vragenlijsten. Ondersteunend daaraan heeft de VGN een groep in het leven geroepen (Ruimtemakers) die vanuit verschillende perspectieven eveneens signalen verzamelt en bespreekt. Om angst en onzekerheid bij zorgmedewerkers weg te nemen, organiseert de VGN binnenkort een webinar voor professionals.

Zicht op en inzicht in ontwikkelingen gehandicaptenzorg

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

- Het RIVM (peildatum 2 juni) schat in dat tot nu toe bij bijna 1.140 bewoners van gehandicaptenzorginstellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, van wie zo'n 230 mensen zijn overleden.²² Het totaal aantal verdenkingen van een COVID-19-besmetting is 1.440 (peildatum 29 mei).²³
- Het aantal gehandicaptenzorglocaties waar sprake is van ten minste één bevestigde COVID-19 besmetting is 312.²⁴ Dit is ongeveer 12% van het totaal aantal locaties.

Net als bij de verpleeghuizen geldt bij de gehandicaptenzorginstellingen dat aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen of verdenkingen hiervan, over de afgelopen weken heen afneemt. Dit geldt ook voor het aantal mensen dat is overleden en het aantal meldingen van 'nieuwe locaties' met minimaal één vastgestelde COVID-19 besmetting.

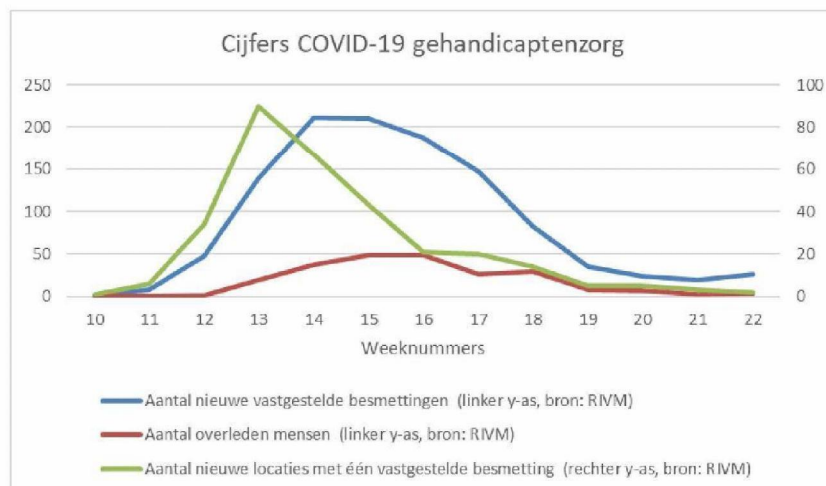
²² Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

²³ Dit cijfer komt uit registraties van een onlinedatabase. Omdat dit een vrijwillige registratie is, is deze registratie niet compleet. Ook hier geldt dat er sprake is van onder registratie.

²⁴ In de melding van bevestigde COVID-19 besmettingen ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om een bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

Kenmerk
1698039-205892-PG

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling weergegeven.



Kenmerk
1698039-205892-PG

Figuur 5. Ontwikkeling aantal nieuwe vastgestelde COVID-19 meldingen, overleden mensen en nieuwe locaties met één vastgestelde besmetting in de gehandicaptenzorg.

Bezoek bij ouderen met kwetsbare gezondheid thuis

Vanaf 25 mei is het beleid verruimd zodat kwetsbare ouderen weer bezoek kunnen ontvangen. Contact is belangrijk voor het welzijn, zeker ook voor deze kwetsbare ouderen. Het kabinet wil daarbij geen onderscheid maken tussen groepen ouderen dan wel kwetsbare mensen maken. Voorzichtigheid blijft echter geboden, zeker in het geval van mensen met een kwetsbare gezondheid. Het blijft belangrijk op gezond verstand te varen en goede afstand te bewaren. Het blijft daarnaast ook zeer belangrijk dat de oudere en het bezoek vooraf met elkaar in gesprek gaan om te checken of niemand klachten heeft dan wel besmet is met COVID-19. In het geval van klachten of besmetting is bezoek uiteraard niet aan de orde.

9.2 Dagbesteding/begeleiding

Als eerste stap op de routekaart is vanaf 1 juni 2020 voor iedere cliënt, zowel degenen die in instellingen wonen als degenen die thuis of in een kleinschalig wooninitiatief wonen, op een goede manier invulling gegeven aan dagbesteding. De richtlijn dagbesteding voor kwetsbare ouderen is aangepast aan nieuwe omstandigheden en is opnieuw gepubliceerd. De VGN heeft met cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking (zowel in instellingen als thuis)²⁵ een handreiking opgesteld voor aanbieders gehandicaptenzorg over dagbehandeling en dagbesteding, inclusief vervoer ernaar toe van zowel jongeren in de leeftijd van 13 t/m 18 jaar als volwassenen. Daarnaast heeft de VGN de handreiking Kinderdienstencentra, opvang en logeren opgesteld²⁶. Deze

²⁵ Deze handreiking is ontwikkeld door de VGN in samenwerking met het platform dagbesteding van de VGN, Iederin, LFB, LSR, Kansplus, Per Saldo, NVAVG, NVO en de Federatie Landbouw & Zorg en de BVKZ. De paragraaf over vervoer is afgestemd met Koninklijk Nederlands Vervoer (KNV). Zie ook: <https://www.vgn.nl/documenten/2020-05-29-handreiking-dagbestedingpdf>

²⁶ <https://www.vgn.nl/documenten/handreiking-kinderdienstencentra>

handreikingen, die op 29 mei zijn gepubliceerd, bieden concrete handvatten bij het volgen van de algemene hygiënemaatregelen en gaan in op die situaties waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden. Hieronder wordt nader ingegaan op het vervoer van en naar de dagbesteding, om ook dit zo veilig mogelijk te laten verlopen en tegelijkertijd rekening te houden met de diversiteit in doelgroepen in de gehandicaptenzorg.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Op 29 mei heeft overleg plaatsgevonden met koepels van aanbieders van dagbesteding om te bespreken hoe dagbesteding in de Wlz en Wmo in de praktijk zijn beslag krijgt. De dagbesteding in verpleeghuizen is veelal nog niet opgestart omdat deze verband houdt met de bezoeksregeling. Dagbesteding onder de Wmo geeft een wisselend beeld. Op sommige plekken is de dagbesteding nog nauwelijks in fysieke vorm opgestart omdat bijvoorbeeld vervoer nog een vraagstuk was. Op andere plekken was al sprake van minder afschaling en staat dagbesteding al weer goed op de rit. Zorgboerderijen, bijvoorbeeld, hebben dagbesteding voor jeugd grotendeels weer op orde, voor (jong)volwassenen is rond de 40-60% weer opgestart (waarbij men inschat dat het mogelijk kan zijn om naar 70/80% toe te groeien in de komende maanden) en voor ouderen zijn minder dan de helft van het aantal opgestart. De reden dat voor sommige groepen dagbesteding op locatie niet lukt, is dat bepaalde cliënten niet in staat zijn 1,5 meter afstand van elkaar of begeleiders te houden. Dat kan komen door dementie of andere mentale beperkingen. Ook durft nog niet iedereen naar dagbesteding toe vanwege angst voor besmetting of durven naasten het nog niet aan hen naar dagbesteding te brengen.

Met aanbieders is afgesproken deze groepen beter in kaart te brengen, ook in omvang, om daar passende ondersteuning te kunnen blijven leveren. Ook zullen gemeenten, aanbieders en cliëntenorganisaties op lokaal niveau cliëntervaringen gaan ophalen om een beter beeld te krijgen of dagbesteding of alternatieve vormen hiervan vorm hebben gekregen.

Behandeling ggz

In de ggz worden de behandelingen voortgezet conform de op 19 mei gepubliceerde versie 5.0 van de richtlijn 'ggz en corona'. Dat betekent dat er meer ruimte is voor 'face to face' behandeling (binnen de RIVM-richtlijnen), maar altijd vanuit *shared decision making*. Veldpartijen zijn voornemens op 8 juni versie 6.0 van de richtlijn 'ggz en corona' te publiceren. Waar mogelijk zullen ook hier weer stappen ten behoeve van de behandeling worden gezet. Ik wil echter benadrukken dat de mogelijkheden voor behandelingen in de ggz nu al ruim zijn, ik verwacht dan ook geen majeure aanpassingen.

Vervoer

We hebben uw Kamer per brief geïnformeerd²⁷ over het vervoer naar de dagbesteding. Het OMT heeft hier advies over gegeven en het RIVM heeft een kader gepubliceerd. Het advies geeft een aantal stappen aan die de veiligheid van de personen in het vervoer en de chauffeur zoveel mogelijk moeten garanderen. In de reactie is aangegeven dat het kabinet deze adviezen overneemt en laat uitvoeren in lijn met bestaande wet en regelgeving. Voor de volledigheid is meegegeven waarom aan dit vervoer van kwetsbare personen deze voorwaarden

²⁷ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstukken 25295, nr. 251

worden gesteld en hoe het zich verhoudt tot andere adviezen zoals het openbaar vervoer. Het kabinet gaat ervan uit dat deze adviezen en het kader, veiligheid biedt en tevens voldoende ruimte het vervoer naar dagbesteding weer meer mogelijk te maken.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Het Valysvervoer, het bovenregionaal sociaal recreatief vervoer voor mensen met een mobiliteitsbeperking, wordt in de week van 2 juni hervat. Transvision, uitvoerder van Valys, is belast met de voorbereiding van de implementatie van het protocol 'Veilig Zorgvervoer' bij alle vervoerders die Valys-ritten uitvoeren. Het protocol is opgesteld door Koninklijk Nederlands Vervoer op basis van eerdere advisering door het OMT.²⁸ Daadwerkelijk herstart van Valys zal plaatsvinden zodra aan de in het protocol genoemde voorwaarden, waaronder beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen voor chauffeurs, is voldaan en de chauffeurs ook zijn geïnstrueerd. Alle pashouders zullen door Transvision geïnformeerd worden over de precieze startdatum en de voorwaarden waaronder het vervoer zal plaatsvinden.

9.3 COVID-19 strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte

In mijn brief van 19 mei jl. heb ik uw Kamer gemeld dat er, in samenspraak met vertegenwoordigende organisaties voor mensen met een beperking, een COVID-19 strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte wordt ontwikkeld. Inmiddels is daarover overeenstemming bereikt met vertegenwoordigers van de doelgroep en betrokken organisaties (zie bijlage 4).

Deze COVID-19-strategie geeft richting aan de maatregelen die zijn en zullen worden getroffen om ervoor te zorgen dat mensen met een beperking of chronische ziekte, zolang COVID-19 het dagelijks leven beïnvloedt, op veilig en op gelijk niveau kunnen participeren. De uitwerking van de strategie in concrete acties en het volgen van de effecten daarvan in de praktijk zal in nauwe samenwerking met de daarbij relevante partijen plaatsvinden. Het is juist ook voor deze grote groep belangrijk dat zorg en ondersteuning weer goed op gang komt om weer mee te kunnen doen in de samenleving - gelijk aan alle anderen. Dit vermindert ook de zeer hoge belasting van mantelzorgers in de afgelopen periode.

9.4 Dak- en thuislozen

In overleg met onder andere de VNG, Valente en COMO heeft de staatssecretaris van VWS de afgelopen weken gewerkt aan een nieuwe richtlijn voor de stapsgewijze af- en ombouw van de maatschappelijke opvang. De nieuwe richtlijn die op 29 mei jl. gepubliceerd is, sluit beter aan bij de huidige fase van de crisis.²⁹ Met de richtlijn wordt gemeenten gevraagd de norm om 1,5 meter afstand te houden in de opvang op een meer duurzame manier te organiseren. Dit is nodig omdat deze norm langere tijd van kracht zal zijn en alternatieve voorzieningen als hotels en gymzalen waarschijnlijk steeds meer in gebruik worden genomen voor hun oorspronkelijke doeleinden. Voor niet-rechthebbenden wordt de opvang geleidelijk afgebouwd per 1 juni. Deze afbouw moet op 1 juli afgerond zijn. De

²⁸ <https://www.knv.nl/wp-content/uploads/2020/05/Sectorprotocol-zorgvervoer-incl-bijlage-RIVM-290520-003.docx.pdf>

²⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/05/29/richtlijn-afbouw-en-ombouw-maatschappelijke-opvang>

nieuwe richtlijn bevat tevens geactualiseerde informatie over hoe te handelen bij gezondheidsklachten en de veiligheid van medewerkers in de opvang. De staatssecretaris van VWS zal samen met bovengenoemde partijen ontwikkelingen blijven volgen en de richtlijn waar nodig actualiseren.

Kenmerk
1698039-205892-PG

11.6 Tweede corona-quickscan jeugdhulpaanbieders

De Jeugddautoriteit heeft haar tweede corona-quickscan jeugdhulpaanbieders opgeleverd.³⁰ Eind mei 2020 lijken de meeste aanbieders de gevolgen van de coronacrisis beter onder controle te hebben dan direct na de uitbraak in maart. In maart was de financiële regeling tussen Rijk en VNG over continuïteit van zorg, die recent is verlengd tot 1 juli, bij de meesten nog niet bekend. Bovendien zaten instellingen nog midden in de omslag naar de nieuwe werkwijze. Tegelijkertijd zijn er ook nu nog zorgen en knelpunten. De Jeugddautoriteit neemt contact op met instellingen waarbij de financiële risico's relatief hoog zijn om te kijken of er enigerlei vorm van ondersteuning nodig is.

