

Vergaderjaar 2021–2022

**35 526**

## **Tijdelijke bepalingen in verband met maatregelen ter bestrijding van de epidemie van covid-19 voor de langere termijn (Tijdelijke wet maatregelen covid-19)**

**25 295**

## **Infectieziektenbestrijding**

**DA<sup>1</sup>**

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

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 december 2021

Hierbij bied ik u een afschrift aan van de Stand van Zakenbrief van 14 december 2021, die aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal is verzonden.

#### *Aanbieding regelingen*

Hierbij bied ik u mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties de navolgende regeling aan:

- Regeling van 14 december 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met verlenging van de maatregelen, waaronder een verplichte sluitingstijd, en sluiting van het primair onderwijs en de buitenschoolse opvang.

Het kabinet doet een beroep op de spoedprocedure van artikel 58c, derde lid, Wpg. Het doorlopen van de standaardprocedure, zoals opgenomen in artikel 58c, tweede lid, Wpg zou tot gevolg hebben dat de regeling op haar vroegst een week na vaststelling en gelijktijdige overlegging aan beide Kamers in werking kan treden op 21 december 2021. De huidige maatregelen vervallen echter van rechtswege met ingang van 19 december 2021. Naar ons oordeel kan daarom de uitgestelde inwerkingtreding van ten minste een week – die uitgangspunt dient te zijn bij de vaststelling van maatregelen op basis van hoofdstuk Va Wpg – in deze zeer dringende omstandigheden niet worden afgewacht. De inwerkingtreding van deze regeling is vastgesteld op 19 december 2021. De regeling wordt binnen twee dagen na vaststelling aan beide Kamers der Staten-Generaal

<sup>1</sup> De letters DA hebben alleen betrekking op 35 526.

overgelegd. De regeling vervalt van rechtswege indien de Tweede Kamer binnen een week na de toezending besluit niet in te stemmen met de regeling.

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

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 december 2021

De huidige epidemiologische situatie heeft twee gezichten. Aan de ene kant is het eerste effect van de maatregelen te zien, het aantal besmettingen daalt. De bezetting van het aantal ziekenhuis- en IC- bedden heeft het plafond bereikt en de daling lijkt ingezet.

Aan de andere kant neemt de verspreiding van de omikronvariant snel toe. Deze ontwikkeling is zorgelijk voor de komende periode, ook al is nog veel over deze variant onbekend.

Vrijdag 10 december jl. kwam het OMT bijeen. Gezien de zorgwekkende ontwikkelingen rondom de COVID-19-situatie, adviseert het OMT om de maatregelen zoals die nu gelden in stand te houden. Aanvullend heeft het kabinet op advies van het OMT besloten de basisscholen, scholen voor speciaal (basis) onderwijs en de buitenschoolse opvang in de week van 20 december te sluiten.

Naar het zich laat aanzien verspreidt omikron zich sneller door een combinatie van grotere besmettelijkheid en een afgenomen effectiviteit van de vaccinatie en doorgemaakte infectie. Of deze variant meer ziekmakend is, is nu nog niet te zeggen. Het OMT schetst de verwachting dat de omikronvariant de komende weken de deltavariant over zal nemen als dominante virusvariant. De kennis neemt iedere dag toe. Daarom wil het OMT aanstaande vrijdag 17 december de epidemiologische situatie opnieuw beoordelen en ons begin volgende week adviseren over mogelijke maatregelen.

Hoewel de bescherming van de huidige vaccinatie tegen deze variant mogelijk aanzienlijk lager is, wijzen eerste resultaten van onderzoek in Engeland naar de effecten van een recente booster uit dat hierdoor de bescherming wordt teruggebracht tot een hoog niveau. Daarom is besloten om het zetten van boosterprikken te versnellen. Iedere 18-plusser krijgt uiterlijk in de tweede helft van januari een boosterprik aangeboden.

Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media, over de huidige stand van zaken rondom de ontwikkelingen van COVID-19.

### *Aanbieding regelingen*

Hierbij bied ik u mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties de navolgende regeling aan:

- Regeling van 14 december 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met verlenging van de maatregelen, waaronder een verplichte sluitingstijd, en sluiting van het primair onderwijs en de buitenschoolse opvang.

Het kabinet doet een beroep op de spoedprocedure van artikel 58c, derde lid, Wpg. Het doorlopen van de standaardprocedure, zoals opgenomen in artikel 58c, tweede lid, Wpg zou tot gevolg hebben dat de regeling op haar vroegst een week na vaststelling en gelijktijdige overlegging aan beide Kamers in werking kan treden op 21 december 2021. De huidige maatregelen vervallen echter van rechtswege met ingang van 19 december 2021.

Naar ons oordeel kan daarom de uitgestelde inwerkingtreding van ten minste een week – die uitgangspunt dient te zijn bij de vaststelling van maatregelen op basis van hoofdstuk Va Wpg – in deze zeer dringende omstandigheden niet worden afgewacht. De inwerkingtreding van deze regeling is vastgesteld op 19 december 2021. De regeling wordt binnen twee dagen na vaststelling aan beide Kamers der Staten-Generaal overlegd. De regeling vervalt van rechtswege indien de Tweede Kamer binnen een week na de toezending besluit niet in te stemmen met de regeling.

#### *Toepassing artikel 58s Wpg*

Met deze voortgangsrapportage voldoe ik aan de maandelijkse rapportageplicht van artikel 58s Wpg. De situatie is op dit moment dusdanig dat het treffen van maatregelen op grond van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 nog steeds nodig is. Een toelichting op de maatregelen is in deze brief weergegeven.

#### *Leeswijzer*

- Onder «Zicht op en inzicht in het virus» ga ik in op: het OMT-advies inclusief het epidemiologisch beeld; de Sociaalmaatschappelijke en Economische Reflectie; de maatregelen en de aanpak van deze en komende winter(s), gevolgd door het coronatoegangsbewijs/Digitaal Corona Certificaat, reizen en quarantaine, testen en traceren, vaccins, wijkgerichte aanpak, innovatieve behandelingen, ventilatie en digitale ondersteuning (paragraaf 1 t/m 12).
- Onder «Zorgen dat de zorg het aankan» ga ik in op: de zorg voor patiënten in de keten (paragraaf 13).
- Onder «Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid» ga ik in op: bescherming kwetsbare personen (paragraaf 14).
- Onder «Andere onderwerpen» ga ik in op: de communicatie, de arbeidsmarkt, het Caribisch deel van het Koninkrijk, het afdoen van moties, toezeggingen en verzoeken en de Catshuisstukken (paragraaf 15 t/m 19).

Hiermee voldoe ik aan de volgende moties en toezeggingen:

- De toezegging aan het lid Omtzigt dat in een OMT-adviesaanvraag specifiek gevraagd wordt naar de consequenties voor het beleid dat permanent opgebouwde immuniteit niet bereikt wordt vanwege de afname van immuniteit;
- De toezegging aan het lid Agema dat in de EPI-vraag voor het OMT zou worden nagevraagd of er meer mensen naar de GGD komen omdat zij graag een «positief» verklaring willen hebben zodat ze een geldig herstellbewijs kunnen verkrijgen;
- De toezegging aan het lid Karakus om in het plan van aanpak van deze en komende winter(s) terug te komen op de vijf scenario's van WRR/KNAW;
- De toezegging aan de leden Baay-Timmerman en De Bruijn-Wezeman over respectievelijk fraude met QR-codes en de mogelijkheid tot het tijdelijk intrekken van vaccinatiebewijzen bij een positieve testuitslag;
- De toezegging aan het lid Gündoğan om te kijken of het mogelijk is om communicatie over de basisregels uit te breiden naar de gemeenten waar de besmettingen in algemene zin het hoogst zijn of het snelst stijgen;
- De toezegging aan het lid Karakus om een overzicht aan te bieden over dat wat er omtrent communicatie wordt gedaan;
- De toezegging aan het lid Hijink om te zorgen dat zelftesten op een nuttige manier worden ingezet voor de datum verloopt;

- De toezegging aan het lid De Vries om navraag te doen bij de NZa naar signalen over financiële belemmeringen voor verwijzingen naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's).
- De toezegging aan het lid Van Esch om te kijken of internationale reizen in lijn met nationale reizen moeten worden ontraden;
- De toezegging aan het lid Van den Berg om in de eerstvolgende voortgangsbrief om informatie te verstrekken over de hoeveelheden van welke geneesmiddelen die zijn ingekocht en om informatie te verstrekken over de werkzaamheid van deze middelen;
- De toezegging aan het lid Omtzigt om, gekeken naar de verpleeghuiszorg, een vergelijking te maken tussen Nederland en België;
- De toezegging aan uw Kamer om voor tweede helft winter een taskforce op te zetten, niet alleen op het thema van de centrering van zorgcapaciteit in een regio maar ook op het thema van het optimaliseren van de inzet van zorgpersoneel, en uitkomsten betrekken bij herijking aanpak;
- De toezegging aan het lid Bikker om in het eerste kwartaal van 2022 met een kabinetsreactie te komen over de scenario's van de WRR en de KNAW;
- De motie van de leden Van Haga en Van der Plas om te garanderen dat ongevaccineerde mensen niet geweigerd zullen worden voor een behandeling in het ziekenhuis (Kamerstuk 35 925, nr. 95);
- De motie van de leden Paternotte en Pouw-Verweij om contact te leggen met de koepel van de drogisterijen om te zorgen dat bij elke verkochte zwangerschapstest ook voorlichting over vaccinatie aangeboden wordt, (Kamerstuk 25 295, nr. 1565);
- De motie van het lid Paternotte c.s. om toe te gaan werken naar de instelling van een profijtbeginsel bij het testen voor toegang, uitgaande van een eigen bijdrage en om hierbij een regeling te creëren voor Nederlanders die niet gevaccineerd kunnen worden, en ook af te zien van deze eigen bijdrage in het zeldzame geval dat testen voor toegang ongeacht vaccinatiestatus noodzakelijk wordt (Kamerstuk 25 295, nr. 1398);
- De motie van het lid Westerveld c.s. om via apotheken gratis zelftesten te verstrekken aan mensen die hierin zelf niet kunnen voorzien (Kamerstuk 25 295, nr. 1577);
- De motie van het lid Bikker c.s. om te verkennen welke mogelijkheden er zijn om de huidige testcapaciteit uit te breiden met de LAMP-apparatuur, productielijnen die op voorraad zijn en productielijnen in de veredelingssector, en deze mogelijkheden in te passen in het testbeleid (Kamerstuk 25 295, nr. 1586);
- De motie van de leden Bikker en Westerveld om te onderzoeken op welke manier de antigeentests op voorraad bij het ministerie zo goed mogelijk besteed kunnen worden (Kamerstuk 25 295, nr. 1587);
- De motie van het lid Den Haan c.s. om te inventariseren welke organisaties, zoals verenigingen van studenten geneeskunde en doktersassistenten, kunnen helpen bij het booster, en zo snel mogelijk met een plan te komen om deze organisaties in te zetten (Kamerstuk 25 295, nr. 1602);
- de motie van het lid Paternotte c.s. over het maximaal ondersteunen van huisartsen in wijken met een lage vaccinatiegraad om informatie te geven over vaccinaties en bekijken of er een koppeling gemaakt kan worden tussen GGD en HIS voor overzicht van wel of niet gevaccineerden (Kamerstuk 25 295, nr. 1471);
- De motie van het lid Bikker c.s. om met de betreffende GGD'en zo snel mogelijk in stadswijken en dorpen met een lage vaccinatiegraad te komen tot permanente test-, informatie- en priklocaties (Kamerstuk 25 295, nr. 1484);
- De motie van het lid Van der Staaij c.s. om zo spoedig mogelijk maatregelen te treffen om een dergelijk tekort te voorkomen, en

- daarbij uitdrukkelijk aandacht te besteden aan het beschikbaar stellen van voldoende extra noodvoorraad zuurstofconcentratoren en het zo nodig concentreren van zorg voor coronapatiënten die thuis zuurstof behoeven, en de Kamer hierover te informeren (Kamerstuk 25 295, nr. 1596);
- De motie van het lid Gündoğan c.s. om in het volgende OMT-advies het nut en de noodzaak van het breed inzetten van medische FFP2-mondneusmaskers in het tegengaan van besmettingen onder – en daarmee het beschermen van – zorgpersoneel te betrekken (Kamerstuk 25 295, nr. 1595);
  - De motie van het lid Grinwis c.s. om de economische gevolgen van het verplichten van het coronatoegangsbewijs, zoals omzetverlies, te monitoren bij bedrijven in de sectoren die hiermee te maken hebben, (Kamerstuk 35 420, nr. 393);
  - De motie van het lid Agema om tijdens de eigen communicatie steeds weer het ventileren tijdens bezoek te benadrukken (Kamerstuk 25 295, nr. 1569);
  - De motie van het lid Agema c.s. om te onderzoeken of de huidige ventilatierichtlijnen in het Bouwbesluit voor scholen, horeca, winkels, kantoren, bedrijven et cetera toereikend zijn om verspreiding van het coronavirus tegen te gaan (Kamerstuk 25 295, nr. 1352);
  - De motie van het lid Van Esch om zo snel mogelijk een langetermijnstrategie met de Kamer te delen waarbij rekening wordt gehouden met de vijf toekomstscenario's en de bijbehorende korte- en langetermijnbeleidsopties worden geschetst (Kamerstuk 25 295, nr. 1533);
  - De motie van het lid Paternotte c.s. om het mogelijk te maken om een test bij aankomst in bijzondere gevallen te verplichten (Kamerstuk 25 295, nr. 1566);
  - De motie van het lid Westerveld om grootschalig onderzoek te laten verrichten naar de effectiviteit om verspreiding tegen te gaan afgezet tegen iedereen testen, en de opzet van het onderzoek de Kamer te doen toekomen (Kamerstuk 25 295, nr. 1481);
  - De motie van de leden Van der Voort en Backer om zowel de informatievoorziening als het bestrijden van desinformatie betreffende corona en het coronabeleid te intensiveren en daarover deze kamer te rapporteren (Kamerstuk 35 899, nr. L);
  - De motie van het lid Den Haan c.s. om de techniek van CoronaCheck-app aan te passen zodat mensen die gevaccineerd zijn en toch corona krijgen geen groen vinkje krijgen in hun CoronaCheck-app in de periode dat zij in isolatie moeten (Kamerstuk 25 295 nr. 1540);
  - De motie van de leden Den Haan en Omtzigt om bij de decemberbrief een voorstel te doen voor terugkeer naar een meer normale besluitvorming (minder/geen Catshuis-overleg, minder gebruik van de crisisstructuur en meer middellangetermijnplanning) en bij de besluitvorming ook experts te betrekken die daarbij passen (Kamerstuk 35 961, nr. 16);
  - De motie het lid Hijink c.s. om in samenwerking met de zorgorganisaties en met sociale partners zo snel mogelijk te verkennen op welke wijze de ondersteuning van zorgverleners op de werkvloer kan worden bevorderd (Kamerstuk 25 295, nr. 1573);
  - De motie van het lid Van den Berg c.s. om op zo kort mogelijke termijn ervoor te zorgen dat er met pilots van meer geconcentreerde coronazorg wordt gestart (Kamerstuk 25 295, nr. 1571);
  - De motie van het lid Den Haan c.s. over het inventariseren van mogelijke hulp bij de boostercampagne (Kamerstuk 25 295, nr. 1602);
  - De motie van het lid Westerveld om het debat om het gesprek aan te gaan met geneeskundestudenten aangaande hun inzet bij de GGD (Kamerstuk 25 295, nr. 1602).
  - De motie van het lid Paternotte c.s. om met spoed te kijken welke maatregelen binnen de kaders van fysiek onderwijs kunnen helpen

virusverspreiding tegen te gaan, en uiterlijk volgende week de Kamer hierover te be-richten (Kamerstuk 35 925, nr. 47).

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

### **1. OMT-advies**

#### 133° OMT-advies

Het OMT is 10 december jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Hieronder wordt eerst een feitelijke weergave van het advies gegeven, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt.

Het OMT-advies bestaat uit de volgende onderwerpen:

1. Verloop van de epidemiologie
2. Update diverse virusvarianten
3. Adviezen
4. Inzet FFP-2 maskers
5. Isolatieuur en her-testen bij personen recent teruggekeerd uit Zuidelijk Afrika

#### Ad 1) Verloop van de epidemiologie

In de afgelopen 7 kalenderdagen is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen ongeveer gelijk gebleven in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Er is nog steeds een grote regionale variatie in het aantal positieve testen, de regio's met het hoogste aantal meldingen waren Zeeland en Limburg-Zuid.

Het regionale beeld van de hoge incidentie van positieve testen komt in grote lijnen overeen met de gemeten virusvruchten in de rioolwatersurveillance. In week 48 is de landelijk gewogen gemiddelde virusvrucht met 27,6% gedaald. Wel blijven de virusvruchten in het hele land nog steeds op een heel hoog niveau. In Infectieradar werd een afname van het aandeel personen met COVID-19-achtige klachten waargenomen.

Het aantal meldingen per 100.000 inwoners daalde in alle leeftijdsgroepen licht. Het aantal meldingen was net als een week eerder het hoogst in de leeftijdsgroep 0–12 jaar, gevolgd door de leeftijdsgroepen 30–39 en 40–49.

Het aantal meldingen bij personen bekend als bewoners van verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen nam niet verder toe. Bewoners van een verpleeghuis of woonzorgcentrum voor ouderen worden nu merendeels als zodanig geclassificeerd op basis van postcode en leeftijd. Dit kan echter leiden tot een onderregistratie van besmettingen in verpleeghuizen en woonzorgcentra. Voor instellingen voor de gehandicaptenzorg is dit zeker het geval.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties nam sinds eind vorige week plotseling af. Dit is waarschijnlijk het gevolg van het veranderd beleid waarbij zelftesten bij milde klachten gebruikt kunnen worden. Dit leidt ook tot een toename van het aandeel mensen dat naar de GGD-testlocatie komt vanwege een positieve zelftest, en hiermee tot een toename in het percentage positieve testen. In de lopende kalenderweek is tot nu toe 55% van alle positieve testen afkomstig van een bevestigingstest. Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) steeg het percentage positieve testen licht; het betrof 1,7% in de afgelopen kalenderweek vergeleken met 1,3% in de week ervoor. Het is mogelijk dat een deel van de mensen die zich hier liet testen, dit niet deed vanwege

een CTB, maar vanwege kortere wachttijden dan bij de GGD of ter bevestiging van een positieve zelftest.

De instroom in het ziekenhuis en op de IC van personen met een positieve test op SARS-CoV-2 lijkt over de piek heen. De bezetting neemt nog niet af, maar dit loopt uiteraard achter. Gemiddeld werden over de laatste week 272 personen per dag opgenomen op een verpleegafdeling en 38 op de IC. Op 9 december 2021 was de totale bedbezetting 2.830 : 2.204 op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis en 626 op een IC in Nederland, naast 18 op een IC in Duitsland (bron: LCPS).

De oversterfte was verhoogd in de periode 29 november – 5 december, in totaal overleden 4.300 personen, 1.250 meer dan verwacht op basis van de gemiddelde sterfte in de jaren vóór corona. De absolute oversterfte is het hoogst bij de oudere leeftijdsgroepen ( $\geq 80$  jaar) (bron: CBS).

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 8 december 2021 88,8% voor de volwassen bevolking, 85,5% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar was dit respectievelijk 87,0% en 83,7%. Bij personen met een positieve test die tot nu toe zijn gemeld in december, was van 65% de vaccinatiestatus bekend. Van hen was 52% zeker niet gevaccineerd. Voor november zijn deze percentages 71% en 49%, en voor oktober 86% en 50%, respectievelijk.

#### Ad 2) Update diverse virusvarianten

Er zijn tot 10 december 2021 bij het RIVM 80 definitief bewezen (op basis van sequencen) omikronbesmettingen gemeld. Dit betreft 71 personen met een reisgeschiedenis naar zuidelijk Afrika, 3 contacten van personen geïnfecteerd met omikron en 6 personen bij wie nog geen directe of indirecte link met een bron kon worden vastgesteld. Het optreden van besmettingen zonder dat een besmettingsbron kan worden vastgesteld en de aanwezigheid van omikron in de aankomende kiemsurveillancedataset, duidt op zogenaamde community-transmissie in Nederland, naast de directe import door reizigers.

De ontwikkelingen met betrekking tot SARS-CoV-2-varianten, en omikron in het bijzonder, worden op de voet gevolgd via internationale netwerken waarin de 2 SARS-CoV-2-referentielaboratoria bij RIVM en Erasmus MC en de RIVM modelleringsgroep deelnemen. Alhoewel er nog veel onduidelijk is over de precieze eigenschappen van de omikronvariant en de betekenis hiervan voor het verloop van de epidemie, begint zich een beeld af te tekenen waarbij omikron een aanzienlijk groeivoordeel ten opzichte van de deltavariant heeft. De eerste studies duiden op een verminderde effectiviteit van opgebouwde immuniteit door vaccinatie of eerder doorgemaakte infectie als component hierin. Of de variant daarnaast ook een verhoogde besmettelijkheid en ziektelast kent, is nog niet duidelijk. De huidige verwachting is dat de omikronvariant binnen afzienbare termijn (in januari) dominant zal worden in Nederland.

In de nationale kiemsurveillance zijn nu in totaal 67.489 monsters gesequencet. De data voor week 47 zijn nog aan verandering onderhevig, een doorkijk in de data duidt erop dat de variant in ieder geval drie keer aanwezig is in de complete dataset.

In de regio Amsterdam wordt door de GGD en het Amsterdam UMC met een dagelijkse steekproef van ongeveer 200 coronapositieve monsters uit één GGD-teststraat via een omikronspecifieke PCR in combinatie met sequencen de aanwezigheid van de variant gemonitord. In deze



monitoring was op basis van de PCR op 3 december een aandeel van 0,5% omikronvariant, op 6 december van 1,2%, op 7 december van 2,6%, op 8 december van 2,1%, op 9 december van 3,2% en op 10 december een aandeel van 3,1%. Deze aantallen zijn bevestigd op basis van sequenzen tot en met de bemonstering van 9 december.

Er waren drie GGD-teststraatlaboratoria die reeds gebruikmaakten van een PCR-cartridgegetest waarmee een aanwijzing verkregen kan worden voor de aanwezigheid van de omikronvariant. Een retrospectief overzicht van de resultaten met deze PCR-test is opgevraagd bij deze laboratoria inclusief de nog aanwezige verdachte monsters om een eventuele aanwezigheid van de omikronvariant te bevestigen. Uit dit onderzoek waren twee omikronvariantinfecties met monsterafname op 19 en 23 november vastgesteld. Op dit moment zijn geen extra omikronvariant-besmettingen uit dit retrospectieve onderzoek bijgekomen.

Daarnaast sturen deze drie laboratoria nu iedere week verdachte monsters naar het RIVM voor sequenzen. Hierin zijn tot nu toe drie besmettingen bevestigd.

Via het nationale sequentienetwerk SeqNeth wordt wekelijks een uitvraag gedaan bij alle laboratoria in Nederland naar de eventuele implementatie van een PCR-test specifiek voor bepaalde mutaties in de omikronvariant en de aantallen van de met deze test geanalyseerde op omikronverdachte monsters. Deze data worden op wekelijkse basis verzameld. Definitieve vaststelling van omikron moet in de huidige epidemiologische context nog plaatsvinden op basis van sequenzen. In totaal is data van 9 laboratoria verkregen. In deze dataset lijkt er een lichte stijging in het aandeel van omikronverdachte monsters te zijn in week 48 versus week 47.

Reizigers uit hoogrisicogebieden worden op Schiphol verzocht zich te laten testen. Uit de vliegtuigen in de periode van 27 november tot 9 december jl. hebben 969 personen zich direct bij aankomst laten testen. Tot nu toe is bij 34 personen definitief een omikronbesmetting vastgesteld. Voor een deel van de monsters is de sequentieanalyse nog gaande. Daarnaast worden reizigers uit zuidelijk Afrika die sinds 22 november jl. zijn teruggekeerd, opgeroepen om zich te laten testen via de GGD. Analyse hiervan vindt continu plaats in Nederlandse laboratoria.

#### *Reproductiegetal en ziekenhuis- en IC-opnames*

De meest recente schatting van het reproductiegetal  $R_t$ , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 25 november jl. op basis van Osiris: gemiddeld 0,97. Dit is vergelijkbaar met de waarde die vorige week werd gerapporteerd. De schatting van het reproductiegetal op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een aanzienlijk grotere onzekerheid, dit reproductiegetal is gemiddeld 1,00. Het reproductiegetal berekend op basis van nieuwe IC-opnames is gemiddeld 0,99.

De prognose op korte termijn op basis van het regressiemodel dat uitgaat van het beloop van de meldingen, toont dat de komende week het aantal ziekenhuis- en IC-opnames gaat dalen. Ook de simulaties met een transmissiemodel dat wekelijks gefit wordt op het aantal waargenomen IC-opnames per dag, en waar de beschikbare informatie over vaccinaties (CIMS, GGD'en), de effectiviteit van vaccins, en de geschatte opbouw van immuniteit door doorgemaakte infectie in wordt meegenomen, toont dat de bezetting van ziekenhuizen en de IC met COVID-19-patiënten een piek heeft bereikt.

Een verkenning van de mogelijke implicaties van toename van de nieuwe omikronvariant laat zien dat er nog veel onzekerheid is. Die geldt allereerst voor de relatieve toenamesnelheid ten opzichte van de deltavariant. Er worden verdubbelingstijden van 2 tot 3 dagen gerapporteerd uit Zuid-Afrika en het Verenigd Koninkrijk, en dat duidt op een mogelijk zeer snelle toename van het aandeel omikron in het aantal infecties. In die landen zijn er relatief weinig maatregelen genomen die de snelheid van verspreiding beogen te beperken. Er is onzekerheid of die relatieve groei wordt bereikt door ontsnapping aan de immuniteit die is opgewekt door natuurlijke infectie of vaccinatie of door een hoger besmettend vermogen of door een combinatie van deze twee. De eerste simulaties waarin mogelijke combinaties worden berekend, suggereren dat de omikronvariant, ook bij voortzetting van de huidige maatregelen, een mogelijke golf van infecties kan veroorzaken in de komende maanden met een grotere omvang dan de golf die we achter de rug hebben. Er is echter nog grote onzekerheid hoe ernstig infecties door omikron verlopen en wat de kans op ziekenhuisopname is na infectie met de omikronvariant. Als vaccinatie minder goed beschermt tegen ziekenhuisopname na infectie met omikron dan bij de deltavariant, is belangrijk in welke mate de bescherming is afgenomen, en hoe één en ander zich vertaalt naar een nieuwe golf van ziekenhuisopnames. Het OMT hoopt de komende week over meer gegevens te beschikken om voor de Nederlandse situatie en context, een meer gedetailleerd beeld te kunnen geven over deze ontwikkelingen, en mogelijkheid de toename te mitigeren met interventies.

#### Ad 3) Adviezen

Het OMT concludeert uit de gepresenteerde data en modellen over het verloop van de epidemie dat we voor de korte termijn over de huidige piek met de deltavariant heen lijken en dat het aantal besmettingen en het aantal opnames in ziekenhuizen en op de IC zal gaan dalen. De effecten van de maatregelen van 13 november zijn daarmee zichtbaar geworden. De effecten van de maatregelen van 28 november op de instroom in het ziekenhuis en op de IC zullen pas in de komende week zichtbaar worden. Indien de effecten daarvan optreden, wat de verwachting is, dan leidt dit tot een voorzichtig gunstig beeld met betrekking tot de golf veroorzaakt door deltavariant.

Zoals in het vorige advies is aangegeven, verwacht het OMT dat het pakket van maatregelen van 28 november, bovenop de effecten van de maatregelen van 13 november, het reproductiegetal verder kan doen dalen. Dit is uiteraard steeds afhankelijk van de mate waarin opvolging aan de maatregelen wordt gegeven. Het aantal nieuwe meldingen, de belasting van de hele zorgketen en de opnames in de ziekenhuizen en op de IC's zijn nog steeds hoog; te hoog om de afschaling van de reguliere zorg al terug te kunnen draaien. Gezien deze ontwikkelingen, adviseert het OMT om de maatregelen zoals die nu gelden in stand te houden tot ten minste na de feestdagen en de eerste week van januari.

Een tweede beeld is de situatie met betrekking tot de omikronvariant. Uit de eerste signalen vanuit de surveillance blijkt dat deze variant in Nederland aanwezig is. De verwachting is dat de omikronvariant in de komende weken de plaats van de deltavariant zal overnemen. De eerste modelmatige verkenning van de mogelijke implicaties van de omikronvariant, kent veel onzekerheden. Eén van de aan het OMT gepresenteerde modellen laat een mogelijk hoge piek in besmettingen en daarmee ook ziekenhuis- en IC-opnames in januari zien. Vanwege de onzekerheden, wil het OMT de komende week gebruiken om de situatie opnieuw te beoordelen, omdat er waarschijnlijk belangrijke gegevens over

ziekmakend vermogen beschikbaar komen. Ondertussen wordt zo veel mogelijk informatie over de nieuwe variant verzameld en welke invloed deze variant zal hebben op de epidemie, zoals de mate van besmettelijkheid, transmissie, kans op herinfectie, ziektelast en daarmee het effect op ziekenhuisopnames, en de bescherming door de huidige vaccins of door natuurlijke immuniteit om daarmee tot een meer betrouwbare inschatting te kunnen komen. Ook de rol van boosters zal dan worden beoordeeld, of eerder als daarover gegevens beschikbaar komen.

Naast de huidige maatregelen adviseert het OMT om:

- adviezen op te stellen en te communiceren over hoe men met kerst en de feestdagen het best om kan gaan met bijvoorbeeld het ontvangen van bezoek en het bezoeken van oudere familieleden, gebruik van zelftesten, hanteren van de basisregels, ed.;
- te benadrukken dat het ongewenst is om avondactiviteiten naar overdag of de vroege morgen te verplaatsen aangezien dat dit het effect van de avondlock-down beïnvloedt;
- te heroverwegen de basisscholen in december toch een week eerder te sluiten en in deze week over te gaan op het geven van online thuisonderwijs; zo wordt de in het vorige OMT-advies genoemde thuisbubbel voor de kerst en de feestdagen bereikt, om zoveel mogelijk besmettingen tijdens de kerstdagen naar oudere familieleden te voorkomen. Uiteraard is het nut van een gezinsbubbel afhankelijk van de wijze van opvang van de kinderen, die opvang zou dan zeker niet bij de grootouders moeten worden gelegd. Verder zou, net zoals bij eerdere keren, aandacht moeten zijn voor opvang van kinderen voor ouders met cruciale beroepen en de eerdere adviezen met betrekking tot de uitzondering voor de kwetsbare kinderen in speciaal onderwijs;
- maximaal in te zetten op de boostervaccinatie, zodat voor kerst ten minste de groep 60+ is gevaccineerd en zo snel mogelijk daarna kan worden gestart met de groep 60-;
- actief in te blijven zetten op een vaccinatiegraad in Nederland van meer dan 95%;
- het gebruik van CTB op dit moment niet aan te scherpen naar 2G of het CTB uit te breiden naar andere sectoren, maar de huidige maatregelen te continueren en vast te houden aan de basisregels onder andere met betrekking tot de veilige afstand;
- drukte in OV en met name treinen te voorkomen. In eerdere OMT-adviezen (103 en 109) is hier op gewezen. Vanwege drukte kan de afstand tot medereizigers en personeel niet altijd in acht worden genomen. Het vaker inzetten van kortere treinen helpt niet om de afstand tussen reizigers en personeel voldoende te houden. Deze situatie is onwenselijk en dit contrasteert met de algemene boodschap en basisregels om drukke plekken te vermijden;
- het mogelijk te maken dat personen een positieve zelftest gemakkelijk (digitaal) kunnen melden aan de GGD. In eerdere OMT-adviezen (110 en 132) is aangegeven dat om zicht te houden op het verloop van de epidemie en de effecten van maatregelen, een adequate registratie van het aantal positieve zelftesten (die niet in de GGD-teststraat worden geconfirmeerd) essentieel is;
- na te denken over scenario's hoe in de zorg om te gaan met een eventuele volgende piek op de IC en in het ziekenhuis vanwege de omikronvariant. Het OMT adviseert om verdere opschaling in de ziekenhuizen voor te bereiden; dit te staken indien nieuwe data over het effect van de omikronvariant op ziekenhuisopnames toch gunstig blijken (d.w.z. omikron weinig ziekmakend blijkt).