10. Slachthuizen

Sinds het begin van de crisis zijn slachthuizen, de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA), de inspectie SZW (iSZW) en veiligheidsregio's, ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid, alert op de veiligheid van de medewerkers. Dit betreft in het algemeen vanzelfsprekende maatregelen, gebaseerd op adviezen van GGD en RIVM, zoals thuisblijven bij klachten en voldoende afstand houden als de maatregelen uit de protocollen die de slachthuizen zelf hebben opgesteld. Het gaat daarbij niet alleen om de werkplek, maar bijvoorbeeld ook om de huisvesting en vervoer van (tijdelijke) arbeidskrachten van slachthuizen. Zoals voor alle sectoren geldt, geldt voor de slachthuizen dat zij primair verantwoordelijk zijn voor de veiligheid van hun medewerkers. Ten aanzien van de arbeidsomstandigheden is iSZW de toezichthouder, ziet de veiligheidsregio toe op omstandigheden die volksgezondheid kunnen raken en is de NVWA vanuit haar verantwoordelijkheid als werkgever verantwoordelijk dat haar toezichthouders en de officiële assistenten van de Kwaliteitskeuring Dierlijke Sector (KDS) veilig hun werk kunnen doen. Zo werken de slachthuizen sinds maart met protocollen en zijn de slachthuizen en de brancheorganisaties hierover ook continu in overleg met de NVWA en vakbonden. De protocollen worden continu geactualiseerd waar nodig. De iSZW en de NVWA hebben de slachthuizen in een brief van 23 mei jl. gezamenlijk opgeroepen om de maatregelen van het kabinet en het RIVM in acht te nemen.

Recent bleek op een aantal slachthuizen verdergaande maatregelen noodzakelijk. Enerzijds vanwege een groot aantal besmettingen met het coronavirus onder het personeel, anderzijds vanwege het niet naleven van de corona-voorschriften bij het vervoer van werknemers. Op last van de betreffende veiligheidsregio's zijn enkele slachthuizen tijdelijk gesloten. Waar nodig zijn medewerkers in quarantaine geplaatst.

De minister van LNV heeft vorige week met de brancheorganisaties gesproken en de urgentie benadrukt van de eigen rol en verantwoordelijkheid van slachthuizen ten aanzien van het voorkomen van verdere verspreiding van het coronavirus. Belangrijk uitgangspunt blijft dat 1,5 meter afstand in acht moet worden genomen

³⁰ Quickscan wordt op Rijksoverheid.nl gepubliceerd.

en dat iemand met klachten thuis moet blijven. Ook heeft de minister van LNV de sector opgeroepen verantwoordelijkheid ten aanzien van het borgen van dierenwelzijn verderop in de keten te nemen. Daartoe worden scenario's uitgewerkt, waarin vooruit wordt gedacht over mogelijk te nemen maatregelen. De minister van LNV blijft hierover, samen met de andere ministeries, in gesprek met de desbetreffende sectoren. Het RIVM bekijkt de risico's van specifieke productieomstandigheden in slachthuizen. Ook bekijken de ministeries van LNV en VWS samen met de GGD'en en andere betrokken partijen hoe invulling gegeven kan worden aan het uitvoeren van coronatests bij personeel van de slachthuizen. Ik heb de GGD'en verzocht om een plan van aanpak op te stellen voor het testen van zowel de medewerkers van de slachthuizen als medewerkers die inspectie- en keuringswerkzaamheden uitvoeren. Belangrijke aandachtspunten voor de testen zijn de specifieke productieomstandigheden (zoals koelcellen) en werk, woon en vervoersomstandigheden van de werknemers. Omdat het gaat om een grote beroepsgroep van bijna 25.000 personen, is de aanpak risicogericht en gefaseerd.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Per regio zullen de slachthuizen steekproefsgewijs worden getest. Vanzelfsprekend zijn ervaringen van inmiddels geteste bedrijven en signalen van iSZW, NVWA en het bedrijf zelf belangrijke input voor de opzet en omvang van de steekproef. Bij positieve testresultaten wordt bron- en contactonderzoek ingezet.

Inmiddels zijn medewerkers in vijf grote slachterijen en een aantal kleine familiebedrijven getest. Het beeld is dat er bij een aantal bedrijven forse besmettingsgraden zijn gebleken tot zo'n 17%. De medewerkers bij de bedrijven waar dit om gaat worden door de veiligheidsregio in isolatie geplaatst en er wordt bron- en contactonderzoek gedaan. Hierbij is het van groot belang dat de administratie van de werkgevers op orde is. Bij bedrijven met besmettingen waar onvoldoende vertrouwen is in het uitvoeren en naleven van maatregelen wordt tot tijdelijke sluiting besloten. Bron- en contactonderzoek bij arbeidsmigranten blijkt echter ook complex vanwege grensoverschrijdende aspecten, al wordt er goed samengewerkt met bijvoorbeeld de Duitse GGD'en van bedrijven waar werknemers in Duitsland wonen. Maatregelen die door de veiligheidsregio worden genomen zijn altijd maatwerk en afhankelijk van de situatie ter plekke. Uiteraard wordt er wel tussen regio's afgestemd over gelijke gevallen en worden ook ervaringen uitgewisseld.

Met de veiligheidsregio's onderhouden wij nauw contact over beheersmaatregelen. Zo heb ik bijvoorbeeld overleg over de vraag hoe de wettelijke mogelijkheden op basis van de Wet publieke gezondheid, zoals het in quarantaine stellen van groepen, dienen te worden uitgevoerd. Een aantal andere vragen van de veiligheidsregio's wordt nog uitgewerkt.

In de slachthuizen werken veel arbeidsmigranten die gezamenlijk worden gehuisvest door een uitzendbureau, dat vaak ook het vervoer naar de werkplek regelt. Doordat arbeidsmigranten dicht op elkaar wonen, werken en in het gezamenlijk vervoer zitten, lopen zij een groter risico op besmetting met het coronavirus. Het uitzendbureau dient naast het bedrijf haar verantwoordelijkheid te nemen. Ook de veiligheidsregio heeft een belangrijke verantwoordelijkheid in de keten.

Zoals aangegeven in de brief van 20 december 2019³¹ aan uw Kamer zet het kabinet in op de aanpak van misstanden. Het kabinet heeft onder meer informatie over de voorzorgsmaatregelen en de RIVM-richtlijnen in verschillende talen beschikbaar gesteld voor arbeidsmigranten. In samenspraak met sociale partners wordt opgetreden richting werkgevers en betrokken uitzendbureaus om wetsnaleving inclusief de coronamaatregelen te bevorderen. Er zijn ook de nodige initiatieven van werkgevers en uitzendbureaus om arbeidsmigranten zich aan de 1,5 meter afstand te houden in huisvesting en vervoer. Ook is een protocol ontwikkeld. Hier is ook nadrukkelijk sprake van ketenverantwoordelijkheid. Gelet op de problematiek met de bescherming van arbeidsmigranten die nu bij de slachterijen, maar ook breder nadrukkelijk speelt, heeft het kabinet Emile Roemer gevraagd als trekker van een Aanjaagteam bescherming arbeidsmigranten. Zoals in de brief aan uw Kamer van 4 mei 2020³² is aangegeven, zet het Aanjaagteam op:

Kenmerk
1698039-205892-PG

- Het agenderen van de bescherming van arbeidsmigranten bij werkgevers, gemeenten en provincies, en partijen op regionaal niveau samenbrengen;
- gezamenlijk met deze partijen en interdepartementaal wordt gezocht naar maatregelen voor de bescherming van arbeidsmigranten op de korte en (middel)lange termijn;
- monitoren of er sprake is van tekorten of overschotten aan arbeidsmigranten in deelsectoren en zo nodig stimuleren tot arbeidsbemiddeling.

Het Aanjaagteam komt binnenkort met aanbevelingen voor de korte en lange termijn om de problematiek van registratie, werk, huisvesting, vervoer, zorg en grenzen aan te pakken. Uw Kamer wordt hierover nader geïnformeerd.

Samen met de GGD'en en de betrokken ministeries wordt op korte termijn een plan van aanpak opgesteld om te bekijken in welke sectoren de grootste risico's op besmetting met het coronavirus bestaan en welke rol het testen van medewerkers daarin kan spelen.

Met bovenstaande maatregelen wordt in gezamenlijkheid door betrokken partijen invulling gegeven aan de motie van de leden Van Esch en Ouwehand (beiden PvdD) over het afdwingen van RIVM-richtlijnen op slachthuizen en vleesverwerkende bedrijven³³ en de motie van de leden Smeulders en Bromet (beiden GL) over het naleven van corona-maatregelen in slachthuizen.³⁴

11. Overige ontwikkelingen

11.1 Aanpak COVID-19 in Caribisch deel van het Koninkrijk

Stand besmettingen, opgenomen patiënten en overledenen coronavirus

De laatste gegevens van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld over de afgelopen periode zien: Aruba (101), Sint Maarten (77), Curaçao (20), Sint Eustatius (2), Saba (3) en Bonaire (2). Het aantal actieve

³² Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 49.

³³ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 345.

³⁴ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 35359, nr. 8.

besmettingen ligt veel lager. In Caribisch Nederland ligt dat nu op 0. Thans liggen er op Sint Maarten en Aruba geen patiënten op de IC en 1 op Curaçao. Op Sint Maarten zijn inmiddels 15 mensen overleden aan de gevolgen van het virus. Op Aruba zijn 3 mensen overleden. Op Curaçao is 1 persoon overleden aan de gevolgen van COVID-19. De epidemiologische situatie is stabiel en de eilanden nemen maatregelen om intern af te schalen.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Derde OMT-advies Cariben

VWS heeft op 3 juni het derde OMT-advies Cariben ontvangen. Het advies wordt op dit moment bestudeerd en zal besproken worden in het Vierlandenoverleg Gezondheid van 4 juni en op een later moment aan uw Kamer gezonden.

11.2 Deelname van zuigelingen aan RVP tijdens COVID-19

Het effect van COVID-19 op de deelname van zuigelingen aan het Rijksvaccinatieprogramma blijft in Nederland – in vergelijking met andere landen zoals Engeland – beperkt. Het RIVM schat op basis van gegevens uit Praeventis in dat deelname van zuigelingen in de afgelopen maanden ongeveer vijf procent achter loopt ten opzichte van het jaar daarvoor. Het gaat hier dan om zuigelingen die de eerste BMR- en de eerste DKTP-vaccinatie zouden moeten krijgen. Dit is niet onverwacht gezien de huidige corona-maatregelen: kinderen en ouders mogen nu niet naar het consultatiebureau komen als ze milde verkoudheidsklachten hebben, of als er iemand uit het gezin koorts heeft.

Dankzij de inzet van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het RIVM is een grotere daling in deelname voorkomen. Zo hebben ouders van kinderen van 0 tot 2 jaar eind maart een extra brief van het RIVM ontvangen waarin de oproep werd gedaan om hun kind te blijven vaccineren ondanks het coronavirus. Daarnaast wordt er in sommige JGZ-regio's met ouders voorafgaand aan de afspraak, of nadat zij geen gehoor hebben gegeven aan de afspraak telefonisch contact opgenomen. In dit gesprek kunnen zij hun vragen en zorgen kwijt. Om te zien hoe de wijzigingen van aanpak ten tijde van COVID-19 in de praktijk zijn gebracht, is de staatssecretaris van VWS op 29 mei jl. op werkbezoek geweest bij de JGZ in Amersfoort. Hier heeft hij samen met zorgmedewerkers en ouders gesproken over de effecten van COVID-19 op het Rijksvaccinatieprogramma. Gezien de hoge werkdruk is de staatssecretaris van VWS blij om te zien dat de JGZ zich zoals altijd inzet voor het RVP. Hij onderschrijft deze initiatieven dan ook van harte.

De verwachting is dat de komende maanden meer zuigelingen worden gevaccineerd. Sommige JGZ-organisaties melden zelfs dat de deelname van zuigelingen weer gelijk is ten opzichte van voor COVID-19. De staatssecretaris VWS houdt de ontwikkelingen nauw in de gaten en zal de Kamer in zijn voortgangsbrief 'Verder met Vaccineren' van een update voorzien.

11.3 Update tijdelijke corona opt-in

In mijn brieven van 25 maart³⁵, 8 april³⁶ en 16 april³⁷ heb ik u geïnformeerd over de tijdelijke noodmaatregel (Corona opt-in) die is genomen om op de huisartsenpost (HAP) of spoedeisende hulp (SEH) huisartsinformatie te kunnen

³⁵ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25 295, nr. 199.

³⁶ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25 295, nr. 219.

³⁷ Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25 295, nr. 249.

raadplegen. Ik informeer u in deze brief over de voortgang van deze noodmaatregel.

Kenmerk
1698039-205892-PG

Op 28 mei 2020 heeft de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) de minister van VWS per brief verzocht om nader te onderbouwen of de technische oplossing voor de 'Corona-opt-in' per 1 juni 2020 nog moet worden voortgezet.

Ik heb op 29 mei de AP geïnformeerd over de noodzaak van deze maatregel in de COVID-19 crisis. De maatregel loopt daarmee door tot na 1 juni 2020. In dit verband zal ik (opnieuw) contact zoeken met de AP, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en het Openbaar Ministerie. De maatregel is nog steeds noodzakelijk gegeven het substantieel aantal consultaties dat nog plaatsvindt. Een snelle triage en behandeling van COVID-19-patiënten blijft cruciaal om het virus te kunnen bestrijden. Toegang tot patiëntinformatie vanuit de huisarts op de HAP en SEH is daarbij essentieel. Natuurlijk is de opt-in-maatregel eindig en alleen voor de duur van de crisis. Nu is de crisis nog niet voorbij en blijft het van belang dat zorgverleners op de HAP en SEH toegang krijgen tot alle benodigde patiëntinformatie.

11.4 Financiële afspraken sociaal domein

Vanwege het grote maatschappelijk belang dat de taken die vallen onder de Jeugdzorg en de Wmo in stand blijven, hebben het Rijk en de VNG op 25 maart afspraken gemaakt over de continuïteit van financiering van deze taken, over de meerkosten als gevolg van de coronacrisis en over de kosten die gepaard gaan met de inhaal van noodzakelijke zorg. In de afspraken is opgenomen dat het Rijk en de VNG in gesprek blijven om de gemaakte afspraken verder uit te werken en vorm te geven. Het Rijk en de VNG hebben vervolgens gezamenlijk toegewerkt naar handreikingen aan gemeenten die helderheid verschaffen en uniformiteit in werkwijze te bevorderen. Op 16 april is de nadere uitwerking van de afspraken over de continuïteit van financiering gepubliceerd. Kern van deze afspraken is dat de financiering van de omzet wordt doorgezet op het niveau van voor de coronacrisis. Deze regeling loopt tot 1 juli, wanneer activiteiten in het sociale domein weer zo veel mogelijk op gang moeten zijn gekomen. Een nadere uitwerking van de afspraken over de compensatie van meerkosten is op 3 juni gepubliceerd.³⁸ In deze uitwerking wordt nader geduid wat onder meerkosten wordt verstaan en wordt, om dubbele compensatie te voorkomen, de samenhang van de verschillende regelingen benadrukt. Deze regeling geldt voor de periode van 1 maart tot in ieder geval 1 juli. Meerkosten zullen zich naar verwachting ook daarna voordoen. Eventuele verlenging van de einddatum blijft daarom onderwerp van het gesprek.

De meerkosten door de coronamaatregelen en kosten gerelateerd aan uitstel van noodzakelijke zorg laten zich op gemeentelijk niveau reeds duidelijk voelen. Het Rijk heeft daarom besloten om - vooruitlopend op het volledig in beeld brengen van de financiële gevolgen - een voorschot van €144 mln. uit te keren aan gemeenten. Dit voorschot is opgebouwd uit een bedrag voor meerkosten en een bedrag voor inhaalzorg. Het Rijk en de VNG werken op basis van een toenemend inzicht toe naar een verdere afhandeling van de financiële gevolgen van de coronamaatregelen.

³⁸ <https://vng.nl/nieuws/uitwerking-afspraken-over-meerkosten-in-wmo-en-jeugd>

Kenmerk
1698039-205892-PG

Tot slot

Ook al hebben we nu verschillende stappen kunnen zetten richting de controlefase, het blijft van belang de maatregelen en adviezen op te volgen. Ik kan niet vaak genoeg benadrukken dat we er nog niet zijn, er zijn nog steeds mensen die elke dag vechten tegen het virus. En hoewel ook de sterftcijfers afnemen, worden nog veel Nederlanders dagelijks geconfronteerd met het verlies van dierbaren. Ons medeleven gaat naar hen uit. Het is daarom van belang dat we dit niet alleen blijven volhouden voor onszelf maar dat we ook altijd rekening blijven houden met de kwetsbare mensen in onze omgeving.

INHOUDELIJK VERSLAG

COVID-19 studie in verpleeghuizen

Door: 5.1.2e (Amsterdam UMC), 5.1.2e (Amsterdam UMC), 5.1.2e (GGD Amsterdam), 5.1.2e (Amsterdam UMC), 5.1.2e (Amsterdam UMC)

Datum: 2 juni 2020

Voor u ligt een inhoudelijk verslag van de COVID-19 studie die in de weken van 4 en 11 mei 2020 is uitgevoerd in drie deelnemende verpleeghuizen

Inleiding

Sinds de introductie van het Coronavirus (SARS-CoV-2) in Nederland in februari 2020, zijn vele verpleeghuisorganisaties getroffen door uitbraken van dit virus dat bij ouderen een ernstiger en fataler beloop kent. Op dit moment is het advies om verpleeghuisbewoners met mogelijke klachten van COVID-19 laagdrempelig te testen.¹ De vooronderstelling hierbij is dat pas bij klachten transmissie van het virus naar anderen optreedt. Er zijn inmiddels echter aanwijzingen dat er ook bij (nog) asymptomatische personen transmissie optreedt.² In dat geval zou introductie van COVID-19 in verpleeghuizen kunnen plaatsvinden via medewerkers of (op)nieuw opgenomen bewoners die géén klachten hebben of die klachten hebben die (in eerste instantie) niet aan COVID-19 gerelateerd worden. Dat zou belangrijke implicaties kunnen hebben voor verpleeghuisbewoners en zorgmedewerkers in de verpleeghuizen.

Vanuit Amsterdam UMC – in samenwerking met de GGD'en van Amsterdam, Rotterdam-Rijnmond, Hart voor Brabant en West-Brabant – is daarom een onderzoek opgezet met als doel te onderzoeken *of en hoe vaak a-/presymptomatische SARS-CoV-2 infecties vóórkomen bij verpleeghuisbewoners en zorgmedewerkers, en hoe transmissie van SARS-CoV-2 plaatsvindt in verpleeghuizen.*

Het onderzoek

In drie verpleeghuizen, met reeds bekende SARS-CoV-2 besmettingen op één of enkele afdelingen, werden in de week van 4 mei en in de week van 11 mei alle bewoners en medewerkers getest op de aanwezigheid van SARS-CoV-2. Dit gebeurde voor elke organisatie door de betrokken GGD en een eigen bemonsteringsteam.

Parallel hieraan werden vragenlijsten ingevuld over de aanwezigheid van een breed scala aan symptomen (d.w.z. niet alleen de typische COVID-19 klachten maar ook andere, atypische klachten waarvan uit eerder onderzoek is gebleken dat deze vóórkomen bij COVID-19 infecties of kenmerkende ziektepresentaties zijn bij kwetsbare ouderen)³. Bij medewerkers werden aanvullend vragen gesteld over recente werkhistorie. Vragenlijsten voor bewoners werden ingevuld in samenwerking met zorgmedewerkers; medewerkers vulden vragenlijsten zelf in en gaven daarbij expliciet toestemming voor het gebruik van hun gegevens voor het onderzoek. (Contactpersonen / wettelijk vertegenwoordigers van) bewoners hebben voor het afnemen van de vragenlijst de mogelijkheid gehad om bezwaar te maken tegen het gebruik van hun gegevens voor het onderzoek. Bij bewoners die op 4 of 11 mei een positieve testuitslag hadden, maar géén of atypische klachten hadden, werd in respectievelijk de week van 18 mei en 25 mei nog een vervolgvragenlijst ingevuld over het beloop van (het gebrek aan) klachten.

Deelnemers

- Cordaan – locatie Eben Haëzer, Amsterdam. Dit verpleeghuis heeft 121 bedden verdeeld over 5 etages en 14 units (3 PG, 4 somatiek, 2 GGZ, 2 GRZ, 1 intensieve zorg, 1 wijkkliniek). Elke unit is af te sluiten en bestaat uit 6 tot 12 ruime éénpersoonkamers. Ten tijde van het onderzoek

was het beleid bij SARS-CoV-2 positieve bewoners dat isolatie op de kamer plaatsvond met daarbij gebruik van PBM (alleen bij de betreffende bewoner, niet op de gehele unit). Bij meerdere verdenkingen of besmettingen was het beleid cohort isolatie van de gehele, afgesloten unit. Op de GGZ afdeling werd de omgekeerde cohortwerkwijze toegepast: alle personeel in PBM over de hele afdeling.

- Argos – locatie Meeuwenhof, Rotterdam. Dit verpleeghuis heeft 140 bedden verdeeld over 10 etages en 8 afdelingen; 5 voor PG en 3 voor somatiek. Het beleid ten aanzien van PBM op deze locatie, ten tijde van het onderzoek, was dat chirurgische mondklappers preventief werden gebruikt door alle medewerkers op alle afdelingen en volledige PBM door medewerkers die in aanraking kwamen met bewoners met (verdenking op) COVID-19. Positief geteste bewoners werden overgeplaatst naar een cohortafdeling; de woonzorggroep waar de bewoner vandaan kwam werd in dat geval per direct 14 dagen in quarantaine geplaatst.
- Tante Louise – locatie Hof van Nassau, Steenbergen. Dit verpleeghuis heeft 120 bedden verdeeld over 15 woningen; 12 voor PG, 2 voor somatiek en 1 gemengd PG/somatiek. Elke woning bestaat uit 8 appartementen met een gezamenlijke woonkamer en voordeur (er zijn geen inpandige looproutes tussen de woningen). Vanwege eerdere besmettingen zijn de woningen in twee cohorten ingedeeld en werken medewerkers in één van beide cohorten. Eén cohort betreft woningen zonder (verdenking) op COVID-19. Het andere cohort betreft woningen met bewoners met (een verdenking op) COVID-19. In dit cohort waren bewoners in quarantaine (d.w.z. zij hadden geen ziekteverschijnselen maar waren afgezonderd omdat zij mogelijk in contact waren geweest met iemand die wél COVID-19 symptomen had); bij hen werden geen PBM gebruikt. Bij bewoners met (een verdenking op) COVID-19 vond isolatie op de kamer plaats en werden PBM ingezet. Ten tijde van het onderzoek was één woning in isolatie vanwege meerdere SARS-CoV-2 verdenkingen / besmettingen; op deze woning werd continu met volledig PBM gewerkt. Medewerkers met milde klachten die niet uit het rooster gehaald konden worden, werkten in volledig PBM op een COVID-woning totdat zij de testuitslag hadden.

Uitkomsten

Respons

Van alle bewoners heeft 86% meegedaan aan het onderzoek (Cordaan: 80%, Argos: 86%, Tante Louise: 90%). Van de uitgenodigde medewerkers heeft 91% meegedaan (Cordaan: 87%, Argos: 94%, Tante Louise: 93%).

Kenmerken bewoners en medewerkers

Demografische kenmerken van de bewoners die mee hebben gedaan aan het onderzoek:

	Argos (n=114)	Cordaan (n=79)	Tante Louise (n=104)
Gemiddelde leeftijd (range)	86,2 (68 – 103)	79,5 (47 – 102)	84,9 (55 – 103)
Vrouwelijk geslacht (%)	84 (73,7)	51 (64,6)	84 (80,8)
Zorgtype:			
- GRZ (%)	N/A	19 (24,1)	N/A
- ELV (%)	N/A	1 (1,3)	N/A
- Langdurige zorg – somatiek (%)	37 (32,5)	28 (35,4)	18 (19,6)
- Langdurige zorg – psychogeriatric (%)	77 (67,5)	17 (21,5)	74 (80,4)
- GGZ (%)	N/A	9 (11,4)	N/A
- Wijkkliniek (%)	N/A	5 (6,3)	N/A
Recente of actuele COVID-19 infectie (%)	0	3 (3,8)	13 (12,5)
- Ziekenhuisopname vanwege COVID-19 infectie	0	0	0
Recente (<14 dagen) opname uit andere zorginstelling	0	11 (13,9)	2 (1,9)
Recent (<14 dagen) verhuisd binnen verpleeghuis	1 (0,9)	9 (11,4)	1 (1,0)
Comorbiditeit:			
- Pulmonaal lijden (%)	19 (16,7)	10 (12,7)	12 (11,5)
- Cardiovasculair lijden (%)	51 (44,7)	18 (22,8)	28 (26,9)

- Cerebrovasculair lijden (%)	27 (23,7)	18 (22,8)	23 (22,1)
- Diabetes (%)	28 (24,6)	27 (34,2)	17 (16,3)
- Dementie / cognitieve beperkingen (%)	85 (74,6)	24 (30,4)	83 (79,8)
- Nierfalen (%)	15 (13,2)	11 (13,8)	4 (3,8)
- Ernstig overgewicht (%)	11 (9,6)	12 (15,2)	4 (3,8)

Demografische kenmerken van de medewerkers die mee hebben gedaan aan het onderzoek:

	Argos (n=185)	Cordaan (n=177)	Tante Louise (n=184)
Gemiddelde leeftijd (range)	46,7 (18 – 68)	47,5 (18 – 71)	43,0 (18 – 67)
Vrouwelijk geslacht (%)	175 (94,6)	153 (86,4)	167 (90,8)
Functie:			
- Verzorgende niveau 1 (%)	0	0	1 (0,5)
- Verzorgende niveau 2 (%)	36 (19,5)	9 (5,1)	22 (12,0)
- Verzorgende niveau 3 (%)	54 (29,2)	54 (30,5)	71 (38,6)
- Verpleegkundige niveau 4 (%)	16 (8,6)	20 (11,3)	14 (7,6)
- HBO verpleegkundige (%)	1 (0,5)	13 (7,3)	10 (5,4)
- Fysiotherapeut (%)	2 (1,1)	6 (3,4)	3 (1,6)
- Arts (%)	3 (1,6)	7 (4,0)	3 (1,6)
- Anders (%)	73 (39,5)	66 (37,3)	60 (32,6)
PBM gebruik*:	(n=69)	(n=61)	(n=61)
- Mond-neusmaskers (%)	68 (98,6)	49 (80,3)	53 (86,9)
- Spatbril (%)	33 (47,8)	41 (67,2)	51 (83,6)
- Wegwerphandschoenen (%)	67 (97,1)	54 (88,5)	53 (86,9)
- Schort (%)	59 (85,5)	51 (83,6)	50 (82,0)
- Geen (%)	1 (1,4)	7 (11,5)	7 (11,5)

* PBM gebruik onder verzorgenden niveau 2 en 3, verpleegkundigen niveau 4 en HBO verpleegkundigen die aangaven op afdelingen gewerkt te hebben waar (mogelijk) mensen met COVID-19 verbleven.

Testuitslagen & symptomen

Cordaan

Op **T0** zijn er drie bewoners (A, B en C) positief getest (bij bewoner B was de testuitslag aanvankelijk dubieus maar die werd in de bevestigingstest positief). Bewoner A en B hadden in de twee weken ervoor geen klachten gehad (= asymptomatisch); bij bewoner B is wel al eerder een COVID-19 infectie vastgesteld. Beide bewoners verbleven op de GRZ afdeling, op verschillende units. Bewoner C verbleef op de GGZ-afdeling en bij haar was ook al eerder een COVID-19 infectie vastgesteld. Op **T0** werd één medewerker positief getest. Deze had typische klachten en had in de twee weken voorafgaand aan de test niet gewerkt. Op **T1** zijn er geen bewoners of medewerkers positief getest.

Argos

Op **T0** was er één bewoner positief. Deze bewoner was asymptomatisch en verbleef op de 3^e etage; zij was in de twee weken voor de test intern verhuisd vanaf een andere afdeling. Op **T1** had deze bewoner atypische klachten ontwikkeld (algehele malaise) en op **T2** typische klachten (hoesten en kortademigheid).

Op **T1** was er opnieuw één bewoner positief. Deze bewoner verbleef op de 8^e etage en had geen symptomen. Ook was er een medewerker positief; zij had geen klachten en heeft met PBM gewerkt op de 8^e, 9^e en 10^e etage.