Het OMT benadrukt dat voortschrijdend inzicht ten aanzien van de omikronvariant, ten aanzien van besmettelijkheid, ziekmakend vermogen en verminderde bescherming van vaccinatie of doorgemaakte infectie,

ertoe kan leiden dat eerder dan nu de planning is, al specifieke adviezen over bestrijding worden uitgebracht.

#### Ad 4) Inzet FFP2-maskers

Om verspreiding in de zorg te voorkomen, is het belangrijk om bij de huidige hoge incidentie van SARS-CoV-2 preventief medische mondneusmaskers in te zetten in alle binnenruimtes met patiënten/cliënten en in situaties waarbij de 1,5 meter afstand houden voor medewerkers onderling niet mogelijk is. Hiervoor zijn voldoende medische mondneusmaskers voorradig.

Afhankelijk van de locatiegebonden context en de aard van de blootstelling bij een patiënt/cliënt, kan voor een chirurgisch mondneusmasker type IIR of een FFP2-masker worden gekozen, zoals is beschreven in de richtlijnen die zijn besproken in eerdere OMT-adviezen (79 en 97). De huidige epidemiologische situatie is geen reden voor het OMT om het eerder ingestelde mondneusmaskerbeleid te wijzigen. Het dragen van een mondneusmasker is onderdeel van een samenhangend pakket van infectiepreventiemaatregelen. Deskundigen op het gebied van veilig en gezond werken en infectiepreventie, kunnen op basis van een risico-inschatting beoordelen welke beheersmaatregelen passend zijn en of aanscherping nodig is.

#### Ad 5) Isolatie duur en her-testen bij personen recent teruggekeerd uit zuidelijk Afrika

Aan het OMT is een voorstel voor aanpassing van werkwijze met betrekking tot isolatie duur en her-testen bij personen recent teruggekeerd uit zuidelijk Afrika ter accordering voorgelegd.

Het voorstel houdt in:

- Alle COVID-19-positief geteste personen die terugkeren en asymptomatisch zijn, vanuit zuidelijk Afrika, op dag 5 na terugkeer nogmaals testen met PCR en bij een positieve uitslag ten minste nog 5 dagen in isolatie laten gaan, gerekend vanaf de tweede testafname.
- Personen die na terugkeer symptomen ontwikkelen dienen direct getest te worden en gaan bij een positieve uitslag in isolatie tot ten minste 10 dagen na terugkeer, én 7 dagen na de eerste ziektedag én 1 dag klachtenvrij.

Het OMT kan zich vinden in dit voorstel en adviseert hierbij om deze aanpak niet te beperken tot reizigers uit zuidelijk Afrika, maar het te laten gelden voor alle reizigers uit landen met een VOC. Verder zal het OMT in een volgend overleg meer in detail kijken naar het brede beleid voor testen, isolatie en quarantaine met betrekking tot reizigers en in het kader van de opkomst van de omikronvariant, en nagaan welke aanpassingen gezien de actuele ontwikkelingen gewenst zijn.

#### BAO-advies

Het BAO, dat op 13 december bijeengekomen is, heeft kennis genomen van het OMT advies. Het BAO begrijpt dat er nog veel onzeker is over de omikronvariant maar dat wat er nu bekend is, niet geruststellend is. Dit zal opnieuw veel van de samenleving vragen bij het langer moeten naleven van maatregelen.

Het BAO vindt het advies om de maatregelen op korte termijn in stand te houden navolgbaar. Het BAO onderschrijft het risico van kinderen op de lagere school die slechts enkele dagen na afloop van de schoolweek kerst vieren met eventueel kwetsbare familieleden zoals grootouders. Het BAO is echter van mening dat onduidelijk is of het sluiten van scholen daar een

oplossing voor is, omdat veel kinderen, vanwege werk van ouders, dan toch elders moeten worden opgevangen.

Daarnaast heeft het sluiten van scholen, ook al is dat maar een week, ook negatieve gevolgen, bijvoorbeeld voor kinderen uit kwetsbare gezinnen. Het BAO vraagt aandacht voor de uitvoeringsaspecten van aanpassingen in vaccinatie en testbeleid.

## **2. Sociaal Maatschappelijke en Economische Reflectie en maatschappelijk beeld en uitvoeringstoets**

Voor de besluitvorming van 14 december 2021 is er, naast het epidemiologisch beeld en OMT-advies, zoals gebruikelijk rekening gehouden met het maatschappelijk beeld volgens de inzichten van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), reflecties op de maatregelen volgens de inzichten van het SCP en de Ministeries van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (de «Trojka») en met uitvoeringstoetsen op de maatregelen door andere departementen, de gedragsunit van het RIVM, de Nationale Politie, de veiligheidsregio's en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Ook de gedragsreflectie op het maatregelenpakket van het SCP en RIVM Corona Gedragsunit treft uw Kamer aan in de bijlagen.

### Maatschappelijk beeld en reflectie SCP

Het SCP stelt dat veel maatregelen ingrepen op de kern van het sociale leven van jongeren, terwijl contacten met leeftijdsgenoten juist voor hen belangrijk zijn vanwege de ontwikkeling van hun identiteit. De afname in het psychisch welbevinden en toename van enige tot sterke eenzaamheidsgevoelens was bij jongeren en jongvolwassenen het grootst. Het SCP verwacht dat nieuwe forse beperkingen een versterkt negatief effect kunnen hebben, omdat de effecten van eerdere maatregelen nog niet geheel zijn hersteld. Het SCP geeft aan dat scholen een belangrijke sociaal-maatschappelijke functie hebben. Dit geldt vooral voor de kinderen in zorgwekkende gezinssituaties. Juist de laatste week voor de kerstvakantie staat in de meeste scholen in het teken van sociale activiteiten en gezelligheid. Tegelijkertijd zijn er ook grote zorgen onder docenten, ouders en sommige leerlingen zelf vanwege het hoge aantal besmettingen onder kinderen, en de veilige leer- en werkomgeving. Het verlengen van de kerstvakantie zal op deze korte termijn voor een deel van de werkende ouders lastig op te vangen zijn. Niet iedereen heeft de mogelijkheid om een week extra vakantie van het werk op te nemen.

Het SCP geeft aan dat er veel zorgen zijn over de gevolgen van de crisis voor jongeren en jongvolwassenen. De gezondheidsrisico's van het virus zijn voor hen tot nu toe lager gebleken dan voor oudere leeftijdsgroepen, maar de gevolgen van de genomen maatregelen blijken aanzienlijk. Het is belangrijk dat jongeren, onderwijzend personeel en ouders steun krijgen bij hun zorgen of mentale klachten. Hier wordt tot nu toe onvoldoende op geanticipeerd volgens het SCP. Er verschijnt tevens steeds meer onderzoek dat wijst op problemen rond toegenomen isolement, drugs- en alcoholgebruik en gebrek aan perspectief onder jongeren en jongvolwassenen. Het SCP refereert naar onderzoek van het RIVM naar de voorkeuren van mensen over mogelijke opschaling van maatregelen dit najaar. Volgens het RIVM volgen drie belangrijke principes uit de redeneringen van mensen: kies effectieve maatregelen, kies maatregelen die tot weinig negatieve (lange termijn) effecten leiden en kies generieke maatregelen in plaats van maatregelen die een specifieke groep of gebied raken. De gevolgen van de maatregelen kunnen wel groter zijn voor specifieke groepen. Daarom adviseert het SCP om gericht flankerend

beleid te voeren en om daarbij lokale partners (gemeenten, instellingen, bedrijven, sociaal domein) te steunen om op een verantwoorde manier werk, voorzieningen of hulp zoveel mogelijk overeind te houden. Voor aanbevelingen en goede praktijken op dit gebied verwijzen zij naar de advisering door de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving en de rapportages van onder meer de Commissie Halsema (2020) en de VNG-Commissie Depla (2021).

Het SCP wijst er tevens op dat bij eerdere forse ingrepen een gezamenlijke dreiging werd ervaren in het rondwaren van het coronavirus. Die dreiging wordt momenteel door een deel van de bevolking in mindere mate ervaren (o.a. vanwege de vaccinatiegraad). Dit zet de naleving van maatregelen onder druk, maar kan ook de wrijving in de samenleving doen toenemen. In combinatie met in eerdere adviezen gesignaleerde stigmatisering van groepen kunnen de sociale spanningen toenemen. Zij adviseren hiermee rekening te houden, zodat tegenstellingen niet onbedoeld worden aangewakkerd, en om in naleving en communicatie een duidelijke en voorspelbare overheid te zijn. Het SCP noemt het belangrijk dat maatregelen gedragen worden door de samenleving en dat er gedeeld eigenaarschap wordt ervaren (het collectieve activraagstuk dat het SCP meermaals aan de orde stelde). Indien dit niet gebeurt, is het risico groot dat mensen de regels, vooral als zij minder dreiging voor hun gezondheid ervaren, nog minder vanuit zichzelf zullen naleven. Het is tevens van belang dat maatregelen vooraf en samen met sectoren worden besproken, en worden getoetst op uitvoerbaarheid.

Het SCP geeft mee dat bij veel onderwerpen, zoals bijvoorbeeld opvattingen over vaccinatieplicht of de mate waarin de overheid al dan niet strenger moet ingrijpen, de Nederlandse bevolking niet in twee kampen (voor of tegen) in te delen is. Er is een grote variëteit aan meningen, maar het is de meest scherpe tegenstelling die snel naar voren komt in het publieke debat. Veelal is er ook grote groep die in het midden zit. Het SCP verzoekt daar in uitingen over polarisatie in de samenleving rekening mee te houden. Polarisation veronderstelt twee tegenover elkaar staande groepen. Het SCP stelt dat de werkelijkheid ingewikkelder in elkaar zit en dat daarom de woordkeuze van belang is.

Het SCP benadrukt het advies om helder en transparant te communiceren over de besluitvorming, meer voorspelbaar te zijn in gehanteerde oplossingsrichtingen die ten grondslag liggen aan de te nemen besluiten als het virus opleeft, en de aanpak van de maatschappelijke effecten van het coronavirus onderdeel te maken van langetermijnbeleid dat zich richt op reeds bestaande maatschappelijke vraagstukken die door COVID-19 nog zichtbaarder zijn geworden. Zij wijzen op verschillende onderzoeken die hebben laten zien dat mensen het steeds lastiger vinden om te begrijpen waarom sommige gedragsregels in de ene situatie wel gelden en in de andere situatie niet. Het blijft tevens belangrijk het doel en de effectiviteit van bestaande of nieuwe maatregelen helder te onderbouwen. Daarbij dienen alle afwegingen bij de keuzes inzichtelijk te zijn, ook inzichten over gedrag en samenleving, zeker als effectiviteit van maatregelen onzeker is. Deze informatie moet voor iedereen te begrijpen en toegankelijk zijn. Als dit niet het geval is, kan dit het draagvlak voor beleid ondermijnen en kan toenemend onbegrip maatschappelijke tegenstellingen verscherpen.

Ten aanzien van afstandsonderwijs geeft het SCP aan dat de maatschappelijke effecten van het afstandsonderwijs groot zijn. Zij adviseren daarom het open houden van scholen zoveel mogelijk te prioriteren. Over een eventuele vervroeging of verlenging van de kerstvakantie op scholen adviseren zij nadrukkelijk de uitvoerbaarheid en gevolgen ervan te toetsen bij de onderwijssector. Tot slot wijst het SCP op de risico's van stigmati-



sering van groepen die in crisissituaties ontstaat. Stigmatisering kan tegenstellingen tussen bevolkingsgroepen verder verscherpen en leiden tot grotere spanningen en sociale wrijving in de samenleving. Zij adviseren om ook de opvattingen van de grote middengroep in ons land serieus te nemen en nadrukkelijk mee te nemen in de communicatie en informatievoorziening.

### Sociaal-maatschappelijke en economische reflectie Trojka

Uit de sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de Ministeries van SZW, EZK en FIN (Trojka) blijkt dat verlenging van de kerstvakantie in het onderwijs vanuit sociaal-maatschappelijk en economisch (SME-) perspectief onwenselijk is. Zij geven aan dat veel leerlingen eerder achterstanden hebben opgelopen en onderwijs niet kunnen missen. De structurele schade is reeds groot op het vlak van onderwijs en psychische gezondheid. Met name de leerachterstanden zijn niet zomaar te herstellen met flankerend beleid. Daarnaast stelt de Trojka dat een langere kerstvakantie leidt tot extra belasting van ouders en kinderopvanginstellingen. Uit eerdere ervaringen blijkt dat ongeveer 50% van de kinderen toch opgevangen moet worden op school vanwege cruciale beroepen, wat de effectiviteit van de maatregel ondergraaft. Het alternatief van opvang thuis maakt dat ouders met jonge kinderen lastig thuis kunnen werken. Zij zullen andere oplossingen zoeken zoals opvang door de grootouders of in andere verbanden, hetgeen de doelstelling verder ondergraaft. De Trojka concludeert dat het vanuit SME-perspectief niet proportioneel is om scholen te sluiten en daarmee thuisbezoek door ouders tijdens de kerstdagen mogelijk te maken. Vanuit SME-perspectief is het wenselijker om familiediners uit te stellen tot nieuwjaarsavond en tevens in te zetten op het gebruik van zelftests.

De Trojka stelt ten aanzien van een verruiming van de sluitingstijden dat deze grote SME-baten heeft, mits deze verruiming duurzaam is. De huidige avondlockdown brengt hoge SME-kosten met zich mee, constateert de Trojka. Het hele economische en sociale leven buiten de thuissituatie is immers stilgelegd na een reguliere werkdag. Veel ondernemers kunnen niet meer op volle kracht ondernemen. Sluiting om 17.00 uur betekent voor veel ondernemers doordeweeks een de facto sluiting, omdat zij het moeten hebben van de avonduren. Ook zijn de mogelijkheden voor sociaal verkeer, sport en ontspanning aanzienlijk ingeperkt, vooral voor werkenden met weinig flexibiliteit in werkuren. Het mentaal welzijn van veel mensen (met name jongeren) staat al onder druk en dat werkt door op andere terreinen. Kwetsbare jongeren zijn meer gaan drinken en blowen tijdens de pandemie, door eenzaamheid, stress, angst of recalcitrantie (Antenne Regiomonitor). Een kwart van de jongeren is psychisch ongezond blijkt uit cijfers van het CBS. De Trojka pleit voor een verruiming van de sluitingstijden naar 20.00 uur vanwege grote SME-baten en tevens een betere spreiding van bezoekersstromen. Tegelijkertijd constateert de Trojka dat de schade van jobbeleid groot is. Nu versoepelen om vervolgens op korte termijn weer aan te moeten scherpen leidt tot extra SME-kosten. De Ministeries van SZW, EZK en FIN geven daarom aan dat versoepelen vanuit SME-perspectief alleen wenselijk is als dit vanuit epidemiologisch perspectief duurzaam kan. De samenleving heeft behoefte aan rust en stabiliteit en steeds weer omschakelen vergt mentaal veel van de samenleving. Ditzelfde geldt voor ondernemers die steeds weer hun bedrijfsvoering moeten aanpassen en personeel moeten inroosteren. Jobbeleid doet daarom ook afbreuk aan het draagvlak voor huidige en toekomstige maatregelen.

Tot slot geeft de Trojka aan dat het verhogen van de immuniteit via vaccinatie een hoeksteen blijft voor voorkoming van overbelasting van de zorg en ingrijpende vrijheid beperkende maatregelen, zoals een avond-lockdown. Zij verwijzen naar verschillende landen (Duitsland, Oostenrijk, Italië, de Verenigde Staten) die nieuw beleid hebben aangekondigd om de vaccinatiegraad verder te verhogen en veilige opening te faciliteren, waaronder 2G en financiële prikkels. Hoewel dergelijke opties verstrekkend zijn, verdienen ze volgens de Trojka een gedegen overweging met het oog op de hoge gezondheidskosten en SME-kosten van overbelasting van de zorg en lockdowns.