Tante Louise

Op **T0** waren er 11 bewoners positief. Bij 7 van hen was al een eerdere COVID-19 infectie vastgesteld of hadden zij op de dag van het testen een actieve COVID-19 infectie. Deze 7 bewoners verbleven op 5 verschillende woningen. Op de dag van het testen hadden zij allen klachten; 2 hadden atypische klachten en 5 typische klachten. Op **T1** hadden de 2 bewoners met atypische klachten nog steeds atypische klachten respectievelijk geen klachten meer. De overige 4 positieve mensen waren allen cliënten van de dagbesteding. Bij hen was niet eerder een infectie met COVID-19 vastgesteld. Eén van



hen was asymptomatisch (op T0 en T1), één had typische klachten, en twee hadden atypische klachten (waarvan bij één de klachten op T1 nog steeds atypisch waren en bij de ander typisch). Op T0 waren er 7 medewerkers positief. Zij hadden allen typische klachten in de 2 weken voorafgaand aan T0. Vier van hen hadden niet gewerkt. De andere drie hadden wel gewerkt, op 8 verschillende woningen. Op één van deze woningen verbleef een bewoner met COVID-19; op de andere 7 woningen waren geen bewoners met COVID-19 bekend. Eén van deze medewerkers gaf aan geen PBM's gebruikt te hebben (deze had niet op een COVID-19 woning gewerkt). Eén gaf aan alleen handschoenen te hebben gebruikt (deze had niet op een COVID-19 woning gewerkt). De medewerker die wel op een COVID-19 woning had gewerkt, gaf aan PBM (alles) te hebben gebruikt. Op T1 zijn er geen bewoners of medewerkers positief getest.

Interpretatie

Op alle drie de locaties waren er vóór de T0 meting één of enkele SARS-CoV-2 besmettingen bekend. Tijdens de T0 meting werden weinig nieuwe positieve bewoners gevonden (in totaal 15 positief waarvan 9 al eerder een positieve test had). Er werden 8 positieve medewerkers gevonden, waarvan er 5 in de weken voorafgaand aan de T0-meting niet gewerkt hadden, mogelijk vanwege typische klachten of een eerdere positieve test. Op T1 was het aantal positieve testuitslagen laag met één nieuwe positieve bewoner en één nieuwe positieve medewerker.

Dit duidt erop dat de initiële COVID-19 gevallen in de drie locaties (vooralsnog) niet hebben geleid tot een (grotere) uitbraak en dat de situatie met betrekking tot COVID-19 hier onder controle lijkt. Een mogelijke verklaring hiervoor is het recentelijk beschikbaar komen van meer testcapaciteit en PBM, waardoor laagdrempeliger getest kan worden en PBM laagdrempeliger ingezet kunnen worden. Een andere mogelijke verklaring is de manier waarop de verpleeghuizen zijn omgegaan met positieve bewoners ten aanzien van isolatie en quarantaine, en de rol van het gebouw daarin (b.v. afdelingen die afgesloten konden worden om verdere verspreiding te voorkómen).

Bovenstaande is gunstig voor de deelnemende organisaties. Het beantwoorden van de onderzoeksvragen is echter lastig op basis van de data van deze drie organisaties. Doel was om het vóórkomen van a- of presymptomatische COVID-19 gevallen in kaart te brengen en om transmissie te onderzoeken tussen T0 en T1, maar het aantal positieve gevallen is laag en tussen T0 en T1 heeft nauwelijks verspreiding plaatsgevonden. Om na te gaan of het aannemelijk is dat er a- of presymptomatische transmissie heeft plaatsgevonden, worden de gegevens van Argos (mogelijke relatie tussen positieve bewoner op T0 en positieve bewoner en medewerker op T1) nog nader bestudeerd aan de hand van sequencing data (typering van het virus). Daarnaast wordt het hierboven beschreven onderzoek inmiddels ook uitgevoerd op een vierde locatie waar sprake is van een recente, grootschalige uitbraak. Wij hopen de onderzoeksvragen alsnog te kunnen beantwoorden met behulp van de aanvullende data uit deze vierde locatie.

¹ https://www.vereneno.nl/_asset/public/Dossiers/200512_18-00_COVID-19_behandel_advies_update_herstructurering_DEFNITIEF.pdf

² Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. N Engl J Med 2020;NEJMoa2008457.

³ Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO)-VUmc. Factsheet: COVID-19 in verpleeghuizen. <https://unovumc.nl/wp-content/uploads/2020/05/Factsheet-1-COVID-19-in-verpleeghuizen-dd-03-05-2020.pdf>

Deelnemers

1. [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e
2. Conny Helder (Tante Louise)
3. [redacted] 5.1.2e
4. [redacted] 5.1.2e (LOC)
5. [redacted] 5.1.2e (Alz Nederland)
6. [redacted] 5.1.2e (aspecten van dwang)
7. [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e
8. [redacted] 5.1.2e (Verenso)
9. [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e van Actiz)
10. [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e LUMC/ [redacted] 5.1.2e bij Topaz en
[redacted] 5.1.2e
11. [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e
12. [redacted] 5.1.2e (Opella, Zorgthuis nl)
13. [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e
14. [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e ouderenzorg Maastricht)
15. [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e ouderenzorg Amsterdam)

GGD GHOR CORONA MONITOR

5-6-2020



Inhoud

Inleiding	2
Totaal aantal uitgevoerde testen	3
Aantal uitgevoerde testen per GGD regio bij de speciaal ingerichte testlocaties	4
Percentage positieve testen per GGD regio bij de speciaal ingerichte testlocaties	5
Verdeling persoonlijke beschermingsmiddelen over cure en care week 23	6
Totaal aantal VVT locaties dat open is voor bezoek	7
Aantal VVT locaties dat open is voor bezoek per regio	8
Belangrijkste ervaren knelpunten bij de GGD'en per onderwerp	9

Inleiding

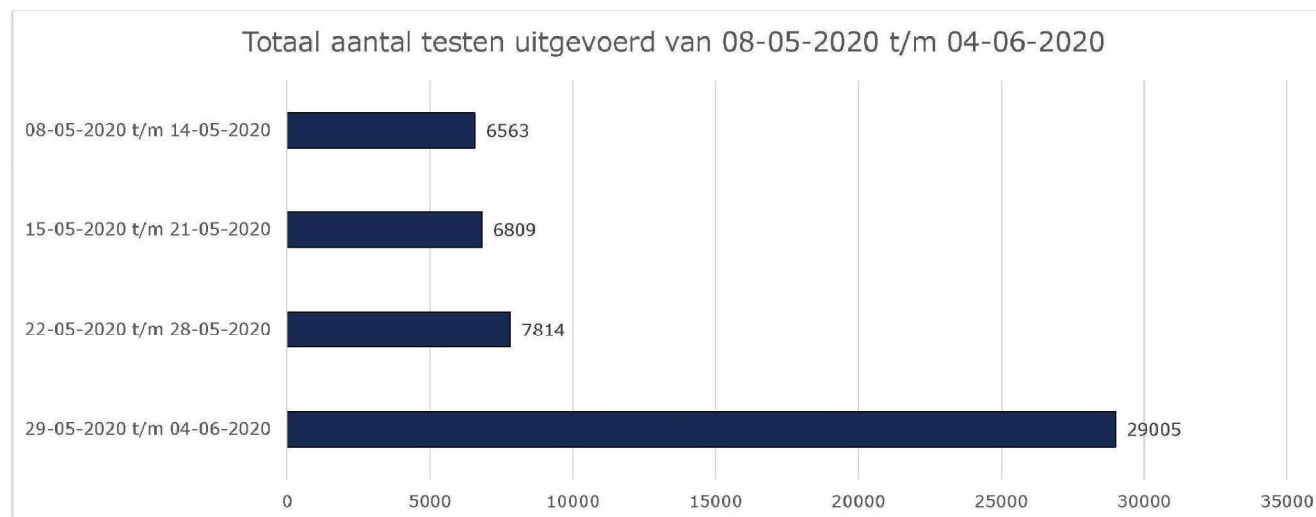
Deze wekelijkse rapportage van de vijftientig Directeuren Publieke Gezondheid bevat het aantal testen dat door de GGD'en wordt uitgevoerd, het aantal positieve testen per regio, de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen, het aantal VVT locaties dat open is en er wordt weergegeven welke knelpunten de GGD'en ervaren rondom de diverse taken. Samen met het LOT-C blijven we verder werken aan één datastroom, waardoor toekomstige rapportages mogelijk nog verder kunnen wijzigen.

Voor nadere informatie over deze rapportage kun u contact opnemen met 5.1.2e, 5.1.2e GGD GHOR Nederland (5.1.2e @ggdghor.nl).

5.1.2e, 5.1.2e Fryslân

5.1.2e

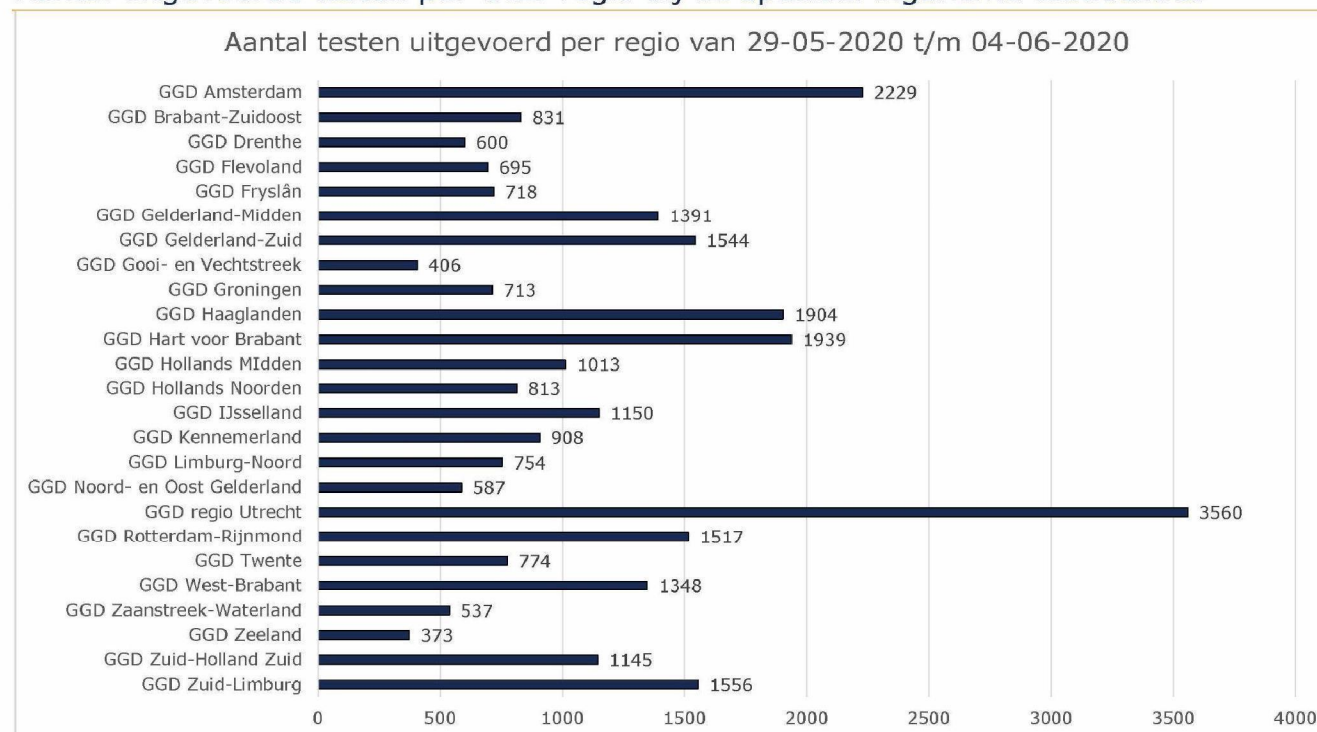
Totaal aantal uitgevoerde testen



Aantal uitgevoerde pcr testen door GGD'en in de periode 8 mei tot en met 4 juni.

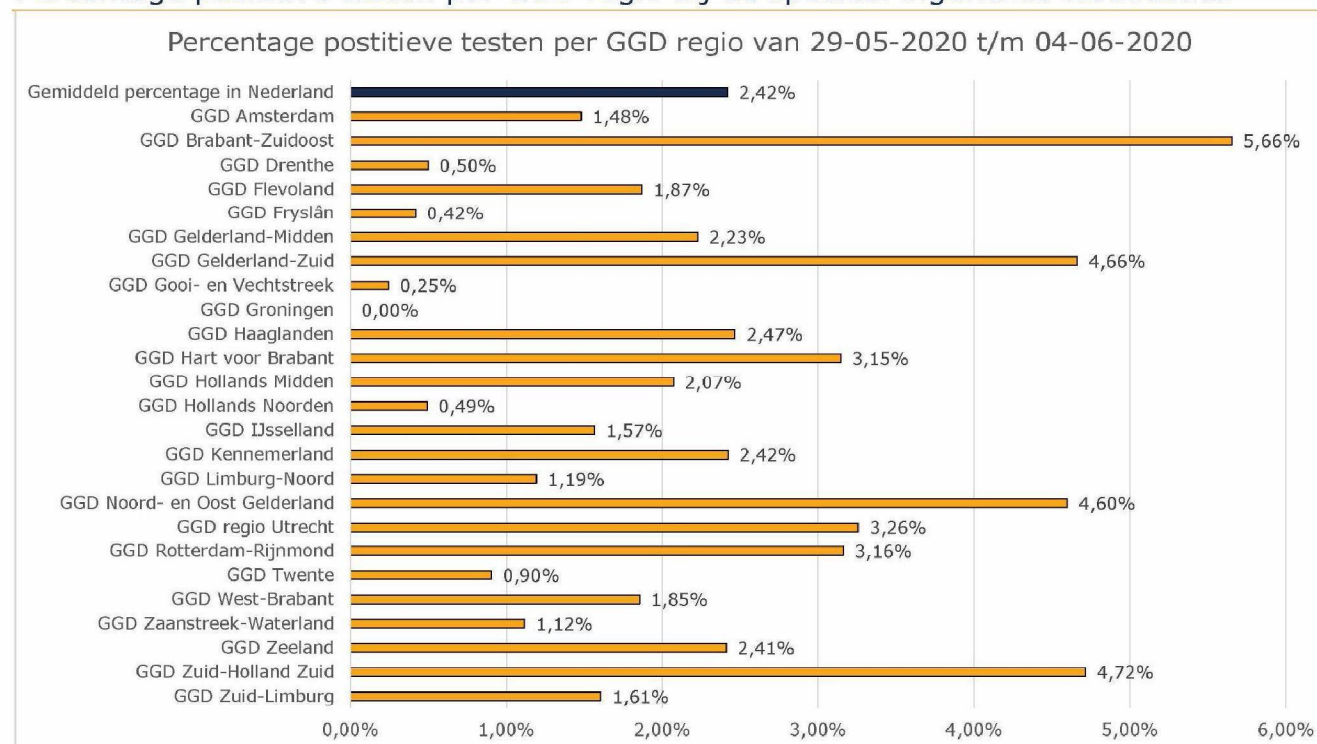
Bron: GGD GHOR Nederland

Aantal uitgevoerde testen per GGD regio bij de speciaal ingerichte testlocaties



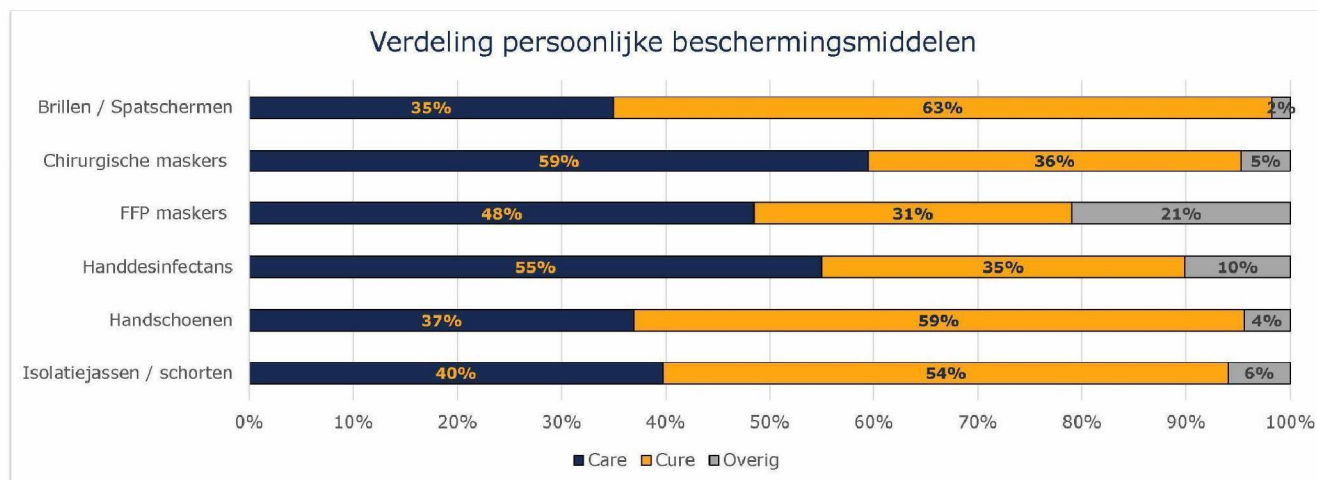
Aantal uitgevoerde pcr testen door GGD'en in de periode 29 mei tot en met 4 juni. Het gaat hier alleen om cijfers van de GGD teststraten. In sommige regio's wordt een veelvoud daarvan door andere instanties uitgevoerd. Bron: GGD GHOR Nederland

Percentage positieve testen per GGD regio bij de speciaal ingerichte testlocaties



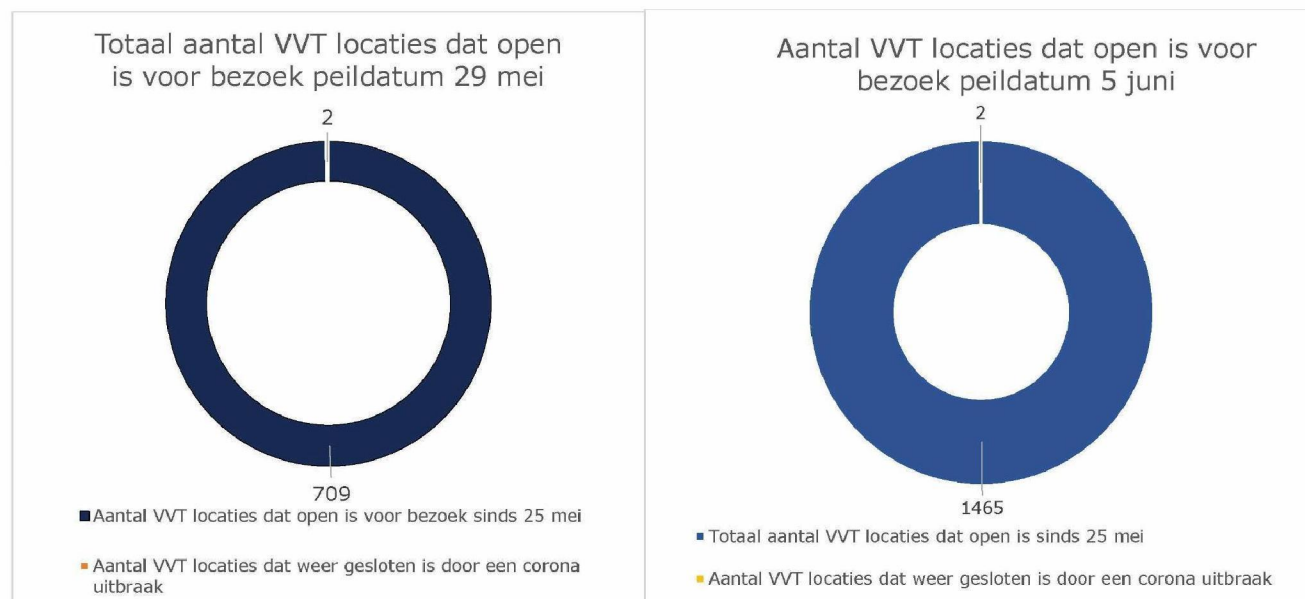
Omdat er een vertraging tussen test en uitslag zit, zijn de positieve testen niet met het aantal uitslagen te vergelijken. De besmettingsgraad (% positieve testen) valt hier niet uit af te leiden, maar het geeft wel de trend weer.

Verdeling persoonlijke beschermingsmiddelen over cure en care week 23

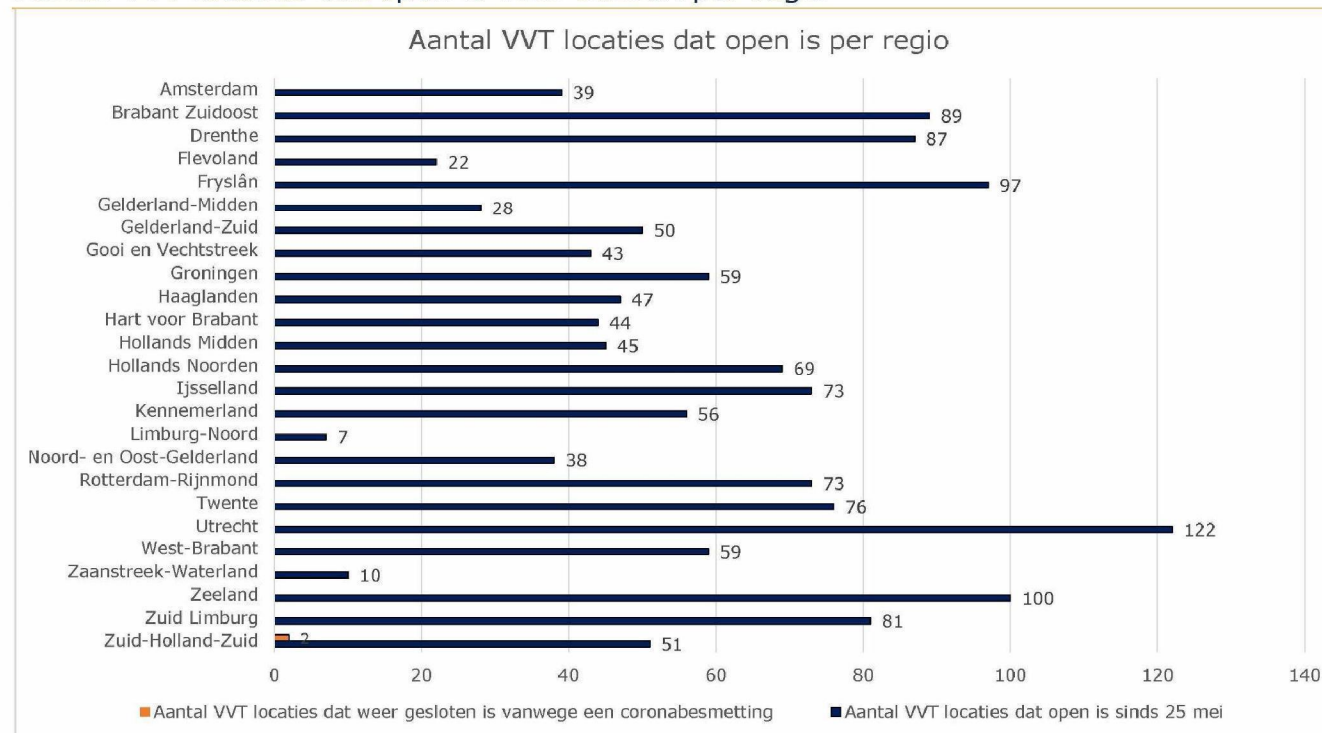


Beschermingsmiddel	Care	Cure	Overig
Brillen / Spatschermen	961	1738	48
Chirurgische maskers	570000	343600	45150
FFP maskers	21850	13751	9458
Handdesinfectans	5988	3804	1102
Handschoenen	1402900	2227900	168500
Isolatiejassen / schorten	87160	119072	12970

Totaal aantal VVT locaties dat open is voor bezoek



Aantal VVT locaties dat open is voor bezoek per regio



De beide sluitingen in de regio van GGD Zuid-Holland-Zuid hebben in de eerste week plaatsgevonden en zijn inmiddels weer open (negatieve testuitslag).

Belangrijkste ervaren knelpunten bij de GGD'en per onderwerp

Rondom de VVT openstelling

Er worden knelpunten ervaren rondom het conformeren door bezoekers aan de richtlijnen en protocollen binnen de instellingen. Dit leidt af en toe zelfs tot (verbaal) agressief gedrag.

VVT instellingen geven aan dat zij de administratieve last en begeleiding van bezoekers als hoog ervaren. Er zijn veel vragen over de handreiking van Verenso over de balans wat is richtlijn en wat is maatwerk. Communicatie over de periode na 15 juni door Verenso is gewenst.

Rondom het uit te voeren testbeleid en bron- en contactonderzoek

Men ervaart met name knelpunten rondom de technische tools die zijn ingezet rondom testen. De opstartproblemen van het landelijke nummer en de aansluiting op CoronIT.

Er wordt ook verzocht om aangepast beleid voor het testen bij kinderen. Niet elk kind met lichte klachten zou getest moeten worden.

Er is een taalbarrière met arbeidsmigranten, dit is een probleem bij het BCO.

Door de grote toeloop van mensen die zich melden voor het bemonsteren en het BCO dat daaruit voortkomt (3%) is het uitdaging om de personele capaciteit tijdig klaar te hebben staan. Dit heeft te maken met de combinatie van de tijd die nodig is om mensen voldoende klaar te stomen waarbij tegelijkertijd BCO zo snel mogelijk gestart moet worden.

Overige knelpunten

De hoge frequentie waarin richtlijnen veranderen leidt tot veel wijzigingen in werkinstructies voor medewerkers. Het uitwerken en implementeren van deze werkinstructies kost veel tijd van de vaste medewerkers, welke ook benodigd zijn voor het begeleiden van het nieuwe en tijdelijke personeel.

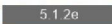
“Intens gelukkig dat ze weer bezoek mocht ontvangen”

Ervaringen met de verruiming van de bezoeksregeling in verpleeghuizen

8 juni 2020

Prof. dr. JPH Hamers, Universiteit Maastricht, Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg
Prof. dr. RTCM Koopmans, Radboudumc, Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen
Prof. dr. DL Gerritsen, Radboudumc, Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen
Prof. dr. H Verbeek, Universiteit Maastricht, Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg

namens de Samenwerkende Academische Werkplaatsen Ouderenzorg

Contactpersoon: Prof. dr. Jan Hamers, E: @maastrichtuniversity.nl, T: 0433881570

Samenvatting

Op 11 mei is een groep van 26 verpleeghuizen gestart met het toelaten van een vaste bezoeker per bewoner. Sinds 25 mei is bezoek toegestaan op alle verpleeghuislocaties die op vrijwillige basis aan de verruiming willen deelnemen en aan de gestelde voorwaarden kunnen voldoen. De gefaseerde en gecontroleerde aanpassing van de regeling wordt geëvalueerd via een monitoring door de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg. Deze is gericht op de compliance met de bezoekenregeling, ervaringen in impact op het welbevinden van bewoners, hun naasten en medewerkers.

Op peildatum 4 juni heeft 86% van de bewoners uit de Groep 11 mei en 61% van de bewoners uit Groep 25 mei ook daadwerkelijk bezoek ontvangen van hun naasten. De bezoekenregeling wordt op een diversiteit aan manieren toegepast in de lokale context, waarbij het merendeel bezoek op de eigen kamer kan ontvangen. In het algemeen is de compliance met de regeling (zoals het gebruik van mondkapjes door naasten, desinfectie en houden van voldoende afstand) voldoende tot goed. De behoefte aan fysiek contact tussen bewoners en naasten is groot. Naasten vinden het vermijden van fysiek contact het moeilijkst.

Resultaten laten zien dat het weerzien van bewoners met hun naasten na het bezoekverbod vooral in de eerste week erg emotioneel is. Gevoelens van blijdschap en dankbaarheid overheersen. Na drie weken zien we dat er een grote behoefte is aan een verdere verruiming van de regeling, met name gericht op het toelaten van meerdere bezoekers, meer flexibiliteit omtrent tijdstip en frequentie van bezoek. De impact op het welbevinden van het bezoek wordt als overwegend positief geduid. Bewoners leven op, worden actiever en hebben weer iets om naar uit te kijken.

Bij medewerkers leidt het bezoek soms ook tot spanning en een dubbel gevoel; die hangt samen met de angst voor nieuwe besmettingen. Tot 6 juni zijn er geen nieuwe besmettingen gemeld bij de GGD's.

Inleiding

Sinds maandag 11 mei is bezoek toegestaan in 26 verpleeghuislocaties, na een verbod van twee maanden. Sinds 25 mei is bezoek toegestaan in alle verpleeghuislocaties die op vrijwillige basis aan de verruiming willen deelnemen en aan de gestelde voorwaarden kunnen voldoen.