### **3. Maatregelen**

Sinds 28 november 2021 geldt in Nederland een *lockdown* in de avond. Dit betekent dat in de avond strengere maatregelen gelden dan overdag. Deze lockdown bestaat uit een generiek pakket aan maatregelen dat hoofdzakelijk ziet op het sluiten van locaties tussen 17.00 uur en 05.00 uur. Dit pakket heeft als doel om het aantal contacten en reisbewegingen te verminderen. Hiermee wordt beoogd te komen tot een acceptabele belasting van de zorg, kwetsbaren in de samenleving te beschermen en zicht houden op en inzicht hebben in de verspreiding van het virus. Het OMT heeft in haar 133<sup>e</sup> advies aangegeven dat verwacht wordt dat het pakket dat geldt sinds 28 november jl., bovenop de effecten van de maatregelen die gelden sinds 14 november jl., het reproductiegetal verder kunnen doen dalen. Uiteraard hangt dit sterk af van de mate waarin opvolging wordt gegeven aan de maatregelen en adviezen. Het OMT constateert ook dat het aantal nieuwe besmettingen, de belasting van de hele zorgketen, waaronder de opnames in de ziekenhuizen en op de IC's, nog steeds te hoog zijn. Bovendien geeft het OMT een zorgwekkend signaal af over de ontwikkeling van de nieuwe virusvariant omikron, waarbij het OMT aangeeft dat er nog veel onzekerheden zijn, zoals toegelicht in paragraaf 1.

Gegeven het epidemiologische beeld, het effect van het huidige maatregelenpakket en de onzekerheden ten aanzien van de omikronvariant, adviseert het OMT om de maatregelen zoals die op dit moment gelden, in stand te houden tot ten minste na de feestdagen en de eerste week van januari. Daarnaast geeft het OMT aan dat de opkomst van de omikronvariant het belang onderstreept van schoolsluiting in het primair onderwijs, ten einde de overdracht van het coronavirus te vertragen en dus de besmettingskans van kinderen te verminderen. Het kabinet neemt deze adviezen over en heeft vandaag besloten om het huidige maatregelenpakket voort te zetten tot 15 januari 2022 05.00 uur. Het primair onderwijs en de buitenschoolse opvang (hierna: BSO) zijn, in aanvulling op de kerstvakantie, in week 51 gesloten. Dit wordt hieronder nader toegelicht. Het volgende besluitvormingsmoment is voorzien op 14 januari 2022. Zoals genoemd in paragraaf 1 van deze brief heeft het OMT aangegeven indien nodig, eerder dan nu de planning is, te komen tot een aanvullend advies. Het kabinet zal deze situatie nauw blijven monitoren en wanneer noodzakelijk op een eerder moment besluiten tot eventuele aanvullende maatregelen.

Met de verlenging van het maatregelenpakket wordt ook het steunpakket verlengd. Uw Kamer ontvangt vandaag in een separate brief hierover nadere informatie.



In het 133<sup>ste</sup> advies heeft het OMT opnieuw geadviseerd om te heroverwegen de basisscholen in december een week eerder te sluiten en eventueel in deze week over te gaan op het geven van online thuisonderwijs, zo kan de thuisbubbel voor de kerst en de feestdagen worden bereikt, om zoveel mogelijk besmettingen tijdens de kerstdagen naar oudere familieleden te voorkomen. Het kabinet heeft tot op heden het effect op de verspreiding van het virus afgezet tegen de nadelige effecten voor leerlingen, scholen en ouders/verzorgers en heeft om die reden niet eerder besloten om de kerstvakantie met een week te vervroegen. Het OMT benadrukt in zijn aanvullend advies op het 133<sup>ste</sup> advies het belang van schoolsluiting in het primair onderwijs vanwege de opkomst van de omikronvariant. Het OMT maakt zich daar grote zorgen over. Naar aanleiding van het aanvullend OMT-advies en met het oog op de kerstdagen, heeft het kabinet besloten om de basisscholen en de scholen voor speciaal (basis)onderwijs, van 20 tot en met 24 december te sluiten (week 51), datzelfde geldt voor de buitenschoolse opvang (BSO). Daarnaast krijgen ouders het dringend advies om in de thuisbubbel te blijven. De BSO gaat na 24 december weer open. De opening van de BSO wordt meegewogen in de algehele besluitvorming van het kabinet, mede op basis van het aankomende OMT-advies.

Het kabinet is zich ervan bewust dat er de afgelopen maanden veel op de scholen is afgekomen. Leraren, schoolleiders, besturen en pedagogisch professionals geven aan dat zij tegen de grenzen van de mogelijkheden aanlopen en de werkdruk deze periode als erg hoog hebben ervaren. Het kabinet vindt dan ook dat het besluit van het sluiten van de scholen niet moet leiden tot onwerkbaar situaties of extra werkdruk voor het onderwijspersoneel en pedagogische professionals. Daarom is er geen verplichting tot onderwijs op afstand, wel om in noodopvang te voorzien. Scholen en BSO wordt gevraagd dit per maandag 20 december te organiseren, maar er is een uitloop naar dinsdag 21 december voor die organisaties die iets meer tijd nodig hebben.

Het kabinet realiseert zich tevens dat dit besluit extra inspanning vraagt van ouders/verzorgers. Voor hen geldt het dringende advies om de kinderen in een thuisbubbel te houden. Werkgevers wordt met klem gevraagd om rekening te houden met werknemers die werk en zorg voor hun kinderen moeten combineren. Voor kinderen in een kwetsbare positie en kinderen van wie één of beide ouders/verzorgers werken in een cruciale beroepsgroep, geldt dat ouders een beroep kunnen doen op noodopvang bij de basisschool en de BSO (vanaf uiterlijk dinsdag 21 december).

Deze maatregel wordt aangevuld met het dringende advies van het kabinet om te zorgen dat kinderen zoveel mogelijk in thuisbubbel blijven, en dus ook zo min mogelijk op pad gaan in de week voor kerst (geen uitjes en bezoeken aan bioscopen, pretparken, dierentuinen etc.). Scholen leveren noodopvang tijdens de schooluren en de BSO gedurende de reguliere openingstijden van de BSO voor kinderen van ouders die een contract met de BSO hebben.

Deze maatregel geldt specifiek voor basisscholen en scholen voor speciaal (basis)onderwijs vanwege het feit dat besmettingen hier momenteel relatief hoog zijn, met name door feit dat kinderen (nog) niet gevaccineerd zijn. Voor scholen in het voortgezet (speciaal) onderwijs handhaven we tot de kerstvakantie het huidige pakket aan maatregelen. Het kabinet vraagt ouders om met de kinderopvangorganisatie samen een oplossing te vinden voor de kinderopvanguren van deze 4 dagen. Daar het vooralsnog gaat om maximaal vier/vijf dagdelen buitenschoolse opvang,

wordt niet voorzien in een tegemoetkomingsregeling voor deze sluitingsperiode.

Mocht het kabinet besluiten om de BSO gedurende een langere periode te sluiten, dan zal het kabinet bekijken of ouders – naar analogie van de eerder tegemoetkomingsregelingen tijdens de twee sluitingen van de kinderopvang – een tegemoetkoming kunnen ontvangen. Het kabinet roept ouders op om wijzigingen in hun kinderopvanggebruik door te blijven geven aan Toeslagen. Dit om terugvorderingen of nabetalingen achteraf te minimaliseren.

### Adviezen

Op 26 november jl. zijn de adviezen die gelden ter bestrijding van COVID-19 aangevuld en aangescherpt. Dit geldt voor het thuisbezoekadvies, het contactadvies voor personen van 70+, het zelftestadvies, het buitenlands reisadvies en het thuiswerkadvies. Deze adviezen luiden:

- Ontvang maximaal 4 gasten per dag thuis (kinderen tot en met 12 jaar uitgezonderd) en ga zelf maximaal één keer per dag op bezoek.
- Contactadvies 70+ wordt aangescherpt: Beperk contacten, ook met (klein)kinderen en houd 1,5 meter afstand, ook van hen. Het kabinet heeft er, op advies van het OMT, voor gekozen om geen uitzondering te maken voor de feestdagen.
- Ontvang je bezoek of ga jezelf op bezoek, doe van te voren een zelftest.
- Buitenlands reisadvies: «Volg de reisadviezen van Buitenlandse Zaken».
- Thuiswerkadvies: «Werk thuis. Kan dat niet: houd op werk altijd 1,5 meter afstand». Dit wordt onderstaand nog nader toegelicht.
- Het binnenlands reisadvies wordt aangescherpt, en luidt vanaf nu «Blijf zoveel mogelijk thuis. Toch de deur uit: beperk je contacten en houd afstand.»

Deze adviezen en de maatregelen gelden ook tijdens de feestdagen. Dit is een harde boodschap, maar gezien de epidemiologische situatie is dit onvermijdelijk. Feestdagen zijn traditiegetrouw juist het moment om samen te komen. Het kabinet is zich er dan ook terdege van bewust dat dit maatregelenpakket en de geldende adviezen een enorme beperking opleveren voor het vieren van de feestdagen zoals velen gewend zijn. Het kabinet roept echter iedereen nadrukkelijk op om zich te houden aan de maatregelen en opvolging te geven aan de adviezen. Dit omdat het vanwege de epidemiologische situatie noodzakelijk is om zo het aantal besmettingen te voorkomen, kwetsbaren te beschermen en de zorg voor iedereen toegankelijk te houden.

### Thuiswerken

Thuiswerken blijft een effectief middel om besmettingen tegen te gaan, doordat het aantal contacten dat mensen hebben onderweg naar en op het werk wordt verminderd. Recente RIVM metingen laten een stijgende lijn zien in de opvolging van het thuiswerkadvies. Zo is het percentage van de werktijd van mensen die kunnen thuiswerken en ook daadwerkelijk thuiswerken, gestegen van 53% (eind oktober) naar 66,5% (eind november). Het aandeel volledig thuiswerkenden onder werkenden voor wie het mogelijk is om thuis te werken steeg van 58,3% (eind oktober) naar 64,9% (eind november). Het kabinet spreekt zijn waardering uit naar al die werkgevers en werknemers die gehoor geven aan het dringende advies van het kabinet. Er is echter nog ruimte voor verbetering. Tegelijkertijd beseft het kabinet dat veel mensen grote delen van hun tijd al heel lang thuiswerken. Dat is niet altijd makkelijk. Specifieke aandacht voor het welbevinden van thuiswerkers blijft noodzakelijk. Daarom blijft het kabinet het thuiswerkadvies met tips en informatie onder de aandacht brengen via

www.rijksoverheid.nl, www.hoewerktnederland.nl, www.zowerkthet.nl en via sociale media.

Werknemers die echt niet thuis kunnen werken roept het Kabinet op de drukte te mijden en buiten de spits te reizen.

Sinds 15 november jl. heeft de Inspectie SZW 165 meldingen ontvangen rond thuiswerken. Daarbij kan het gaan om een breed scala aan daadwerkelijke onderwerpen, zoals werkenden die niet voldoende middelen krijgen om goed thuis te werken, collega's die ondanks ziekte toch naar werk komen, werkenden die niet de ruimte krijgen om thuis te werken, etc. Per melding wordt bezien of en afhankelijk van de aard van de melding hoe deze wordt opgepakt. De Inspectie heeft regelmatig telefonisch contact met werkgevers. Vrijwel altijd blijkt dat telefonisch contact effectief is om een gedragsverandering te bewerkstelligen

#### *Naleving, controle en handhaving*

In het debat over ontwikkelingen rondom het coronavirus van 1 december jl. is aan uw Kamer een plan van aanpak voor naleving, controle en handhavingsmogelijkheden toegezegd. Dit plan ontvangt u vandaag in een separate brief van de Minister van Justitie en Veiligheid.

### **4. Aanpak voor deze en komende winter(s)**

#### Aanleiding

Hoe het virus zich deze winter en de komende jaren precies gaat ontwikkelen is onzeker, maar één ding is wel zeker: we zullen moeten leren leven met het virus. De mate waarin en hoeveel last we daarvan hebben, is moeilijk te voorspellen. De vaccins werken goed (zeker met de boostervaccinaties), maar toch moeten we nadenken over mogelijke maatregelen. Ook hebben we te maken met de nieuwe variant omikron, waarvan de kenmerken en gevolgen op dit moment nog onzeker zijn. Wat we wel al weten, is dat deze variant zich veel sneller verspreidt dan de op dit moment dominante deltavariant. Tegelijkertijd is het belangrijk om na bijna twee jaar met het coronavirus onder ons ook het instrumentarium te herijken. Het kabinet onderschrijft de roep vanuit de samenleving en vanuit beide Kamers om een perspectief voor de lange termijn in de bestrijding van corona en om voorbereid te zijn in geval van een nieuwe pandemie.<sup>2</sup>

Gegeven de genoemde onzekerheden en het feit dat het virus langere tijd onder ons zal zijn, werkt het kabinet aan een aanpak die, met inbegrip van alle onzekerheden, op langere termijn duurzaam kan zijn. Deze aanpak heeft tot doel zo veilig en zo open mogelijk deze winter en de periode daarna door te komen, waarbij de vier doelstellingen, die het kabinet hanteert in de bestrijding van COVID-19 in elk geval centraal blijven staan: (1) een acceptabele belasting van de zorg, (2) het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving, (3) zicht houden op en inzicht hebben in de verspreiding van het virus en (4) het beperken van economische en maatschappelijke schade. In deze brief schets ik het proces om

<sup>2</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 1533 en 35 961, nr. 16; toezegging aan het lid Omtzigt over meenemen nadere analyse, ook t.a.v. situatie in andere delen van Europa in langetermijnstrategie; toezegging om herijking lange termijn en een reflectie op genoemde 5 thema's te doen i.s.m. alle betrokken partijen; toezegging aan het lid Karakus om in plan van aanpak terug te komen op scenario's WRR KNAW; toezegging om voor tweede helft winter een taskforce op te zetten, niet alleen op het thema van de centrering van zorgcapaciteit in een regio maar ook op het thema van het optimaliseren van de inzet van zorgpersoneel, en uitkomsten betrekken bij herijking aanpak; toezegging aan het lid Bikker dat het kabinet in het eerste kwartaal van 2022 terugkomt met een kabinetsreactie op de scenario's van de WRR en de KNAW.

tot een aanpak voor de lange termijn te komen. Het kabinet onderscheidt hierbij drie sporen:

**Figuur 1: Lange termijn aanpak.**



- **Herijking van de huidige aanpak COVID-19 (korte termijn):** In het eerste spoor wil het kabinet voor de tweede helft van deze winter (korte termijn, Q1 2022) komen tot een herijking van de huidige aanpak corona. Hierover zal ik uw Kamer eind januari 2022 informeren. Deze herijking zal tevens als basis dienen voor het tweede spoor.
- **Plan paraatheid COVID-19 (lange termijn):** In het tweede spoor wil het kabinet een plan van paraatheid COVID-19 voor de volgende winter en daarna (lange termijn, Q2-Q4 2022 en verder) uitwerken. Wat is nodig ná deze winter? De door de KNAW en de WRR opgestelde scenario's van 2 september jl. bieden ons daarvoor goede handvatten. Hierover zal ik uw Kamer in februari 2022 informeren.
- **Pandemische paraatheid:** Het derde spoor richt zich niet op COVID-19, maar op het voorbereiden voor toekomstige pandemieën, een zogenaamde pandemische paraatheid (lange termijn). Hierover zal ik uw Kamer in het eerste kwartaal van 2022 informeren.

In onderstaande paragrafen worden voor elk spoor het voorgestelde proces en aanpak toegelicht. Tot slot wordt de toekomstige inzet van het juridische instrumentarium toegelicht, als onderdeel van het plan paraatheid COVID-19 voor de lange termijn (spoor 2).