De gefaseerde en gecontroleerde aanpassing van de regeling wordt geëvalueerd via een monitoring door de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg. De monitoring bestaat oorspronkelijk uit twee onderdelen¹:

1. Een globale monitoring in alle 26 locaties (vragenlijst, telefonische interviews met contactpersonen verpleeghuizen, documenten, WhatsApp-groep contactpersonen);
2. Een diepte-monitoring in 5 locaties (vragenlijst, observaties en diepte-interviews met betrokkenen).

De monitor is op 25 mei uitgebreid met:

3. Een globale monitoring in een selectie van 50 locaties (vragenlijst, documenten) die zijn gestart met de verruiming sinds 25 mei.

De monitoring richt zich op de uitvoerbaarheid (compliance aan de bezoekenregeling en belemmerende en bevorderende factoren bij de uitvoering) en op het welbevinden en de ervaringen van betrokkenen (bewoners, familie en medewerkers).

Het monitoren van infecties is geen onderdeel, maar gebeurt aan de hand van de geldende procedures via de GGD's. De GGD's rapporteren daarvoor aan deze monitor:

1. Of er nieuwe besmettingen zijn opgetreden in de deelnemende locaties;
2. Welke besluitvorming er naar aanleiding van de besmetting heeft plaatsgehad.

In deze rapportage is het resultaat daarvan opgenomen.

In deze rapportage zijn de resultaten samengevat, gebaseerd op:

- A. de globale monitoring bij de 50 locaties waar bezoek sinds 1 week is toegestaan. Deze groep duiden we als 'Groep 25 mei';
- B. de globale monitoring bij de 26 locaties waar bezoek sinds 3 weken is toegestaan. Deze groep duiden we aan als 'Groep 11 mei';
- C. de dieptemonitoring bij 5 van deze 26 locaties.

De resultaten in deze rapportage zijn een selectie van de belangrijkste bevindingen in de periode tot 4 juni 2020. Met de data van de monitor zullen aanvullende analyses worden gedaan. Daarover zal indien nodig later worden gerapporteerd. Ook verschijnt 10 juni een aparte factsheet over de dieptemonitoring.

¹ Voor een gedetailleerd overzicht van de monitoring wordt verwezen naar het document met de opzet daarvan (Hamers et al., Monitoring gefaseerde en gecontroleerde aanpassing van de bezoekenregeling in verpleeghuizen, Maastricht-Nijmegen, 11 mei 2020).

Methoden

Selectie van verpleeghuizen voor de monitor

Groep 11 mei

Alle 26 verpleeghuislocaties die op 11 mei zijn gestart met de verruiming van de bezoeksregeling zijn uitgenodigd aan de *globale monitoring* mee te doen.

Van deze groep zijn 5 verpleeghuislocaties uitgenodigd om mee te doen aan de *dieptemonitoring*. Deze 5 locaties zijn ieder verbonden aan één van de Academische Netwerken Ouderenzorg².

Groep 25 mei

Uit de groep verpleeghuislocaties die op 25 mei zijn gestart met de verruiming van de bezoeksregeling zijn 50 locaties uitgenodigd om mee te doen aan de *globale monitoring*.

Het plan was om alle locaties die zich hadden aangemeld te starten met de verruiming van de bezoeksregeling op 25 mei, op te nemen in de monitor. Voorwaarde daarvoor was het kunnen beschikken over informatie over de naam van de locatie en de juiste contactpersoon per locatie. Op vrijdag 29 mei zijn via de 25 veiligheidsregio's 433 locaties aangemeld voor deelname aan de verruiming van de bezoeksregeling. Deze lijst bleek echter incompleet: van 5 veiligheidsregio's waren geen gegevens beschikbaar, van een aantal regio's bleken er minder locaties opgegeven dan er daadwerkelijk meededen en van een groot deel van alle locaties ontbrak de contactpersoon. Omdat het hebben van de juiste contactpersoon in deze monitor conditioneel is voor het verkrijgen van betrouwbare en valide informatie, is besloten tot een willekeurige selectie van 50 locaties verdeeld over de veiligheidsregio's, waarvoor de onderzoekers zelf de contactpersoongegevens achterhaald hebben. Vragenlijsten ingediend t/m 4 juni zijn meegenomen in de huidige rapportage.

Dataverzameling

Groep 11 mei

Globale monitoring

1. Een week na de verruiming van de bezoeksregeling zijn 26 telefonische interviews gehouden met contactpersonen van de 26 verpleeghuizen. Daarnaast zijn er 21 digitale vragenlijsten ingevuld en 19 protocollen bezoeksregeling geretourneerd.

De resultaten daarvan worden in deze rapportage niet beschreven; deze zijn reeds samengevat in een eerder verslag³.

2. Drie weken na de verruiming van de bezoeksregeling zijn door 25 van de 26 locaties zijn wederom digitale vragenlijsten ingevuld; de respons is 96%.

² De dieptemonitoring is in deze locaties uitgevoerd door onderzoekers van UKON, AWO-ZL, AWO-Tranzo, UNO-VUmc, UNO-UMCG

³ Hamers et al., Gefaseerde en gecontroleerde aanpassing van de bezoeksregeling in verpleeghuizen: Indrukken week 1, Maastricht-Nijmegen, 18 mei 2020

Dieptemonitoring

De dieptemonitoring begon op 5 locaties vanaf de start van de verruiming bezoeksregeling op betreffende locatie.

De diepte monitoring onderzoekt (1) de verwachtingen van zorgmedewerkers, (2) hoe de instellingen de bezoeksregeling en de uitvoerbaarheid daarvan ervaren (3) ervaringen en impact op welbevinden van bewoners, naasten en medewerkers.

Zorgmedewerkers (n=46) hebben bij aanvang met een digitale vragenlijst aangegeven welke belemmerende en bevorderende factoren zij verwachtten ten aanzien van de bezoeksregeling. Tevens hebben zij informatie verstrekt over de impact van de bezoekverbod op het welbevinden. Voorts zijn er gedurende 3 weken talrijke directe observaties uitgevoerd van naasten, begeleiders en zorgmedewerkers om onder andere de uitvoerbaarheid te beoordelen. Ten slotte hebben 78 naasten en 76 zorgmedewerkers in gestructureerde diepte-interviews verteld over de uitvoerbaarheid en de impact op het welbevinden.

Groep 25 mei

Globale monitoring

Van de 50 locaties, hebben er 41 digitale vragenlijsten ingevuld na 1 week van de verruiming van de bezoeksverruiming. Daarnaast zijn er 2 extra vragenlijsten van 2 locaties ontvangen die de vragenlijst hadden ontvangen van een van de 50 locaties. Besloten is die vragenlijsten mee te nemen. Het aantal ingevulde vragenlijsten komt daarmee op 43; de respons is 83%.

Deze vragenlijst was identiek aan de vragenlijst die de 'Groep 11 mei' na 1 week heeft ontvangen.

Tevens hebben 22 locaties hun protocollen over de bezoeksregeling geretourneerd.

Analyse

De gegevens verkregen met gesloten vragen en antwoordcategorieën uit de globale monitor zijn geanalyseerd met SPSS. De gegevens verkregen met open vragen zijn thematisch geclusterd door onderzoekers.

De gegevens uit de dieptemonitoring zijn verzameld door de onderzoekers op de locatie zelf. Observaties zijn genoteerd in een logboek; interviews zijn opgenomen. Alle kwalitatieve data is thematisch geanalyseerd met de onderzoeksteams op locatie. De hoofdonderzoekers hebben de gegevens samengebracht en geanalyseerd voor de huidige rapportage.

Ethische toetsing

De monitoring is getoetst door de CMO regio Arnhem-Nijmegen en deze heeft geoordeeld (dossiernummer: 2020-6549) dat de monitoring niet WMO-plichtig is. Deelname aan alle onderdelen van de monitor is op vrijwillige basis. Voor de interviews ten behoeve van de dieptemonitoring is informed consent ontvangen van de geïnterviewden.

Resultaten

Globale monitoring 'Groep 25 mei'

Eerst worden de resultaten gepresenteerd van de 43 locaties (7 locaties hebben de vragenlijst niet ingevuld) die vanaf 25 mei met de verruiming van de bezoeksregeling zijn gestart. Deze locaties rapporteren over de ervaringen aan het einde van de eerste week. Omdat deze locaties dezelfde vragenlijst hebben ontvangen als 'Groep 11 mei' in de eerste week na opening, zal voor de verschillende onderdelen telkens worden aangegeven of de resultaten vergelijkbaar tussen de groepen.

Locaties

Onder de 43 verpleeghuislocaties is er veel variatie in locatietypen die hebben deelgenomen. De grootte van de locatie varieerde van 12 tot 320 bewoners per locatie, waarbij 6 locaties minder dan 20 en 7 locaties meer dan 100 bewoners telden.

De variatie in locaties is vergelijkbaar als die in Groep 11 mei.

Start bezoek

De 43 locaties zijn geleidelijk van start gegaan. Op 25 mei zijn er 14 (33%) werkelijk gestart; een week later (1 juni) was de verruiming operationeel bij 37 locaties (86%); op 3 juni bij 40 locaties.

Ook in Groep 11 mei zagen we een vergelijkbare gefaseerde start.

Bezoek in aantallen

Sinds de opening van de 43 locaties hebben in totaal 1669 bewoners bezoek ontvangen (peildatum 4 juni). Dit is 61% van alle 2735 bewoners binnen de 43 locaties die in aanmerking komen voor de bezoeksregeling. Op 32 locaties (74%) hebben de bewoners één keer bezoek ontvangen. Op vier locaties (9%) hebben de bewoners twee keer bezoek ontvangen en op 3 locaties (7%) al vaker dan twee keer. Op 1 locatie heeft nog geen bezoek plaatsgevonden. Het merendeel van de locaties laat bezoek op de eigen kamer van de bewoner toe (n=31; 72%).

Hoewel de bezoekersaantallen vergelijkbaar zijn met de aantallen als in Groep 11 mei na een week, lijken in verhouding wat meer bewoners bezoek te hebben ontvangen in de Groep 25 mei (resp. 57% en 61%).

Soorten bezoek

Het merendeel van de locaties (n=33, 77%) laat alleen één naaste als vaste bezoeker toe. Van de 1669 bewoners die in totaal bezoek hebben ontvangen, hebben 122 bewoners (7%) van 5 verschillende locaties meerdere naasten tegelijkertijd ontvangen. Op de andere 38 locaties hebben geen bezoeken met meerdere naasten tegelijkertijd plaatsgevonden. Op 8 locaties (19%) hebben (sommige) bewoners meer dan één naaste als bezoeker ontvangen (op verschillende momenten). Van de 1669 bewoners die bezoek kregen hebben 25 (1%) bezoek ontvangen met kleinkinderen en 64 bewoners (4%) zijn gaan wandelen met de naaste. Zestien bewoners (1%) hebben bezoek gehad van een vrijwilliger en 3 bewoners (0,2%) zijn gaan wandelen met de vrijwilliger.

In de Groep 11 mei zijn in de eerste week vooral vaste bezoekers toegelaten; specifieke informatie over andere vormen van bezoek in deze groep is niet beschikbaar.

Protocol

Net als bij de Groep 11 mei het geval was, geven de protocollen in de Groep 25 mei een gevarieerd beeld van hoe de bezoeksregeling is geïmplementeerd in praktijk. Een voorbeeld daarvan is de variatie in het gebruik van beschermingsmiddelen.

Gebruik van beschermingsmiddelen volgens protocol in Groep 25 mei (n=43)			
Beschermingsmiddel	Naasten	Bewoners	Medewerkers
Handschoenen	8 locaties (19%)	1 locatie (2%)	18 locaties (42%)
Mondmasker	34 locaties (79%)	2 locaties (5%)	21 locaties (49%)
Spatscherm	2 locaties (5%)	2 locaties (5%)	5 locaties (12%)

Andere voorbeelden zijn: het verschil in het houden van toezicht tijdens het bezoek, variërend van wel (16%) en deels (49%) tot geen toezicht (35%) en het opnemen van de temperatuur bij bezoekers (63% wel, 2% soms, 35% niet). Op 38 locaties (88%) mogen naasten en bewoners geen fysiek contact hebben, op één andere locatie (2%) is dit deels toegestaan.

Naast bovengenoemde verschillen tussen protocollen, zijn er ook onderdelen die in alle protocollen voorkomen en vergelijkbaar worden uitgevoerd. Voorbeelden daarvan zijn het houden van voldoende afstand ('1.5 meter') en het naleven van hygiëneregels zoals het desinfecteren van handen bij binnenkomst.

Van 22 locaties is het protocol ontvangen; in 11 protocollen is vermeld dat deze gebaseerd zijn op de 'Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd'.

Eerste ervaringen en welbevinden volgens contactpersonen

De eerste ervaringen over het effect van de verruiming zijn positief. Bewoners, naasten en medewerkers zijn blij dat bezoek weer is toegestaan. De meeste eerste bezoeken verlopen erg emotioneel, net als in de Groep 11 mei. Veel reacties gaan over de negatieve impact van het bezoekverbod op het welbevinden. Daarbij wordt bedoeld op vereenzaming, het niet meer herkennen van je naaste en negatieve ervaringen: *"bewoners hebben die erger ervaren als de oorlog"*.

Andere reacties gaan over terugkerende signalen van familieleden en bewoners die de verspoeling te traag vinden gaan. Met name de één vaste bezoeker, en één keer per week worden als lastig ervaren door familie. *"De bezoeker die nu op bezoek mag is blij. Het is wel erg moeilijk voor andere familieleden dat zij niet op bezoek mogen komen. Dit wordt onmenselijk genoemd."* Het fysieke contact en naar buiten gaan worden erg gemist. Daarnaast zijn er medewerkers die bang zijn voor de kans op besmettingen in het verpleeghuis en het soms moeilijk vinden naasten te wijzen op het naleven van de richtlijnen.

In vergelijking tot Groep 11 mei valt op dat in deze groep veel meer kritische reacties zijn op de beperking van het bezoek tot slechts een vaste bezoeker.