#### Aanpak Corona korte en middellange termijn (spoor 1 en 2)

Om tot een aanpak voor deze en komende winters te komen, zullen we voorbereid moeten zijn op verschillende scenario's. In de Kamerbrief van 14 september jl.<sup>3</sup> staat een drietal scenario's door het kabinet omschreven, als onderdeel van de Aanpak Najaar 2021<sup>4</sup>: 1) Endemische fase, 2) Oplevingen, 3) Doorbraak van opgebouwde immuniteit. Deze scenario's zijn opgesteld op basis van de adviezen van het OMT over de verwachte onzekerheden over het verloop van het virus afgelopen najaar (116<sup>e</sup> en 117<sup>e</sup> OMT-advies) en de vijf scenario's, zoals door de KNAW en WRR genoemd in hun advies «*Navigeren en anticiperen in onzekere tijden*» (2 september jl.). Het verloop van het virus bepaalt met welk scenario wij te maken krijgen. Het is aan ons om voor nu en op de lange termijn voorbereid te zijn op het meest waarschijnlijke scenario en dat van een aanpak te voorzien. Op dit moment hebben we te maken met scenario 2, waarbij we weten dat we met oplevingen te maken zullen krijgen. De mate

<sup>3</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

<sup>4</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1409.

waarin mogelijke oplevingen plaatsvinden is onzeker, evenals de mogelijke effecten die de nieuwe omikronvariant kan hebben.

Tegen de achtergrond van een onzeker verloop van het virus, vergt een aanpak in de bestrijding van COVID-19 een balans tussen 1) het beschermen van kwetsbare mensen, 2) beheersbare druk op de zorg, 3) een open samenleving en 4) bescherming van individuele vrijheden. We moeten met elkaar een groot aantal vraagstukken beantwoorden rondom diverse thema's, zoals de inzet van maatregelen, de organisatie van de zorgcapaciteit en het op peil houden van de dijkbewaking.

Veel van deze thema's kennen dilemma's en vergen lastige afwegingen, met name daar waar deze individuele vrijheden en verantwoordelijkheden en het collectief belang elkaar raken. Op welke manier kunnen we elkaar blijven ontmoeten en samen dingen doen zonder dat de toegankelijkheid van de zorg afneemt en individuele vrijheden moeten worden ingeperkt? De afgelopen periode heeft laten zien dat het belang van het idee dat zowel de zorg als de samenleving voor iedereen toegankelijk is, breed wordt gedeeld en gevoeld. Echter, de realiteit is ook dat het niet mogelijk is om alles te doen. Niet aan alle belangen kan op hetzelfde moment tegemoet gekomen worden, zolang we het virus moeten bestrijden. We zullen de dilemma's moeten benoemen en daarin keuzes moeten maken. Als we de samenleving open willen houden en geen maatregelen willen treffen die een (gedeeltelijke) *lockdown* tot gevolg hebben, zijn we dan bereid voor een verdergaande inzet van het coronatoegangsbewijs (CTB) op basis van 2G (gevaccineerd of genezen) te kiezen? Of zijn andere instrumenten of innovaties voorhanden die ons beschermen als we de samenleving open willen houden? Deze dilemma's moeten ook vanuit grondwettelijk oogpunt worden gezien: in hoeverre mag het individuele recht van de één het recht van een ander beperken? Ook willen we dat de zorg toegankelijk blijft voor iedereen: voor patiënten mét een coronabesmetting, maar ook voor andere patiënten én voor diegenen die al lange tijd op zorg wachten. Het kabinet wil in de afwegingen van de genoemde dilemma's en belangen kijken wat we met elkaar kunnen doen om te komen tot een aanpak voor de tweede helft van deze winter (korte termijn, Q1 2022) en daarna (lange termijn, Q2-Q4 2022 en verder). Daarom herijkt het kabinet de huidige aanpak op basis van de volgende vijf thema's:

1. Interventiesystematiek cf. de huidige aanpak met leidende signaalwaarden
2. Maatregelen en instrumenten
3. Zorgcapaciteit
4. Normalisering besluitvormingsproces
5. Communicatie en gedrag

#### Maatschappelijke klankbordgroep en betrokkenheid diverse partijen

Het kabinet wil deze herijking en de verschillende sporen daarbinnen nadrukkelijk doen samen met een brede vertegenwoordiging uit de samenleving. Hiervoor wordt een maatschappelijke klankbordgroep ingericht met vertegenwoordigers van onder andere werknemers, werkgevers, gemeenten, onderwijs, zorg, horeca, evenementen, cultuur, sport, jongeren, ouderen en mensen met een beperking. Ik ga met deze vertegenwoordigers de komende weken in gesprek over genoemde dilemma's en welke stappen we met elkaar kunnen zetten om tot een duurzame aanpak te komen.

In onderstaande paragrafen wordt voor elk van de vijf thema's het voorgestelde proces toegelicht. Uw Kamer wordt eind januari geïnformeerd over de opbrengst van deze herijking op de vijf thema's en welke elementen betrokken zullen worden bij de actualisatie van de huidige

aanpak (spoor 1). De planning is om uw Kamer vervolgens eind februari 2022 te informeren over de opbrengst van de herijking t.b.v. spoor 2.

### Thema 1: Interventiesystematiek

In de huidige Aanpak Najaar wordt uitgegaan van twee leidende indicatoren: het aantal ziekenhuisopnames (7-daagsgemiddeld) en het aantal IC-opnames (7-daagsgemiddeld).

Op basis van deze indicatoren wordt Nederland ingedeeld in risiconiveau «waakzaam», «zorgelijk» of «ernstig». Daarnaast worden ook contextfactoren meegewogen in de besluitvorming, zoals het aantal gehospitaliseerde gevaccineerde en niet-gevaccineerde personen, het aantal besmettingen, de immuniteitsontwikkeling in de samenleving, de beschikbare ruimte op de IC op dat moment, de druk op de zorgketen als geheel en de sociaal maatschappelijke en economische situatie. Momenteel gelden de volgende signaalwaarden:

**Tabel 1: signaalwaarden.**

	Waakzaam	Zorgelijk	Ernstig
Ziekenhuisopnames (7 daagsgemiddeld)	< 40	40–100	> 100
IC-opnames (7 daagsgemiddeld)	< 10	10–25	> 25

Deze signaalwaarden zijn van belang voor de timing van ingrijpen door het kabinet. Hoe het kabinet besluit in te grijpen, is afhankelijk van de contextfactoren en het advies van het OMT. Er is besloten de huidige leidende indicatoren en signaalwaarden te herijken. Daartoe wordt de mogelijkheid onderzocht van het meer nadrukkelijk meewegen van andere factoren, zoals de omvang van de uitgestelde zorg of het toevoegen van een vroegsignaleringsindicator «positieve testen» in combinatie met het reproductiegetal. In dat kader wordt reflectie georganiseerd met onder andere het RIVM, GGD, het SCP, het CPB en andere experts op dit gebied. De uitkomsten van deze reflectie zullen ter advies aan het OMT worden voorgelegd. Hiermee voldoe ik aan de toezegging die ik in het debat van 1 december jl. aan uw Kamer heb gedaan om het OMT te vragen te reflecteren op de signaalwaarden van de interventiesystematiek.

### Thema 2: Maatregelen en instrumenten

Om tijdig, adequaat en weloverwogen in te kunnen grijpen moeten we goed zicht houden op het virus en bezien hoe we de komende jaren op een efficiënte en innovatieve manier onze systematiek van de dijkbewaking gaan organiseren.<sup>5</sup> In de bestrijding van COVID-19 zijn diverse maatregelen met bijbehorende instrumenten ontwikkeld als onderdeel van deze dijkbewaking: 1) monitoring, 2) testen en traceren, 3) vaccineren en 4) maatregelen. Met inzet van deze maatregelen en instrumenten wordt verspreiding van het virus tegengegaan en het verloop van het huidige virus gemonitord en eventuele nieuwe varianten opgespoord.

Ons belangrijkste doel is zorgen dat de beschermingsgraad op peil blijft om zoveel mogelijk te voorkomen dat mensen ernstig ziek worden of komen te overlijden. Daarbij is de vraag welke inzet nodig is op vaccinatie en boosters om de bescherming op peil te houden? Welke maatregelen zijn we bereid te nemen als de vaccinatiegraad stukt? De Gezondheidsraad en het OMT zijn reeds verzocht te adviseren over de vaccinatiestrategie COVID-19 op de middellange termijn (vanaf 2022). Bij de opzet van een toekomstige coronavaccinatiecampaagne wordt rekening

<sup>5</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1356.



gehouden met de lessen van het afgelopen jaar en met de verkenning van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving naar het vaccinatiestelsel in Nederland.

Daarnaast zetten we in op maatregelen die nodig zijn, gegeven de epidemiologische situatie op dat moment. De huidige maatregelen vallen uiteen in de volgende soorten: basismaatregelen (hygiënemaatregelen), bronmaatregelen (bijvoorbeeld isolatie, thuisblijven en testen bij klachten, reismaatregelen en quarantaine), contactbeperkende maatregelen (zoals de veilige afstand van 1,5 meter) en de inzet van coronatoegangsbewijzen. We ontkomen er waarschijnlijk niet aan om als samenleving een aantal van onze gewoonten te veranderen in de wetenschap dat het virus onder ons blijft. Daarbij rijst de vraag wat nodig is om de basis- en bronmaatregelen na te blijven leven? Wat vraagt dit van ons gedrag? Het gaat hier naar verwachting om gedragsaanpassingen die relatief weinig inbreuk doen op ons dagelijks leven maar die wel een wezenlijke bijdrage kunnen leveren aan het voorkomen van besmettingen. Maar zijn we bereid ons gedrag duurzaam aan te passen? En hoe maken we het met elkaar makkelijker om ons gedrag duurzaam aan te passen en hoe pakt hierin iedereen zijn verantwoordelijkheid?

Wanneer deze basis- en bronmaatregelen niet voldoende blijken te zijn, welke aanvullende maatregelen moeten dan worden ingezet? Kiezen we dan voor het treffen van contactbeperkende maatregelen of de inzet van coronatoegangsbewijzen (2G en 3G) om sectoren weer verantwoord te openen? Als we kiezen om te leven met de inzet van contactbeperkende maatregelen, gaan we dan op zoek naar andere verdienmodellen waarin geen overheidssteun meer nodig is en kijken hoe de sociale effecten kunnen worden beperkt? We moeten ook verder kijken. Zijn er bijvoorbeeld ook alternatieve manieren of innovatieve maatregelen denkbaar om verspreiding van het virus te voorkomen en zo kwetsbare mensen te beschermen en de zorg toegankelijk te houden voor iedereen? En welke wetgeving is noodzakelijk om maatregelen in de komende winters te kunnen nemen? Bij de inzet en herijking van deze maatregelen dient ook nadrukkelijk oog te zijn voor de uitvoerbaarheid, evenals de mate van naleving en de rol van handhaving, zeker op langere termijn. Bovendien heeft de coronacrisis zichtbaar gemaakt hoe belangrijk een gezonde leefstijl is. Overgewicht bij COVID-19-patiënten vergroot de kans op een ongunstig ziektebeloop met opname in het ziekenhuis tot op de IC tot gevolg. Mede omdat kleine veranderingen in de leefstijl binnen enkele weken een positief effect kunnen hebben op het immuunsysteem, is de «Fit op jouw manier» campagne ingezet. Juist voor de lange termijn werpt een gezonde leefstijl zijn vruchten af voor de belastbaarheid van de zorg. Daarom zal ook in de komende jaren het inzetten op gezondheid en mentale weerbaarheid van belang zijn en onverminderd prioriteit moeten krijgen, met speciale aandacht voor de groepen met gezondheidsachterstanden.

#### *Herijking inzet van maatregelen en instrumenten*

Voor de tweede helft van deze winter (korte termijn, Q1 2022) herijkt het kabinet de huidige maatregelen en instrumenten en kijkt of innovaties toegevoegd kunnen worden. Het kiezen welke maatregelen we inzetten vergt lastige afwegingen, met name daar waar de afwegingen individuele vrijheden en het collectief belang raken en waar maatregelen belangrijke neveneffecten hebben, zoals op economie en welzijn. Op welke manier kunnen we elkaar blijven ontmoeten en samen dingen doen zonder dat de toegankelijkheid van de zorg afneemt en individuele vrijheden moeten worden ingeperkt? De volgende maatregelen en instrumenten worden in ieder geval betrokken: basismaatregelen, contactbeperkende maatregelen,

inzet van CTB's, vaccineren, testen en traceren, reismaatregelen en monitoring. Hierbij is nadrukkelijk aandacht voor het op- en afschalen van instrumentarium en maatregelen. Dit dient in nauwe afstemming met uitvoeringsorganisaties te gebeuren, waaronder de GGD en Dienst Testen. Ook is ons gedrag van belang en welke inzet van onder andere communicatie daarbij nodig is.

#### *Overleg met betrokkenen*

Voor het ontwikkelen van een nieuwe aanpak is inspanning en kennis van eenieder nodig. Voor duurzame aanpassing van gedrag en maatregelen maken we allereerst gebruik van praktijkervaringen uit sectoren, onderzoeken en data, ook uit het buitenland. Welke maatregelen worden effectief bevonden, welke zijn lang vol te houden, welke maatregelen hebben relatief veel/weinig impact op de samenleving etc.? Deze inzichten bieden een basis voor de actualisatie van de aanpak voor de tweede helft van deze winter en de komende winters. Parallel aan deze inventarisatie organiseren we voor de kerst en begin 2022 een aantal sessies met creatieve en kritische denkers, wetenschappers, onderwijs, zorg en andere sectoren, jongeren, ouderen en kwetsbare groepen om van gedachten te wisselen over hoe de komende winters door te komen en nieuwe, innovatieve en creatieve ideeën daarvoor op te halen. Ook staat hierbij centraal wat door organisaties extra wordt gedaan om de inzet van iedereen en gewenst gedrag te bevorderen (bijv. inzet voor het verhogen van de vaccinatiegraad, uitdragen van het belang van testen en thuis blijven bij klachten, handen wassen, afstand houden, ventileren). De opbrengsten van deze sessies en genoemde inventarisatie worden vertaald in een aanpak voor de tweede helft van de winter, en een aanpak voor komende winter(s).

#### Thema 3 – Zorgcapaciteit

In de afgelopen 1,5 jaar van deze coronacrisis is er veel gebeurd in de zorg. De ziekenhuizen hebben circa 90.000 COVID-19-patiënten opgevangen, waarvan 16.000 op de IC. Een enorme opgave die door de inzet van professionals, bestuurders en betrokken partijen mogelijk is gemaakt. Continu is geleerd van elkaar door ervaringen te delen en zijn verbeteringen doorgevoerd. Zorgverlening die alleen mogelijk was (en is) door samenwerking in de gehele zorgketen. Om deze stroom van COVID-19-patiënten op te kunnen vangen heeft het kabinet fors geïnvesteerd in de opschaling van zorgcapaciteit. Zo is er, op basis van het Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)<sup>6</sup>, in de eerste piek opgeschaald naar 1.550 IC-bedden met bijbehorende klinische bedden. Ook zijn er maatregelen doorgevoerd op het vlak van onder meer de opleiding van personeel, vervoer, coördinatie, monitoring en informatiedeling. Voor de uitvoering van het plan is er voor de jaren 2020–2022 circa € 500 miljoen beschikbaar gesteld. Ook is er ingezet op opschaling van tijdelijke COVID-19-bedden buiten het ziekenhuis, welke voornamelijk zijn gerealiseerd in de sector van verpleeghuizen en verzorgingstehuizen (VV-sector) Daarnaast is het Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS) opgericht, dat sinds 25 maart 2020 al meer dan 4.600 bovenregionale verplaatsingen van COVID-19-patiënten heeft gerealiseerd, is er beademingsapparatuur en beschermingsmateriaal ingekocht en is zowel de samenwerking in de hele zorgketen als de internationale samenwerking versterkt. Ook is een tijdelijk beleidskader opgesteld met afspraken over het verantwoord afschalen van de reguliere zorg.

<sup>6</sup> [www.lnaz.nl/cms/files/opschalingsplan\\_covid-19\\_def.pdf](http://www.lnaz.nl/cms/files/opschalingsplan_covid-19_def.pdf).



De beschikbaarheid van voldoende zorgprofessionals is op dit moment een belangrijke beperkende factor bij het anticiperen op de extreme zorgvraag. Ook gegeven het feit dat er al voor de coronacrisis sprake was van een tekort en er onder meer al langere tijd onvoldoende werd opgeleid (dus niet conform ramingen capaciteitsorgaan). Op allerlei manieren is dan ook ingezet op het creëren van tijdelijk extra personele capaciteit voor ondersteunende werkzaamheden en mensen met een medische achtergrond. Zo zijn ruim 6.300 mensen ingezet bij zorgorganisaties in nood via Extra Handen voor de Zorg, hebben ca. 5.000 mensen een opleiding tot zorgondersteuner gevolgd aan de Nationale Zorgklas en is met de subsidieregeling «Coronabanen in de Zorg» subsidie verleend voor ca. 7.200 banen, waarmee organisaties functies creëren die zorgprofessionals ontlasten. Daarnaast is op verschillende manieren de mentale gezondheid van zorgprofessionals ondersteund, bijvoorbeeld met gratis mentale coaching via Sterk in je Werk – Extra Coaching en met het steunpunt bij ARQ-IVP. Tot slot werkt het initiatief *De Nationale Zorgreserve* aan het werven en inzetten van zorgreservisten. Inmiddels is een bestand opgebouwd met meer dan 1.200 actieve reservisten en vindt bij verschillende zorgorganisaties inzet plaats. Dit initiatief is een voorloper van de Nationale Zorgreserve. In de loop van 2022 informeer ik u over de definitieve vormgeving van deze faciliteit. Hoge aantallen COVID-patiënten brengen met zich mee dat de zorg voor andere patiënten in het gedrang komt en dat dit vaak een relatie heeft met de beschikbaarheid en optimale inzet van zorgverleners. Daarom wordt langs twee lijnen gewerkt aan het optimaliseren van de zorgcapaciteit: met een taskforce ondersteuning optimale inzet zorgverleners en het expertteam specifiek gericht op de organisatie van de COVID-ziekenhuiszorg. Overigens dient daarbij vermeld dat het verhogen van de zorgcapaciteit alleen tijd koopt zolang de groei van het aantal besmettingen exponentieel is, en op zichzelf dus geen alles-oplossende maatregel is.

### *3a. Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners*

Ik ben voornemens om een Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners in te stellen om concrete maatregelen te identificeren die op korte termijn uitvoerbaar zijn en bijdragen aan de beschikbaarheid van zorgprofessionals. Denk aan concrete maatregelen die tijdelijk kunnen worden ingezet op het moment dat de zorgvraag sterk toeneemt. Dit met het oog op volgende ervaringen van het virus bijvoorbeeld in de winter van 2022/2023.

De taskforce zal bestaan uit een onafhankelijke voorzitter, sociale partners, de Chief Nursing Officer van het Ministerie van VWS, ervaringsdeskundigen uit het veld (zorgverleners en HR-managers) en creatieve denkers van buiten de zorg, en zal worden ondersteund door een secretariaat vanuit het Ministerie van VWS en het Ministerie van SZW. Het Ministerie van Financiën is agendalid. Gegeven de weerbarstigheid van het personeelstekort is het nadrukkelijk de bedoeling om op zoek te gaan naar creatieve oplossingen buiten de gebaande paden waarmee het zorgpersoneel ook op korte termijn al wordt ondersteund. Thema's die in ieder geval door de taskforce betrokken zullen worden:

#### Vergroting arbeidsaanbod

- Verhogen (zij-)instroom, inzet van medische studenten, beperken schooluitval en versnellen van zorgopleidingen.
- Optimalisering interne en externe flexibele schil van verpleegkundigen/zorgreservisten.
- Verhogen van het aantal contracturen.
- Benutten buitenlandse zorgcapaciteit (instroom buitenlandse zorgverleners).

- Benutten van de geboden ruimte in de Wet BIG en professionele richtlijnen en protocollen.
- Inzetten van vrijwilligers vanuit de WW.
- Mogelijk maken van het uitlenen van zorgprofessionals binnen een regio.

#### Verhoging arbeidsproductiviteit

- Strategische personeels-/scenarioplanning in zorgorganisaties ter voorbereiding op het najaar.
- Anders werken door bijvoorbeeld inzet van digitale zorgvormen en andere innovaties.

#### Herstel en behoud van medewerkers

- Investeren in fysieke en mentale gezondheid.
- Ontzorgen via maatschappelijke/financiële incentives (gratis kinderopvang, parkeergelegenheid, reiskostenvergoeding, huisvesting, enz.).

Hiermee worden de suggesties en ideeën zoals die door verschillende Tweede Kamerleden zijn gedaan in het COVID-debat van 1 december jl. meegenomen. Het ging daarbij om:

- Gratis parkeergelegenheid, reiskostenvergoeding of aan concrete maatregelen die tijdelijk kunnen worden ingezet op het moment dat de zorgvraag sterk toeneemt, zoals gevraagd door zoals gevraagd door de leden Hijink (SP), Westerveld (GL) en Kuiken (PvdA).
- Het wegnemen van belemmeringen voor werkzoekenden in de WW om vrijwilligerswerk te doen in de zorg, zoals gevraagd door mevrouw Den Haan.
- Te kijken naar mogelijkheden om tijdelijk personeel binnen te halen, gedaan door het lid Van der Staaij.
- Het tijdelijk inzetten van buitenlands personeel en het beperken van de uitval in zorgopleidingen, zoals gesuggereerd door het lid Van Der Plas.

Met het instellen van de taskforce voldoe ik tevens aan de motie<sup>7</sup> van het lid Hijink c.s. om in samenwerking met de zorgorganisaties en met sociale partners zo snel mogelijk te verkennen op welke wijze de ondersteuning van zorgverleners op de werkvloer kan worden bevorderd. Ik zal de taskforce vragen om – zoals toegezegd in het COVID-debat van 1 oktober jongleden – in januari een tussenstand op te leveren ten behoeve van de herijking van onze aanpak eind januari. Het gaat daarbij in ieder geval om eventuele maatregelen die nog op zeer korte termijn zouden kunnen worden genomen en bij kunnen dragen aan de inzet van zorgverleners in de winter van 2021/2022. De taskforce levert begin maart haar eindproduct op met maatregelen voor de middellange termijn (winter 2022/2023).

Vanwege de aanhoudende druk op de zorg en de onzekerheid over de effecten van de omikronvariant op het aantal ziekenhuisopnames, stelt het kabinet in 2022 incidenteel € 47,5 miljoen beschikbaar voor de verlenging van zowel de subsidieregeling coronabanden in de zorg als de Nationale Zorgklas. Deze verlengingen gaan per 1 januari 2022 in. Deze middelen zal ik per incidentele suppletoire begroting aan uw Kamer melden. Hierbij zal ik dan ook onderbouwd een beroep doen op artikel 2.27, tweede lid uit de Comptabiliteitswet. Deze maatregelen hebben als doel een directe ontlasting van zorgprofessionals, zorgbreed, in deze winter en in aanloop naar de volgende winter. De inzet van ondersteunend personeel ter ontlasting van de zorgprofessionals zorgt voor meer capaciteit en een groter herstelvermogen van zorgprofessionals. Daarmee draagt het direct bij aan een grotere capaciteit op korte termijn en aan de weerbaarheid van

<sup>7</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1573.

de zorg én van zorgprofessionals richting winter 2022–23. Tot slot wordt in 2022 € 5 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de Nationale Zorgreserve. Daarmee kan vanaf begin 2022 worden toegewerkt naar 5.000 zorgreservisten, in plaats van het eerdere aantal van 2000 reservisten. Ook deze middelen zal ik per incidentele suppletoire begroting aan uw Kamer melden. Hierbij zal ik dan ook onderbouwd een beroep zal doen op artikel 2.27, tweede lid uit de Comptabiliteitswet.

### *3b. Expertteam COVID-zorg in de ziekenhuizen*

Het expertteam onderzoekt en realiseert wat nodig is om vanaf september 2022 de COVID-ziekenhuiszorg zodanig op te schalen en te vergroten dat de reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang kan vinden bij een nieuwe opleving van COVID-19. Het expertteam richt zich specifiek op de optimalisatie van COVID-zorg in de ziekenhuizen (kliniek en IC). Daarbij is de in- en uitstroom van belang met als doel de capaciteit in de zorgketen te vergroten.

Het expertteam brengt in beeld wat hiervoor nodig is in termen van middelen, financiën en governance, waarbij de focus ligt op het vergroten en effectiever inzetten van de COVID-capaciteit op de verpleegafdeling en IC's in de ziekenhuizen. In het licht van haar opdracht organiseert het expertteam pilots, bijvoorbeeld van meer concentratie van COVID-ziekenhuiszorg in de regio.

Het expertteam brengt in beeld welke waardevolle innovaties de afgelopen maanden lokaal en regionaal al zijn doorgevoerd in de organisatie van COVID-zorg die landelijk gedeeld en geïmplementeerd kunnen worden. Daarnaast wordt in beeld gebracht welke ervaringen in het buitenland zijn opgedaan met COVID-zorg in ziekenhuizen.

In overeenstemming met de motie van het lid Van den Berg c.s.<sup>8</sup>, worden voorbereidingen getroffen voor het starten van pilots waarbij ervaring wordt opgedaan met (verder) geconcentreerde COVID-ziekenhuiszorg in de regio. De ervaringen met deze pilots worden door het expertteam gemonitord, zodat verwachte efficiëntiewinst kan worden gevalideerd en geleerde lessen voor het najaar van 2022 kunnen worden benut. Hierbij moet worden opgemerkt dat het starten van pilots alleen mogelijk is als de situatie in de zorg dat op dat moment toelaat.

Beschikbaarheid en inzet van zorgpersoneel is een belangrijke randvoorwaarde voor het organiseren van COVID-zorg. Het optimaliseren daarvan is de opdracht van de «taskforce ondersteuning optimale inzet zorgverleners» (spoor 3a, zie hierboven). Het expertteam zal bestaan uit een onafhankelijke voorzitter en experts uit het veld op persoonlijke titel. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) nemen deel als toehoorder. Het is van groot belang dat de voorstellen van het expertteam werkbaar zijn voor het veld. Daarom zullen de voorstellen worden getoetst in een high level klankbordgroep.

### Thema 4: Normalisering besluitvormingsproces

Met de vaststelling dat COVID-19 voorlopig aanwezig zal zijn wil het kabinet de interdepartementale besluitvorming op dit onderwerp zo veel mogelijk normaliseren. Vanaf januari 2022 zal daarom via een transitiefase worden toegewerkt naar dit genormaliseerde besluitvormingsproces. Indien noodzakelijk wordt bij een crisissituatie opgeschaald via de Nationale Crisisstructuur. Met deze normalisering wil het kabinet zoveel mogelijk transparantie en voorspelbaarheid creëren. Ook wordt zo meer

<sup>8</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1571.

rust in de besluitvorming gebracht, zodat er tijd is om brede afwegingen zorgvuldig te kunnen maken. Concreet houdt dit in dat er een langere besluitvormingscyclus gebruikt wordt, dat er gebruik gemaakt wordt van de reguliere onderradenstructuur en dat er in beginsel geen Catshuis-sessies plaatsvinden. Met deze normalisering wordt eveneens invulling gegeven aan de door uw Kamer breed aangenomen motie van de leden Den Haan en Omtzigt<sup>9</sup>.

#### Thema 5: Communicatie en gedrag

De uitwerking van de midden en lange termijnstrategie vraagt ook een herijking van de communicatie. Vertrekpunt hierbij is de verbreding in de communicatiestrategie van «het virus onder controle krijgen» naar een aanpak die zich ook richt op «leven met het virus».

#### *Nieuwe organisatie van de communicatie*

Vanaf de eerste signalen over de ontdekte coronavariant in Wuhan vormt communicatie een belangrijk instrument in de crisisaanpak. Onder regie van het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC) wordt sinds het begin van de crisis gewerkt vanuit een interdepartementale samenwerking met als doel begrijpelijke en eenduidige communicatie richting de samenleving. Hierbij wordt intensief samengewerkt met sectoren, gemeenten, veiligheidsregio's en gedragsexperts. Op termijn gaat, in lijn met de overgang naar een genormaliseerd besluitvormingsproces, het NKC over in een nieuwe organisatievorm. Verschillende betrokken departementen blijven dan vanuit hun eigen verantwoordelijkheid met en richting de samenleving communiceren. De komende periode wordt hiervoor een nieuwe interdepartementale samenwerkingsvorm ontwikkeld.

#### *Van overheidscommunicatie naar samenlevingscommunicatie*

De publiekscommunicatie vanuit de rijksoverheid is de afgelopen periode aan de hand van onderzoek, (gedrags)inzichten en ervaringen steeds verder ontwikkeld. Deze ontwikkeling krijgt een vervolg. Voor de herijking van de aanpak publiekscommunicatie wordt de komende periode gericht publieksonderzoek uitgevoerd en worden reflectiegesprekken met (externe) communicatie- en gedragsexperts georganiseerd. De publiekscommunicatie is niet van het Rijk alleen. Daarom gaan we met maatschappelijke partners, sectoren en overheidsinstanties in gesprek hoe we elkaar in de publiekscommunicatie verder kunnen versterken. Daarbij zal de communicatie zo dicht mogelijk bij de mensen, organisaties en instellingen plaatsvinden. Dus steeds meer vanuit de samenleving. Zoals in de samenwerking met de veiligheidsregio's en de gemeenten. Zij verzorgen, aanvullend op de landelijke communicatie vanuit het Rijk, de communicatie met de inwoners van regio's en gemeenten passend bij de lokale situatie.

#### *Communicatie rondom maatregelen en instrumenten*

Communicatie vormt ook een onderdeel van de uitwerking van het thema maatregelen en instrumenten. Aan de hand van gesprekken met beleidsadviseurs, gedragsexperts en communicatieadviseurs brengen we in beeld hoe communicatie en gedragsinterventies de kennis over en naleving van toekomstige gedragsregels, maatregelen en instrumenten kan vergroten.

---

<sup>9</sup> Kamerstuk 35 961, nr. 12.

## *Communicatie rondom besluitvorming*

Als onderdeel van de uitwerking van het thema normalisering besluitvormingsproces herijken we ook de communicatie rondom de besluitvorming. Hiervoor wordt publieksonderzoek verricht en worden reflectiegesprekken georganiseerd met een aantal sectoren, maatschappelijke partners en media. Aandachtspunten voor de herijking van de communicatie zijn o.a. toon, vorm, en afzenderschap.

### Lange termijn: Pandemische paraatheid

Ik heb u toegezegd om nog in 2021 een beleidsagenda te sturen over de pandemische paraatheid van de zorg en infectieziektebestrijding. Alle inspanningen waren erop gericht om – ondanks wat de huidige pandemie van ons vraagt – deze beleidsagenda voor het kerstreces naar uw Kamer te sturen. Wij zien ons nu, met een nieuw kabinet in het vizier, genoodzaakt om een omvangrijke, belangrijke toekomstagenda aan het volgende kabinet te laten. Wij kunnen niet vooruitlopen op de (budgettaire) besluitvorming over toekomstige investeringen.

We hebben in de begroting geld beschikbaar gemaakt voor planvorming voor een versterkte pandemische paraatheid: voor een meer parate, wendbare en opschaalbare zorg en infectieziektebestrijding. De afgelopen maanden is met veel betrokkenen hard gedacht over en gewerkt aan de inhoudelijke invulling van de beleidsagenda. Centraal staan de beleidsopgaven voor een versterkte publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding, de basis en opschaalbaarheid van de zorg op orde en de leveringszekerheid van en toegang tot medische producten. Belangrijke dwarsdoorsnijdende thema's zijn daarbinnen sturing en regie, kennis en innovatie, internationale samenwerking en data en informatievoorziening. Bovenstaande zeven onderdelen vormen de basis voor de beleidsagenda. De overkoepelende beleidsagenda zal gaan over de voorbereiding op een toekomstige pandemie, maar kan niet los worden gezien van de lessen die we nu trekken en de instrumenten en infrastructuur die zijn aangepast en opgebouwd tijdens de huidige pandemie. Deze benutten we uiteraard in de agenda voor de toekomst. Omdat we daarnaast niet kunnen weten welke pandemie ons in de toekomst zal treffen en wanneer dat is, ervaren wij samen met de Tweede Kamer de urgentie om de beleidsagenda voortvarend op te pakken. Wij zullen deze urgentie aan het nieuwe kabinet overbrengen en vertrouwen op een spoedig vervolg. Tenslotte willen we benadrukken dat al ingezette trajecten uiteraard doorgaan. Ik noem bijvoorbeeld de leveringszekerheid van medische producten en de ijzeren voorraden.<sup>10</sup> Over deze onderwerpen schreven wij u in het afgelopen najaar.