Compliance volgens contactpersonen

In het algemeen houden naasten zich goed aan de gemaakte afspraken; 32 locaties (74%) geven aan dat de meeste richtlijnen goed nageleefd worden. Soms houden naasten zich niet aan richtlijnen, variërend van het niet dragen van een mondkapje tot het hebben van fysiek contact met de bewoner. Acht locaties (19%) melden 'incidenten' gerelateerd aan de bezoeksregeling zoals boze familieleden en in een enkel geval zelfs agressie naar medewerkers. Ook werd de volgende melding gemaakt door een locatie: *"Een naaste, die het oneens was met de strikte regels, heeft een bewoner slinks meegenomen naar buiten om te wandelen"*.

De compliance lijkt niet af te wijken van die in Groep 11 mei na een week verruiming van de bezoeksregeling.

Globale monitoring 'Groep 11 mei'

Hier worden de resultaten van de globale monitoring van de Groep 11 mei. Van de 26 locaties rapporteren 25 over de ervaringen aan na 3 weken.

Locaties

Zoals in de eerdere rapportage beschreven, is er in Groep 11 mei veel variatie in locatietypen die hebben deelgenomen: grote en kleine locaties, reguliere afdelingen van meer dan 20 bewoners, kleinschalige woongroepen van 8 bewoners die een huishouden voeren met elkaar en gecombineerde locaties. Locatiegrootte verschilt sterk tussen deelnemende locaties van 24 bewoners per locatie (n=2) tot meer dan 100 bewoners per locatie (n=6; maximum 130 bewoners per locatie).

Start bezoek

Drie weken na de startdatum zijn alle locaties open voor bezoek. Van de 26 locaties zijn er 12 (46%) werkelijk gestart op 11 mei; precies een week later startte de laatste locatie met het toelaten van bezoek.

Bezoek in aantallen

In totaal hebben sinds 11 mei 1691 (86%; peildatum 4 juni) bewoners bezoek ontvangen; 267 bewoners hebben geen gebruik gemaakt van de bezoeksregeling. Voorbeelden van genoemde redenen om geen gebruik van de bezoeksregeling zijn: angst (soms bij bewoner, soms bij familie) voor besmettingen, het niet hebben van familie en verbod van locatie om in het weekend op bezoek te komen.

Soorten bezoek

De gepubliceerde herziene versie van de 'handreiking voor bezoekbeleid van verpleeghuizen in coronatijd' (Zie: <https://www.actiz.nl/nieuws/handreiking-bezoeksregeling-verpleeghuizen-gereed>) geeft een indicatie voor de versoepeling van het bezoekbeleid. Die omvat onder andere het toelaten van meerdere naasten in plaats van een vaste naaste als bezoeker en de mogelijkheid tot het maken van een gezamenlijke wandeling.

Bij de bewoners die bezoek hebben ontvangen, heeft invulling van de verdere verruiming van de bezoeksregeling tot peildatum 4 juni als volgt plaatsgehad:

- 132 bewoners (8%) in 9 locaties hebben van meer dan één vaste persoon bezoek ontvangen;
- 66 bewoners (4%) in 8 locaties hebben bezoek ontvangen van meerdere naasten tegelijkertijd;
- 3 bewoners (0,2%) in 2 locaties hebben bezoek ontvangen van kleinkinderen;
- 3 bewoners (0,2%) in 2 locaties hebben bezoek ontvangen van vrijwilligers;
- 79 bewoners (5%) in 11 locaties hebben een wandeling gemaakt met een naaste;
- 13 bewoners (0,7%) in 2 locaties hebben een wandeling gemaakt met een vrijwilliger.

Protocol

In de rapportage van 18 mei is geconstateerd dat de protocollen een gevarieerd beeld geven van hoe de bezoeksregeling is geïmplementeerd in praktijk.

Wijzigingen in het protocol na 18 mei

De meeste van de 25 locaties (n=18) geven aan dat zij hun protocol inmiddels hebben aangepast of van plan zijn dat op korte termijn te doen. Enerzijds heeft dat te maken met het aanpassen van voorwaarden. Voorbeelden daarvan zijn het niet meer standaard opnemen van de temperatuur bij bezoekers, aanpassingen in het gebruik van beschermingsmiddelen zoals mondkmaskers en het verminderen of stoppen van nazorg voor naasten. Anderzijds gaat het om aanpassingen in verband met de verdere verruiming van de bezoeksregeling. Voorbeelden daarvan zijn bezoek mogelijk maken voor meerdere naasten, bezoek op de eigen kamer toestaan en vrijwilligers toelaten tot het verpleeghuis. Een locatie gaf aan de wijzigingen in verband met verdere versoepeling te hebben teruggedraaid omdat dit van overheidswege pas op 15 juli toegestaan zou zijn.

WhatsApp groep

In de bij de start van de verruiming opgericht WhatsApp groep van sleutelpersonen participeren 30 personen uit 20 verpleeghuizen (77%).

Tot nu toe zijn de onderwerpen besproken in de WhatsApp groep onder te verdelen in de volgende 3 thema's:

- a) Hoe organiseer je de bezoeken? Hierin werd vooral besproken dat de planning, registratie en organisatie erg veel tijd vergen en werd gezocht naar goede oplossingen hiervoor. Sommige huizen werken bijv. met een digitaal registratiesysteem waar naasten zelf kunnen reserveren, wat dan meteen als registratie kan dienen. Ook is gezocht naar planprogramma's die niet alleen de planning en afspraakbevestiging doen maar ook de triage en gezondheidsklachten inventariseren. Er zijn medewerkers ingezet om het bezoek in te plannen, triage te doen en om het bezoek te begeleiden.
- b) Hoe verpleeghuizen zelf evalueren hoe naasten het bezoek hebben ervaren. Diverse mogelijkheden worden hiervoor uitgezet in de verpleeghuizen, zoals het uitsturen van vragenlijsten naar familie of nabellen van naasten.
- c) Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen; mondkmaskers e.d. Uitgewisseld zijn ervaringen omtrent het gebruik (geef je bezoek te drinken? Dan wordt het mondkmasker afgedaan?) en of je als zorgorganisatie mondkmaskers zelf verspreidt aan bezoek. Er heerst een grote schaarste, waarbij medewerkers niet altijd gebruik kunnen maken van mondkmasker. Geef je dat dan wel aan naasten?

Recent is binnen de WhatsApp groep ook gesproken over mogelijkheden tot verruiming: mogen naasten buiten wandelen? Laat je meer bewoners toe? En wat betekent dat voor de inzet van medewerkers, bijv. wanneer bezoek ook in de avond mag komen? Wat uit die gesprekken naar voren komt is dat onduidelijk is of verdere verruiming van de bezoeksregeling wel is toegestaan. Enkele deelnemers veronderstellen dat dit pas na 15 juli mag. Een van de deelnemers meldt bij navraag de mededeling te hebben ontvangen dat verdere verruiming niet is toegestaan.

Ervaringen en welbevinden volgens de contactpersonen

Na drie weken verruiming van het bezoekbeleid valt op dat er overwegend (zeer) positieve reacties worden gerapporteerd over de ervaren effecten op welbevinden. *“Bewoners fleuren op en ervaren perspectief richting de toekomst.”* Daarbij gaat het om blijdschap bij alle betrokkenen (bewoners, naasten en medewerkers) en het opbloeien van bewoners die zich onder andere uit in meer eetlust, meer activiteit en verhoogde spraakzaamheid tot *“een glimlach voor de rest van de dag”*. De intense emoties tijdens de bezoeken, zoals gerapporteerd na de eerste week, lijken verminderd. *“Bewoners zijn beter gestemd en lijken emotioneel minder geladen; hiermee bedoel ik dat ze hun zorgen weer bij directe familie kwijt kunnen en minder prikkelbaar zijn binnen de woongroep.”* Ook wordt er opluchting genoemd bij medewerkers omdat ze ‘Covid-19 nog steeds buiten de deur hebben weten te houden’.

Negatieve ervaringen worden beduidend minder gerapporteerd. Een voorbeeld daarvan is dat de naaste niet meer herkend werd door de bewoner (met dementie). Ook wordt een enkele keer genoemd dat het bezoek bij een bewoner juist tot onrust heeft geleid. Bewoners begrijpen namelijk niet waarom hun naaste, na korte tijd, alweer moet vertrekken. Op een aantal locaties geven medewerkers aan dat het gemis van bezoek een flinke impact heeft gehad op bewoners en heeft geleid tot een versnelde achteruitgang van hun welbevinden. Tenslotte gaat een groot aantal reacties over het belang en wens van verdere verruiming van de bezoeksregeling: langere bezoektijden, meer bezoekers, fysiek contact mogelijk maken. Een locatie gaf aan: *“bijna iedereen wacht op nog meer vrijheden en geven dan ook aan dat dit snel mag gebeuren. Er zijn maar weinig bewoners die angstig zijn voor besmetting.”*

Compliance volgens de contactpersonen

In het algemeen zijn de contactpersonen van de locaties van mening dat naasten zich na drie weken nog steeds goed houden aan de gemaakte afspraken. Wel is er een toename van non-compliance en discussies over onderdelen in de protocollen.

Een voorbeeld van non-compliance is het hebben van fysiek contact; 11 locaties (44%) geven aan dat er soms tot vaak sprake is van fysiek contact, terwijl slechts 1 locatie aangeeft dat er nooit fysiek contact is geweest tussen bewoner en naaste. Een aantal locaties geeft aan onvoldoende of geen zicht te hebben op fysiek contact *‘omdat het bezoek achter gesloten deuren plaatsvindt’*. Een voorbeeld van discussies over het protocol gaat over het verbod om de bewoner met meerdere mensen te bezoeken, zowel in plaats van een vaste naaste als bezoeker als van meerdere naasten tegelijk. De locaties rapporteren ook dat het begrip voor de richtlijnen bij een deel van de naasten lijkt af te nemen; af en toe leidt tot boze reacties. Een locatie verwoorde dat als volgt: *“in de eerste fase was iedereen blij om*

weer op bezoek te kunnen, nu merk je dat er wat meer frustratie ontstaat dat er maar 1 vaste bezoeker mag zijn er is behoefte aan verdere versoepeling”.

Verdere uitrol verruiming bezoeksregeling

De locaties zijn unaniem in hun oordeel over de extra inspanningen die de bezoeksverruiming kost; 20 locaties (80%) geven aan dat het plannen en organiseren van het bezoek te veel tijd kost. Daarnaast noemen 17 (68%) dat de bezoeksregistratie te arbeidsintensief is. Ook de extra nazorg van naasten na het bezoek (troosten) wordt gemeld door 17 locaties (68%). Tevens worden zorgen gemeld over de verdere uitrol. Enerzijds gaan die over de vraag van de haalbaarheid (extra personele bezetting) voor meerdere locaties binnen een zorgorganisatie als aan alle richtlijnen moet worden voldaan. Anderzijds gaan die over de verdere verruiming van de bezoeksregeling.

In een aantal reacties wordt aangegeven dat de uitrol te snel gaat. Enerzijds wordt daarbij het ervaren effect van de aankondigingen in de persconferenties door het kabinet genoemd. Sommige bestuurders geven aan het gevoel te ervaren daardoor gedwongen te worden alle locaties direct te openen, mede door de sociale druk die ontstaat of door ‘onbedoelde concurrentie’ tussen organisaties en locaties in regio’s. Anderzijds geldt dat ook binnen zorgorganisaties: soms voelen locatiedirecteuren eenzelfde soort druk opgelegd door bestuurders van hun zorgorganisaties.

Dieptemonitoring ‘Groep 11 mei’

De dieptemonitoring vindt plaats in 5 van de 25 verpleeghuislocaties die op 11 mei zijn gestart met de verruiming van de bezoeksregeling en gaat over een periode van 3 weken.

De 5 verpleeghuizen waar de dieptemonitoring plaatsvindt variëren in omvang van 67 tot 130 bewoners met psychogeriatrische of somatische problematiek of wonend in een zorgappartement waar thuiszorg wordt geboden. Het aantal COVID-besmettingen voorafgaand aan de verruiming varieert van 0 tot 11 onder de bewoners en onder medewerkers van 0 tot 6. Het aantal bewoners dat is overleden als gevolg van COVID varieert tussen de 0 en 6 per locatie.

Verwachtingen bij de openstelling

Een ruime meerderheid van zorgmedewerkers is het eens met het verruimen van de bezoeksregeling vanaf 11 mei. Bijna alle medewerkers geven aan verbeteringen van het welbevinden van zowel naasten als bewoners te verwachten. Medewerkers verschillen in de mate waarin ze zich zorgen maken over het besmettingsrisico door het toelaten van bezoek. Ongeveer de helft van de medewerkers maakt zich extra zorgen over de gezondheid van bewoners, de eigen gezondheid of de gezondheid van collega’s. Ook verwacht ongeveer de helft van de zorgmedewerkers dat de verruimde bezoeksregeling extra werkdruk zal opleveren. Zorgmedewerkers zagen overigens een daling van het welbevinden en een toename van eenzaamheid als gevolg van de bezoeksbeperking.

“Er wordt heel veel verzonnen om hen nu bezig te houden en ik merk dat bewoners heel erg achteruitgaan. Ik wil niet zeggen dramatisch, maar ze zijn steeds minder te motiveren.”

Lokale bezoeksregelingen

Er is een grote variatie in de bezoeksregelingen, waarbij de frequentie van bezoek varieert van 1 keer per week tot elke dag en de duur van het bezoek varieert van 30 minuten tot geen beperking in de duur. In één instelling werd bezoek tot 27 mei alleen toegelaten op een aparte kamer en daarna op de eigen kamer van de bewoner. Ook waren er verschillen in het gebruik van mondkapjes, temperaturen en handschoenen. De bezoeksregels werden tijdens de periode meermaals aangepast.

Bereik en uitvoerbaarheid in de praktijk

Drie van de 5 verpleeghuizen hebben bezoek ontvangen vanaf 11 mei, de andere startten op resp. 12 en 13 mei. Er hebben bijna 600 bezoeken plaatsgevonden voor de in totaal 445 bewoners, waarbij in de instelling die aanvankelijk alleen bezoek ontving in een aparte kamer een opvallende toename was te zien vanaf de dag dat bezoek op de eigen kamer mogelijk was.

De bezoeksregelingen bevatten veel nieuwe handelingen voor zorgmedewerkers, waarvoor weinig voorbereidingstijd was. Bij een aantal locaties ervaren medewerkers een hogere werkdruk, door bijvoorbeeld het inplannen van bezoekmomenten of het begeleiden van naasten. Zowel naasten als medewerkers ervaren de duidelijke informatievoorziening en instructie over de richtlijnen als prettig en belangrijk. Toch waren niet alle naasten en medewerkers precies op de hoogte.

“Ik wist van tevoren niet dat we op iedere verdieping de handen moesten schoonmaken, maar dat is heel begrijpelijk en geen probleem.”

Met betrekking tot de uitvoerbaarheid valt een aantal zaken op. Het uitvragen van klachten en het opvolgen van de handhygiëne-instructie lijkt in de loop van de weken te verminderen op meerdere locaties. Medewerkers vinden het moeilijk om naasten juist te instrueren en aan te spreken op het niet naleven van de bezoeksregels. Soms noemen zij dat ze dit de eigen verantwoordelijkheid van het bezoek vinden. De meeste zorgmedewerkers hadden er wel vertrouwen in dat het bezoek het beste wenst voor hun familielid, hoewel niet iedereen:

“Je moet iemand op zijn woord geloven. En dat vind ik wel moeilijk omdat mensen heel veel zeggen om na zoveel weken toch op bezoek te kunnen komen”.

De 1,5 meter afstand wordt niet overal en altijd goed aangehouden. De inschatting is dat de helft van de naasten de bewoners wel aanraakt, streelt, een kus geeft, haren kamt of een knuffel geeft. Naasten worstelen daar ook mee:

“Mijn vader komt uit zichzelf niet zo snel voor een knuffel, maar je voelt wel, en dat heeft hij ook altijd aangegeven, dat hij dat wel fijn vindt. Een aai over zijn bol, of een hand op zijn schouder. Even het lieflijke, van naaste naar naaste. Dat vond ik zelf heel lastig.”

De mondkapjes worden vaak niet op de juiste manier gebruikt door naasten (onderste boven, binnenste buiten, niet boven neus en onder kin). Naasten raken het mondkapje ook

aan of zetten het onder de kin. Meerdere naasten benoemden dat het mondkapje benauwd en warm is, en bijvoorbeeld erg vervelend is als je COPD hebt. Opvallend was dat de mondkapjes niet altijd vrij toegankelijk zijn voor zorgmedewerkers, soms achter slot en grendel, en ook niet altijd beschikbaar voor gebruik voor zorgmedewerkers die zelf milde klachten hebben.

“Maar ik hoor steeds dat de mondkapjes bijna op zijn. Dat we er rustig aan mee moeten doen.”

Voor naasten gelden vaak andere regels dan voor medewerkers. Dat leidde vaak tot onbegrip, met name bij naasten.

“Het is moeilijk dat de zorgmedewerker wel zonder mondkapje bij mijn moeder mag zijn, en zij doet ook gewoon boodschappen bij de Albert Heijn. Haar risico om het virus op te lopen is even groot als het mijne.”

Er is veel dankbaarheid en blijheid bij naasten dat ze weer op bezoek mogen komen, waardoor ze de richtlijnen voor lief nemen. Ze zien de verruiming als een eerste stap terug naar de ‘normale situatie’.

Naasten benoemen dat een echt bezoek een grote meerwaarde voor hen heeft boven alternatieve manieren van contact, zeker voor bewoners met gehoorproblemen en/of dementie: contact maken is makkelijker en de kwaliteit is hoger. Het gebruik van een mondkapje en bezoek op een voor bewoners onbekende locatie doen daar soms afbreuk aan.

“Je komt niet tot een gesprek hè? Ze worden veel afgeleid door een nieuwe omgeving.”

De kwaliteit van het contact staat verder onder druk doordat veel naasten geen contact kunnen maken zoals ze dat gewend zijn en prettig vinden, bijvoorbeeld doordat ze afstand moeten houden, in hun eentje zijn en/of samen geen dingen kunnen ondernemen (naar buiten, naar het restaurant, vaste activiteiten).

“Het zou fijn zijn dat je weer kunt zeggen ‘hup, de rolstoel in en we gaan een eind lopen.’ Dat is wat we altijd deden.”

Daarnaast worden de vaste bezoektijden en bezoekduur als belemmerend ervaren. Dit geldt ook voor het feit dat er één vaste naaste als bezoeker is, dit ervaren meerdere naasten als een grote verantwoordelijkheid.

“Ik wilde eigenlijk op vakantie gaan over een tijdje, maar ik denk nou: ik ben de enige, dus... En ik vind het zo erg dat ze zo lang niemand gezien heeft. En ik wil nu minstens om de dag, dus ik blijf voorlopig thuis, ja. Ik ga even niet naar de eilanden of iets.”

Impact op bewoners

Verbetering stemming/welbevinden

Naasten en medewerkers noemen overwegend positieve reacties en gevolgen bij bewoners: ze genieten van bezoek, komen opgewekt en blij terug van bezoek, bloeien op en worden actiever. Soms is er verdriet bij het afscheid of omdat geen fysiek contact mogelijk is. Verder is de vanzelfsprekendheid van bezoek weg: bewoners kijken erg uit naar het bezoek en er lijkt ook een verlangen naar meer mogelijkheden aangewakkerd. Verschillende bewoners tonen begrip voor de bezoekregels.

"Het geluk straalde van haar af, ze was zo intens blij dat ze bezoek kreeg. [...] Helemaal in de wolken was ze."

"Superfijn, maar ik zag wel een trillend lipje bij het afscheid nemen."

"Voorheen gaf ik haar altijd een knuffel en een paar zoenen en bij het weggaan ook, en dat is wel een wezenlijk verschil. [...] Dat missen we nu."

"Ze kijken nu alweer uit naar het volgende bezoek. Was wel anders als voor de sluiting; toen was het vanzelfsprekend dat er bezoek kwam. De waarde van bezoek krijgen is terug."

Onrust

Er zijn ook bewoners met dementie waarbij het bezoek tot verwarring, verdriet of (fysieke) onrust lijkt te leiden; zij raakten overprikkeld tijdens het bezoek, gingen na afloop op zoek naar hun naaste of bleven vragen waar hun naaste was. Bij enkele bewoners is besloten bezoek niet of niet meer te laten komen vanwege ernstige onrust.

"Nu heb ik alles op de kop staan." (bewoner tegen zorgmedewerker)

Impact op naasten

Nagenoeg alle naasten noemen hoe fijn het is om weer op bezoek te gaan en vaak koppelen zij dit aan het weer kunnen vervullen van de mantelzorger-rol: koffiezetten, de was opruimen. Dit geldt vooral voor bezoek op het eigen appartement, waarbij de vertrouwde omgeving ook een gevoel van privacy geeft en de mogelijkheid om persoonlijke onderwerpen te bespreken:

"Maar voor de rest heb ik het als heel prettig ervaren. Het feit dat ik er weer kon zijn, dat ik wat rommeltjes kon doen, wat opruimen, wat regelen."

"Nee, ik ga niet over de telefoon, dan snij ik dit soort onderwerpen niet aan en mijn moeder ook niet"

Meerdere naasten noemen opgelucht te zijn; dat ze hun naaste nog in levenden lijve konden zien, of dat deze hen nog herkende. Een enkeling ervaarde het bezoek als confronterend omdat hun naaste achteruit is gegaan, of als emotioneel omdat ze beseffen een "goede tijd" samen te hebben moeten missen:

“Er komen zo veel emoties los, die je niet in de gaten hebt. In het begin denk je: ik red het allemaal wel, het zit allemaal wel lekker, ik kan het behoorlijk hanteren. Totdat er iets gebeurt dat je elkaar ziet. [...] Zoveel emoties die dan loskomen, waar je helemaal niet op berekend bent eigenlijk.”

Impact op zorgmedewerkers

Zorgmedewerkers staan er overwegend dubbel in. Enerzijds zijn ze erg blij voor bewoners en naasten, zien dat het hen goed doet, en sommigen noemen het voordeel dat naasten bepaalde taken (bijv. planten water geven) weer kunnen overnemen. Anderzijds zijn ze bang voor besmettingen bij bewoners, zichzelf en soms ook eigen familieleden. Ze vragen zich af of het bezoek zich aan de regels houdt, weten soms dat dit niet zo is en denken verschillend over waar hun verantwoordelijkheid daarin ligt. Sommigen vragen zich af of collega's zich wel aan de regels houden en zijn bang zelf bewoners te besmetten als via een naaste één van de bewoners besmet zou raken.

“Ik vind het eigenlijk heel erg voor de bewoners dat ze geen bezoek mochten ontvangen. Ook voor de familie, want, ja, ze wonen toch in het verpleeghuis en je weet niet hoe lang iemand nog leeft. Dus ik vind het goed dat er weer bezoek mag komen.”

“Ik had eerst wel twijfels bij de aankondiging van de verruiming van de bezoeksregeling. Ik had het gevoel van... nu zijn we eigenlijk een soort proefkonijnen. Maar nu ik zie wat het doet met bewoners ben ik blij dat ze weer contact mogen hebben. Ik vind het een beetje dubbel.”

Nieuwe besmettingen

Groep 11 mei

Op 5 juni zijn er geen nieuwe besmettingen gemeld op de 26 locaties waar sinds 11 mei bezoek is toegestaan.

Groep 25 mei

Voor de Groep 25 mei is het te vroeg om te kijken naar een mogelijke samenhang tussen de verruiming van de bezoeksregeling en nieuwe besmettingen. Maar op 5 juni zijn er geen nieuwe besmettingen gemeld op de 50 locaties die aan deze monitor deelnemen.

Conclusies

Algemeen

De verruiming van de bezoeksregeling is op gang, maar de implementatie vergt tijd. Enerzijds vanwege praktische invulling rondom logistiek, planning en administratie, en begeleiding controle van het bezoek. Anderzijds speelt de angst van medewerkers en locaties ook een rol. Zij hebben de afgelopen periode veel stress ervaren rondom het Covid-19 vrij proberen te houden van de huizen. Daar waar dit gelukt is, heerst angst om nu 'de infectie binnen te laten'. Daar waar dit niet is gelukt, is men nog herstellende van de intensieve zorg voor besmette bewoners en het Covid-19 vrij krijgen van locaties.

De verruiming beperkt zich vooralsnog tot één vaste naaste als bezoeker. De verdere verspoeling van de verruiming is 3 weken na de start nog niet echt op gang gekomen. Er is geen sprake van een duidelijke toename in bijvoorbeeld meerdere naasten en vrijwilligers. Dat geldt ook voor het samen wandelen van bewoners met bezoek. Het bedoelde 'vooruitleren' (26 locaties lopen 2 weken voor op de rest) lijkt niet aan de orde te zijn. De Groep 11 mei wijkt niet af van de Groep 25 mei als het gaat om de verdere verruiming van de bezoeksregeling.

Er is veel variatie in protocollen zoals die op locaties worden toegepast. Daarbij gaat het vooral om variatie in het gebruik van beschermingsmiddelen, bezoeksplek (aparte ruimtes – eigen kamer) en het houden van toezicht.

Het fysieke bezoek wordt als een absolute en duidelijke meerwaarde ervaren door alle betrokkenen. Het is niet vergelijkbaar met de creatieve initiatieven (plexiglas, raamgesprekken, beeldbellen etc.) tijdens het bezoekverbod.

Compliance

Er is veel begrip van naasten voor de maatregelen en de richtlijnen bij het opstarten van het bezoek. Naasten lijken zich in het algemeen goed te houden aan het protocol dat op locatie is afgesproken, hoewel het opvolgen van de handhygiëne-instructie in de loop van de weken lijkt te verminderen en mondkapjes regelmatig verkeerd worden gebruikt door bezoek. Op locaties waar medewerkers geen mondkapje op hoeven en bezoekers wel, leidt dit tot onbegrip.

Het vermijden van fysiek contact is moeilijk. Breed over alle locaties wordt melding gemaakt aan de grote behoefte aan fysiek contact. Veel medewerkers vinden het moeilijk naasten aan te spreken wanneer die zich niet aan het protocol houden.

In de locaties waar reeds drie weken bezoek is toegestaan (Groep 11 mei), ontstaan wel steeds meer discussies over de richtlijnen. Opvallend is dat die bij de Groep 25 mei ook al worden gerapporteerd. De druk op locaties voor verdere verruiming van de bezoeksregeling neemt duidelijk toe.

De belasting op locaties om de bezoeksregeling vorm te geven (planning, organisatie, naleving richtlijnen) is groot; het kost veel menskracht en is moeilijk om onder de huidige tijdsdruk goed neer te zetten. In de Groep 11 mei zijn signalen dat de verdere uitrol, zowel

naar meer organisaties als naar de verdere verruiming van de regeling, te snel gaat als de richtlijnen niet verspoeld worden.

Welbevinden

Op de verruiming van de bezoekenregeling wordt overwegend positief gereageerd. Bewoners hebben weer iets om naar uit te kijken, fleuren op tijdens bezoek en worden actiever. Naasten komen graag en waarderen het persoonlijke contact met bewoner. Er leven intense emoties bij bewoners, familie en medewerkers over het weerzien. Dankbaarheid en blijdschap overheersen hierbij. Respondenten geven aan dat zij toegenomen eenzaamheid, inactiviteit en (soms ernstige) fysieke achteruitgang bij bewoners hebben gezien tijdens de periode van het bezoekverbod. De meeste reacties over bewoners zijn positief; medewerkers zien mensen opfleuren en opbloeien, ook in de periode nadat het bezoek weg is.

In enkele situaties zijn er ook negatieve reacties. Sommige bewoners zijn onrustiger na het bezoek, soms omdat ze ook naar huis willen of niet begrijpen dat hun naaste al na korte tijd moet vertrekken. Er zijn verschillende voorbeelden van bewoners met dementie die hun naaste niet meer herkennen tijdens het eerste bezoek.

Naast blijdschap voor bewoners en familie, leidt de bezoekenverruiming bij medewerkers ook tot spanning en een dubbel gevoel. Die hangt samen met de angst voor nieuwe besmettingen van bewoners door naasten en verdere verspreiding als gevolg daarvan door henzelf.

Nieuwe besmettingen

Er zijn tot 6 juni geen nieuwe besmettingen gemeld op de locaties die aan deze monitor deelnemen.