### Toekomst Juridisch instrumentarium

De Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 (Twm) is op 1 december 2020 in werking getreden en is inmiddels een jaar van kracht. Met de Twm is aan de Wet publieke gezondheid (Wpg) een hoofdstuk Va toegevoegd met tijdelijke bepalingen ter bestrijding van de epidemie van COVID-19. Ook zijn enkele tijdelijke wijzigingen aangebracht in handhabingsbepalingen

---

<sup>10</sup> Kamerstuk 32 805 nr. 114, Kamerstuk 29 477, nr. 701 en nr. 731.

van de Wpg en in de Arbeidsomstandighedenwet, de Arbeidsveiligheidswet BES en de Wet kinderopvang.<sup>11</sup>

Dit jaar is gebleken dat het verloop van het SARS-CoV-2-virus grilliger is dan gedacht en dat het verloop van de pandemie afhankelijk is van een groot aantal factoren. In verschillende debatten met zowel de Tweede als de Eerste Kamer is door een aantal fracties verzocht om te beschrijven hoe de verdere toekomst van de Twm eruitziet en welke wetgeving in de toekomst noodzakelijk is om COVID-19 te bestrijden. Voor wat betreft het verzoek van uw Kamers over de omgang met de Twm voor de komende periode zijn drie opties in kaart gebracht. Hiermee voldoe ik aan de toezeggingen die ik heb gedaan aan de Tweede en Eerste Kamer.

Alvorens hierop in te gaan hecht het kabinet eraan naar voren te brengen dat bij de totstandkoming en behandeling van de Twm en bij gelegenheid van de verlengingen, telkens door het kabinet is gesteld dat de bevoegdheden van de Twm een tijdelijk karakter dragen. Ook uw Kamers hebben bij de totstandkoming van de Twm aangegeven hieraan groot belang te hechten. Hieraan wil het kabinet niet afdoen bij het – op verzoek van uw Kamers – bespreken van de opties.

De eerste optie is om de Twm – mits de bestrijding van de COVID-19-epidemie daartoe noopt – te blijven verlengen tot de Wet publieke gezondheid (Wpg) is herzien voor toekomstige pandemieën of tot het moment dat gezien de ontwikkeling van het virus het niet langer noodzakelijk en proportioneel is om de Twm te behouden. De tweede optie is om een beperkt aantal van de huidige tijdelijke bepalingen permanent te maken door deze structureel op te nemen in de Wpg, waarbij de reikwijdte beperkt blijft tot de bestrijding van COVID-19. De derde optie is om alle huidige tijdelijke bepalingen permanent te maken door deze structureel op te nemen in de Wpg, waarbij de reikwijdte eveneens beperkt blijft tot de bestrijding van COVID-19. Deze drie opties worden hierna nader toegelicht. Daarna wordt ingegaan op de door het Eerste Kamerlid Nicolai voorgestelde optie om bepalingen uit de Twm op te kunnen schorten.

Alvorens in te gaan op de verschillende opties worden eerst de overwegingen geschetst die bij dit vraagstuk van belang zijn. Bij het bepalen van de toekomst van de Twm is het van belang te erkennen dat het verloop van het virus grillig is. Het is dan ook onzeker welk instrumentarium op de langere termijn noodzakelijk is. Daarmee hangt samen dat de bestaande wettelijke grondslagen die gebruikt worden om maatregelen te treffen, behouden moeten blijven zolang dit gezien de ernst van het gevaar voor de volksgezondheid noodzakelijk is. Ook moet het behoud van deze grondslagen, gelet op de in het geding zijnde grondrechten, voldoen aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. Welke grondslagen

<sup>11</sup> De Twm zoals deze is gepubliceerd in Stb. 2020, 441, is dus grotendeels een wijzigingswet. De enige zelfstandige bepaling in de Twm is de vervalbepaling in artikel VIII, die regelt dat de genoemde tijdelijke bepalingen in de Wpg en andere wetten steeds bij koninklijk besluit met ten hoogste drie maanden kunnen worden verlengd. Sinds de op 17 juli 2021 in werking getreden wijziging van artikel VIII Twm (Stb. 2021, 359) geldt daarbij dat onverwijld na de publicatie van dat koninklijk besluit een wetsvoorstel tot goedkeuring van dat koninklijk besluit moet worden ingediend. Eenvoudigheidshalve wordt, overeenkomstig het tot nu toe gehanteerde spraakgebruik, hierna ook steeds gesproken over «de Twm», waar juridisch gezien wordt bedoeld op de genoemde tijdelijke bepalingen in (met name hoofdstuk Va van) de Wpg en enkele andere wetten.

Bij het wetgevingsoverleg in de Tweede Kamer van 7 juli 2021 (*Kamerstukken II 2020/21*, 35 874, nr. 10), het debat in de Eerste Kamer op 12 en 13 juli 2021 (*Handelingen I 2020/21*, nr. 45, item 2, en nr. 46, items 2 en 19), het wetgevingsoverleg in de Tweede Kamer van 8 november 2021 (*Kamerstukken II 2021/22*, 35 899, nr. 12), het debat in de Tweede Kamer over de ontwikkelingen rondom het coronavirus van 16 november (*Handelingen II 2021/22*) en het wetgevingsoverleg in de Eerste Kamer van 23 november 2021 (*Kamerstukken I 2021/22*, 35 899, nr. 7, item 3 en 8).



behouden blijven of toegevoegd worden, moet dan ook voortdurend worden afgewogen. Dit komt uitdrukkelijk naar voren in de tijdelijkheid van de bepalingen van de Twm. Naast deze afweging over het al dan niet laten vervallen van (delen van de) Twm vindt het kabinet het van belang dat de parlementaire controlemogelijkheden in de Twm behouden blijven. De Twm biedt door haar tijdelijkheid en huidige verlengingsprocedure immers de mogelijkheid aan beide Kamers om zich via een goedkeuringswet uit te spreken over de verlenging van deze wet. Ook bestaat de mogelijkheid om delen van de Twm eerder te laten vervallen. Het kabinet heeft deze overwegingen betrokken bij de uitwerking van voornoemde opties.

#### *Optie 1: Twm telkens verlengen*

Met deze optie wordt de Twm, conform de huidige systematiek, telkens verlengd met drie maanden. Met het verlengen van de Twm blijft het benodigd tijdelijke instrumentarium zoals thans met name opgenomen in hoofdstuk Va Wpg, in stand. Dit is immers nog steeds noodzakelijk om de epidemie te kunnen bestrijden. Het voordeel van de handhaving van de huidige systematiek is dat het parlement zijn bestaande bevoegdheden behoudt om het kabinet te controleren. De Tweede en de Eerste Kamer kunnen namelijk besluiten om niet in te stemmen met het wetsvoorstel dat strekt tot goedkeuring van het koninklijk besluit waarmee de Twm geheel of gedeeltelijk is verlengd. De Twm komt dan te vervallen. Ook kan de regering besluiten om onderdelen van de Twm te laten vervallen, indien de epidemiologische situatie op basis van de voorgescreven proportionaliteitstoets daartoe aanleiding geeft. Hierdoor blijven bevoegdheden om maatregelen te kunnen treffen niet langer behouden dan strikt noodzakelijk is. Het kabinet hecht eraan te benadrukken dat het voorlopig blijven voortbestaan van de grondslagen in de Twm niet betekent dat er ook gedurende die periode altijd maatregelen zullen gelden. De Twm heeft in die zin al het karakter van een «gereedschapskist»: de grondslagen worden geactiveerd doordat bij algemene maatregel van bestuur (de veilige afstand) of ministeriële regeling op die grondslagen gebaseerde maatregelen worden vastgesteld. Ook hiervoor gelden waarborgen, zoals de noodzakelijkheids- en proportionaliteitstoets bij de vaststelling van regelingen en het voorleggen van die regeling aan beide Kamers. Hierbij heeft de Tweede Kamer de mogelijkheid om niet in te stemmen met de regeling. Ook met het voortduren van de gelding van de Twm is dus gewaarborgd dat er periodes kunnen zijn waarin geen of minder maatregelen gelden en sommige bepalingen van de Twm dus geheel of gedeeltelijk «slapend» zijn.

#### *Optie 2: Smalle permanente wet voor COVID-19*

In plaats van de bestaande systematiek om de Twm elke drie maanden te verlengen kan ervoor gekozen worden om een beperkt aantal bepalingen uit het tijdelijke hoofdstuk Va Wpg permanent in de Wpg op te nemen, uitsluitend ten behoeve van de bestrijding van de COVID-19-epidemie. Zo'n «smalle permanente wet voor COVID-19» kan echter pas worden gerealiseerd op het moment waarop het virus in Nederland grotendeels onder controle is en de situatie stabiel en voorspelbaar is. Via een dergelijke wet zal de Wpg immers minder grondslagen – en dus minder mogelijkheden – bevatten om maatregelen te kunnen nemen dan nu onder de Twm mogelijk is. Met deze optie krijgen de grondslagen om maatregelen te kunnen treffen een permanent karakter, met dien verstande dat de werkingssfeer beperkt blijft tot de bestrijding van de epidemie van COVID-19. Dit wijkt af van het huidige tijdelijke karakter van de Twm. Dit betekent ook dat het parlement enkel bij de totstandkoming van de wet invloed kan uitoefenen op de in de wet op te nemen bevoegd-

heden en niet, zoals onder de Twm, elke drie maanden dient in te stemmen met de verlenging van de Twm door middel van de goedkeuringswet. Wel geldt dan net als onder de huidige Twm dat de maatregelen worden genomen bij ministeriële regeling. Deze regeling wordt voorgelegd aan beide Kamers en de Tweede Kamer kan besluiten niet in te stemmen met deze regeling.

Aangezien deze smalle wet pas in werking kan treden als het virus in Nederland grotendeels onder controle en voorspelbaar is, kan deze wet niet binnen afzienbare tijd de Twm vervangen. Daarom is deze optie volgens het kabinet op dit moment niet te verkiezen boven de andere opties. Zoals hiervoor uiteengezet is het verloop van de epidemie immers grillig en afhankelijk van een groot aantal factoren en is het in de nabije toekomst voor de bestrijding van het virus nog noodzakelijk om een brede instrumentenkist te hebben. Bovendien kan nu niet worden aangegeven wat de inhoud van een smalle instrumentenkist zou kunnen zijn. Ook verdwijnt met deze smalle wet het tijdelijk karakter en de mogelijkheid van het parlement om zich door middel van de goedkeuringswet periodiek uit te spreken over de wenselijkheid om de bepalingen die in deze wet zijn opgenomen, al dan niet te behouden.

### *Optie 3: Brede permanente wet voor COVID-19*

In deze optie worden *alle* tijdelijke bepalingen uit hoofdstuk Va Wpg permanent opgenomen in de Wpg. Hierdoor blijven de bevoegdheden die nodig zijn om de epidemie van COVID-19 te bestrijden voortduren tot het moment dat de Wpg is herzien voor toekomstige pandemieën of tot het moment dat gezien de ontwikkeling van het virus het niet langer noodzakelijk en proportioneel is om specifieke bevoegdheden voor die bestrijding te behouden. De benodigde bevoegdheden die thans via de Twm in hoofdstuk Va Wpg zijn opgenomen teneinde maatregelen te kunnen treffen voor de bestrijding van de epidemie van COVID-19 of directe dreiging daarvan blijven zo voor de langere termijn behouden in de Wpg. De grondslagen kunnen telkens worden benut als er een nieuwe opleving van het virus komt of als er een nieuwe besmettelijkere variant van het virus ontstaat. Dit betekent wel dat het in de Twm vastgelegde tijdelijke karakter verdwijnt. Door de bestaande bepalingen uit hoofdstuk Va Wpg een permanent karakter te geven, verdwijnt ook de mogelijkheid van het parlement om elke drie maanden door middel van een goedkeuringswet al dan niet in te stemmen met het in stand blijven van deze bevoegdheden. Net als onder de huidige situatie worden in deze optie de maatregelen genomen bij ministeriële regeling, wordt deze regeling voorgelegd aan beide Kamers. De Tweede Kamer kan besluiten niet in te stemmen met deze regeling. Deze bredere wet zou wel op korte termijn tot stand kunnen worden gebracht.

### *Voorstel van het Eerste Kamerlid Nicolai*

Het Eerste Kamerlid Nicolai heeft de suggestie gedaan bij een meer structurele vormgeving van de Twm-bevoegdheden te kiezen voor een systeem waarbij Twm-bevoegdheden (dus de in hoofdstuk Va Wpg opgenomen bepalingen) kunnen worden opgeschort in plaats van een systeem waarbij slechts de keuze bestaat uit het blijven gelden van deze bepalingen of deze bepalingen definitief te laten vervallen.<sup>12</sup> Het kabinet waardeert de inzet van dit lid om een antwoord te vinden op het voorliggende vraagstuk. Deze optie – die een variant zou worden op de genoemde optie 3 – zou echter leiden tot een dubbele gelaagdheid in de besluitvorming over de te nemen maatregelen. In een systeem waarin

<sup>12</sup> *Handelingen I 2020/21*, nr. 46, item 19, p. 14.



bepalingen kunnen worden opgeschort, zal naar zijn aard ook voorzien moeten worden in een procedure om die bepalingen weer te activeren. Als bepalingen zijn opgeschort en de epidemiologische situatie vergt dat er maatregelen worden genomen waarvoor op dat moment de wettelijke grondslag ontbreekt, omdat de bepaling is opgeschort die die grondslag verschaft, vergt het kunnen treffen van maatregelen immers besluitvorming. Dit geldt dan zowel voor de activering van die grondslag als voor het daadwerkelijk treffen van de maatregelen via het vaststellen van op die te activeren bepalingen te baseren ministeriële regelingen. Nog afgezien van de vraag welke criteria er voor de activering van opgeschorte bevoegdheidsgrondslagen zouden moeten gelden, zou een dergelijke «activeringsprocedure» op enigerlei wijze met parlementaire betrokkenheid gepaard moeten gaan. Min of meer gelijktijdig loopt dan echter de procedure rond het vaststellen van de desbetreffende ministeriële regelingen waarbij eveneens sprake is van parlementaire betrokkenheid. Naar het oordeel van het kabinet zou dat de toch al ingewikkelde besluitvorming over de Twm-maatregelen ingewikkelder en onoverzichtelijker maken, hetgeen ook een effectieve parlementaire controle zou bemoeilijken. Hoewel het kabinet de opvatting van het lid Nicolai deelt dat een goede balans tussen slagvaardigheid en democratische inbedding van de besluitvorming noodzakelijk is, levert een systeem van opschorting van Twm-bepalingen zodanige complicaties op, dat naar het oordeel van het kabinet de nadelen daarvan zwaarder wegen dan de voordelen.

#### *Voorkeursoptie kabinet*

Gelet op de bovenstaande overwegingen geeft het kabinet de voorkeur aan de eerste optie, namelijk om de Twm (deels) te blijven verlengen tot de Wpg is herzien. Het kabinet is zich ervan bewust dat dit betekent dat het mogelijk is dat er nog meerdere verlengingen van de Twm aan de orde zullen zijn. Naar het oordeel van het kabinet is dit desondanks de voorkeursoptie, omdat hiermee het tijdelijk karakter van de Twm gerespecteerd wordt. Tevens kan het parlement hiermee de meeste invloed uitoefenen ten aanzien van de grondslagen in de wet die gebruikt kunnen worden om maatregelen te treffen, indien dit aan de orde is. Zoals hiervoor genoemd, hecht het kabinet tevens aan de huidige voorziening voor parlementaire controle, die inhoudt dat de daadwerkelijke inzet van de maatregelen altijd zal geschieden bij ministeriële regeling die wordt voorgelegd aan beide Kamers. Hierbij kan de Tweede Kamer besluiten niet in te stemmen met deze regeling. Het kabinet ziet deze optie uitdrukkelijk als een overgangsfase, waarbij op dit moment gezien de huidige stand van zaken helaas nog niet aangegeven kan worden wanneer die beëindigd zal kunnen worden.

Gezien de onzekere huidige epidemiologische situatie en de onzekerheden omtrent de omikronvariant verwacht het kabinet de werkingsduur van de Twm te moeten verlengen van 1 maart 2022 tot 1 juni 2022. Het kabinet zal de verlengingsprocedure starten en eind januari een OMT-advies vragen om de actuele epidemiologische situatie en een vooruitblik na 1 maart 2022 mee te wegen bij de voorbereiding en de motivering van het verlengingsbesluit.

## **5. Coronatoegangsbewijs/Digitaal Corona Certificaat**

### Geldigheidsduur DCC

Op 7 december jl. is in de EU-gezondheidsraad in Brussel gesproken over het instellen van een geldigheidsduur van 9 maanden voor het vaccinatiecertificaat. Dit naar aanleiding van een voorstel hiertoe voor de herziening van de Raadsaanbeveling 2020/1475 betreffende een gecoördineerde

aanpak van de beperking van het vrije personenverkeer, in reactie op de COVID-19-pandemie van 25 november jl. De appreciatie hiervan is reeds aan uw Kamer toegezonden.<sup>13</sup> De Commissie stelt hierin onder meer voor in Europees verband afspraken te maken over de geldigheidsduur van vaccinatiecertificaten met het oog op reizen. De Raadsaanbeveling gaat niet in op nationale maatregelen.

Bij de eerdere totstandkoming van de DCC-verordening en de Raadsaanbeveling, zijn geen Europese afspraken gemaakt over de geldigheidsduur van vaccinatiecertificaten, omdat hierover toen nog te weinig bekend was. Diverse landen hebben er inmiddels voor gekozen om een geldigheidsduur voor vaccinatiecertificaten in te stellen, wat het vrije verkeer van personen in de EU beperkt. Om eenheid te bewaren en op basis van advies van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), heeft de Europese Commissie een voorstel gedaan voor de Europese vaststelling van een geldigheidsduur van het vaccinatiebewijs. Deze geldigheidsduur zou moeten ingaan op 1 februari 2022. De commissie overweegt op dit moment om de geldigheidsduur daarnaast ook door middel van een herziening van de DCC-verordening middels een gedelegeerde handeling vorm te geven. De nationale toepassing van een COVID-certificaat voor toegang tot nationale faciliteiten is een nationale competentie. Dat kan dus per land verschillen. Het is daarom belangrijk voor reizigers om in alle gevallen de reisadviezen op [Nederlandwereldwijd.nl](http://Nederlandwereldwijd.nl) te blijven volgen. De periode van geldigheid voor het herstelbewijs blijft binnen de EU (voor het DCC) vastgesteld op 180 dagen, aanpassing van deze termijn ligt nu niet ter bespreking voor. Als het herstelbewijs binnen Nederland als CTB wordt gebruikt, is dit op dit moment, recent aangepast, 365 dagen geldig.<sup>14</sup>

Het kabinet is van mening dat de voorgestelde geldigheidsduur van 9 maanden een veilige en doeltreffende manier is om EU-coördinatie van regels te bevorderen en reizen in Europa mogelijk te maken en te houden, en steunt daarom dit voorstel. Op dit moment vinden de onderhandelingen in Brussel plaats. Nederland pleit er hierbij voor – zoals ook de Commissie voorstelt – bij de geldigheid geen onderscheid te maken in type vaccins. Deze inzet is erop gericht de volksgezondheid te beschermen en Nederlanders niet of zo min mogelijk te belemmeren om binnen Europa te reizen.

Het kabinet is voornemens het voorstel van de Europese Commissie te volgen voor de voorgestelde geldigheidsduur van vaccinatiebewijzen voor het DCC. Voor binnenlands gebruik wordt niet het DCC gebruikt, maar het CTB. Op dit moment is er geen geldigheidsduur gekoppeld aan een coronatoegangsbewijs op basis van vaccinatie. De bescherming tegen ziekenhuisopname en sterfte als gevolg van volledige vaccinatie is nog steeds zeer hoog voor de deltavariant. De bescherming tegen transmissie neemt echter af, naarmate de volledige vaccinatie langer geleden is afgerond. Dit geldt temeer voor de omikronvariant. Daarom werk ik aan de invoering van een geldigheidsduur voor coronatoegangsbewijzen op basis van vaccinatie voor binnenlands gebruik. Op die manier kunnen coronatoegangsbewijzen zo veilig mogelijk worden ingezet. Daarbij houd ik ook rekening met de huidige verschillen tussen de voorwaarden voor het CTB en het DCC en streef ik naar harmonisatie. Wegens privacy waarborgen in het CTB is het verkorten van de geldigheidsduur in het CTB ingewikkelder dan voor het DCC. Om dat mogelijk te maken moeten een

---

<sup>13</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1623.

<sup>14</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1551.

aantal technische keuzes worden gemaakt, waar ik uw Kamer op korte termijn over zal informeren. Daarbij zal het kabinet ook onderzoeken welke aanpassingen in de geldigheidsduur voor een bewijs op basis van herstel in het CTB noodzakelijk zijn. Het kabinet overweegt om de geldigheidsduur van bewijzen op basis van herstel terug te brengen in plaats van de eerdere verlenging naar 12 maanden. Wanneer hierover besloten is, zal uw Kamer daarover geïnformeerd worden.

#### *Informatievoorziening gebruik DCC in andere landen*

Het kabinet spant zich middels de reisadviezen in om de Nederlandse reiziger per land zo goed en actueel mogelijk te informeren over onder andere de geldende coronamaatregelen in andere landen. Het kabinet blijft streven om veranderingen in die maatregelen zo accuraat mogelijk in het reisadvies te verwerken. Omdat het coronavirus zich niet laat voorspellen, blijft het mogelijk dat er nieuwe maatregelen van kracht worden wanneer reizigers zich in het buitenland bevinden. Soms kan het reisadvies zelfs van kleur veranderen. Het advies van het kabinet aan de reiziger is en blijft daarom om voor vertrek en tijdens verblijf in het buitenland het actuele reisadvies te checken via [nederlandwereldwijd.nl](https://nederlandwereldwijd.nl) of in de reisapp en het lokale nieuws in de gaten te houden. Daarnaast zet het kabinet zich in de EU in voor zoveel mogelijk Europese coördinatie van reismaatregelen.<sup>15</sup>

#### Mensen die niet kunnen testen en niet kunnen vaccineren

Ik werk aan een aanpak voor personen die zich om medische redenen niet kunnen laten vaccineren of testen. Zo spoedig mogelijk moet het mogelijk zijn aan deze personen een uitzonderings-CTB uit te geven. Daartoe wordt op dit moment mede een protocol en medisch afwegingskader uitgewerkt door een consulent met expertise in sociaal medische advisering. Ik bereid een scenario voor waarbij aanvragen voor een uitzonderings-CTB worden beoordeeld op basis van medische gegevens door een nog aan te wijzen beoordelingsorgaan. Op basis hiervan zal ik een definitief besluit nemen; ik verwacht uw Kamer hier voor de kerst over te kunnen informeren.

#### Route kort verblijf gevaccineerde derdelanders

Eerder heb ik aangegeven aan een oplossing te werken voor in derde landen gevaccineerde personen die kort verblijven in Nederland, zoals zakenreizigers en toeristen. Op dit moment hangt een wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 bij uw Kamer voor die het mogelijk maakt een CTB voor kort verblijf uit te geven aan deze doelgroep. Hiermee kan gedurende een periode van 14 dagen gebruik worden gemaakt van voorzieningen waar een CTB voor vereist is. Deze personen hoeven zich dan dus, anders dan nu het geval is, niet meer dagelijks te laten testen om gebruik te kunnen maken van dergelijke voorzieningen. Ik verwacht deze oplossing begin 2022 te kunnen implementeren.

---

<sup>15</sup> In de subparagraaf «Geldigheidsduur DCC» is, evenals in de paragraaf «Vaccins», de beantwoording van de Kamervragen van het lid De Vries (VVD) opgenomen (2021Z22995, ingezonden 9 december 2021).

## Kosten CTB

In de beantwoording van uw vragen in de nota n.a.v. het verslag over de Tijdelijke wet differentiatie coronabewijzen, heb ik toegezegd in deze brief een specificatie te geven van de totale uitgaven tot dusver aan de voorbereiding, ontwikkeling, uitrol, ingebruikname, voorlichting, etc. inzake het CTB en bijbehorende applicaties<sup>16</sup>. Dit naar aanleiding van het verzoek hiertoe van de leden van de FvD-fractie. Hierna vindt u een deel van het overzicht van de verwachte kosten voor het CoronaCheck-stelsel in het jaar 2021. De definitieve afrekening voor de brede inzet van toegangsbewijzen (o.a. testen voor toegang en uitzonderingsroutes die leiden tot een DCC) volgt in 2022. Voor een specificering van de daadwerkelijk gemaakte kosten (definitieve deel) verwijs ik u graag naar het Jaarverslag 2021 dat in mei 2022 verschijnt.

Voor het complete CoronaCheck-stelsel bedragen de te verwachten kosten voor heel 2021 totaal € 22,3 miljoen. Onder dit CoronaCheck-stelsel valt een groot aantal producten en diensten. Denk aan de CoronaCheck-app en website die mensen gebruiken om hun CTB en DCC te maken en te tonen, de CoronaCheck scanner-app waarmee binnen Nederland de QR-code kan worden gecheckt, het HKVI-portaal waarmee hulpverleners ook op papier een coronabewijs kunnen aanmaken voor mensen wiens gegevens niet worden gevonden bij GGD of RIVM, maar ook de kosten voor de telefoonlijn en printfunctionaliteit, digitale handtekening, EU gateway, EU afstemming, aansluitcoördinatie en data-aanlevering. Meer gespecificeerd zijn de kosten voor de ontwikkeling van CoronaCheck te ramen op € 4,4 miljoen en worden de kosten voor het beheer, doorontwikkeling en aansluitteam op € 12,3 miljoen geschat. De kosten voor het programma en beleid, waaronder ook de kosten voor het Klant Contactcentrum, voorlichting, juridisch advies en wetenschappelijk onderzoek vallen, worden tot slot geschat op € 5,6 miljoen.

## **6. Reizen en Quarantaine**

### Maatregelen voor aangewezen zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende virusvariant

In reactie op de signalering van de nieuwe omikronvariant van SARS-CoV-2 in zuidelijk Afrika, heeft het kabinet op 26, 27 en 28 november jl., mede op basis van het RIVM-advies van 26 november, Mozambique, Zuid-Afrika, Lesotho, Eswatini, Botswana, Namibië, Malawi en Zimbabwe aangewezen als zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende virusvariant en een vliegverbod ingesteld. Op 7 december jl. is Nigeria naar aanleiding van het RIVM-advies van 6 december aan de lijst met zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende virusvariant toegevoegd. Op advies van het RIVM is voor Nigeria geen vliegverbod ingesteld. Voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende virusvariant geldt een aangescherpt inreisverbod, een dubbele testverplichting en een quarantaineplicht.

Daarnaast geldt een quarantaineadvies voor huisgenoten van besmette personen. Het quarantaineadvies geldt ook voor personen die hersteld of gevaccineerd zijn. Dit advies kent een aantal praktische consequenties die inmiddels zijn uitgewerkt door het RIVM. In de brief<sup>17</sup> van 12 november 2021 heb ik uw Kamer toegezegd u hier nader over te informeren. Zo is het bescrypt van de GGD geactualiseerd. Sinds 22 september 2021 geldt

<sup>16</sup> Kamerstuk 35 973, nr. 6.

<sup>17</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1519.

geen quarantaine*plicht* meer voor gevaccineerde inreizigers uit aangewezen zeer hoogrisicogebieden zonder zorgwekkende virusvariant.

Voor reizigers, zowel gevaccineerd als ongevaccineerd, uit zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende virusvariant geldt de quarantaine*plicht* wel. Aangezien er een reëel risico bestaat dat reizigers uit aangewezen zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende variant in aanraking zijn geweest met de omikronvariant, is het extra belangrijk dat zij zich houden aan de quarantaine*plicht*. In de afgelopen weken is een extra beroep gedaan op de gemeenten om alle reizigers die terugkeren uit een zeer hoogrisicogebied met zorgwekkende virusvariant te controleren op het naleven van de quarantaine*plicht*. Gedurende deze tijd is op basis van bevindingen van zowel het belteam van het Ministerie van VWS als de gemeenten gebleken, dat deze reizigers de quarantaine*plicht* goed naleven. Zodoende is besloten om de reguliere procedure te hervatten, hetgeen inhoudt dat een aselechte steekproef van reizigers die zich mogelijk niet aan de quarantaine*plicht* houden, wordt doorgestuurd naar de gemeenten.

#### Ontraden van internationale reizen

Tijdens het Kamerdebat van 1 december jl. heb ik het lid Van Esch (PvdD) toegezegd te kijken of internationale reizen in lijn met nationale reizen moeten worden ontraden. Het binnenlands reisadvies wordt aangescherpt, en luidt vanaf nu «Blijf zoveel mogelijk thuis. Toch de deur uit: beperk je contacten en houd afstand».

Voor internationale reizen is het algemene advies: let op er kunnen risico's voor de reiziger zijn, afhankelijk van het land van bestemming. Voor alle landen waar zorgen bestaan over (het zicht op) de coronasituatie, of andere zorgen over de veiligheid, geldt een aanvullend negatief reisadvies. Bovendien heeft het kabinet strikte maatregelen genomen om de verspreiding van het coronavirus vanuit het buitenland te beperken, zoals de test- en quarantaine*verplichting*. Naast de internationale reisadviezen van het Ministerie van Buitenlandse Zaken en de maatregelen die de veiligheid van internationale reizen waarborgen, ziet het kabinet nu geen aanleiding voor aanvullende maatregelen.

In het advies van maandag 13 december jl. geeft het OMT aan dat in een volgend overleg in meer detail zal worden gekeken naar het brede beleid voor testen, isolatie en quarantaine met betrekking tot reizigers en in het kader van de omikronvariant, en zal nagaan welke aanpassingen gezien de actuele ontwikkelingen gewenst zijn. Als het OMT aanvullende maatregelen noodzakelijk acht, zal het kabinet daar zo snel mogelijk over besluiten en uw Kamer daarover informeren.

#### Test*verplichting* inkomende reizigers

In het 132<sup>e</sup> OMT advies wordt geadviseerd om na te gaan of een test*verplichting* (NAAT-PCR) bij aankomst uit een VOC-land mogelijk is én ingevoerd kan worden, om te kijken om welke virusvariant het gaat en meer onderzoek uit te voeren. Om die reden ben ik bezig met een verkenning van de mogelijkheden voor een test*verplichting* voor inkomende reizigers uit zeer hoogrisicolanden met een zorgwekkende virusvariant, zoals op dit moment de omikronvariant, zodat in de toekomst bij mogelijk nieuwe zorgwekkende virusvarianten inkomende reizigers *verplicht* kunnen worden bij aankomst in Nederland een test af te nemen. Middels de wetswijziging van de Wpg kan worden voldaan aan de motie

van het lid Paternotte c.s.<sup>18</sup> over het mogelijk maken om een test bij aankomst in bijzondere gevallen te verplichten. Voor deze wetswijziging spelen verschillende overwegingen een rol, waarover nog beraad plaatsvindt. Ik neem uw Kamer graag mee in de overwegingen. Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging aan uw Kamer om de uitkomsten van de overwegingen van een testverplichting voor inkomende reizigers uit zeer-hoog risicogebieden met een zorgwekkende virusvariant met u te delen.

Ten eerste speelt de overweging dat het belangrijk is de intrede van een (nieuwe) zorgwekkende virusvariant zo lang mogelijk uit te stellen en te vertragen. Door dit zo lang als mogelijk uit te stellen is er onder andere meer tijd voor onderzoek naar de nieuwe virusvariant. Onderzoek is nodig omdat bij een nieuwe variant nog veel onzekerheden zijn, zoals de mate van besmettelijkheid, transmissie, kans op herinfectie, ziektelast en daarmee gepaard gaande het effect op ziekenhuisopnames, en de bescherming door de huidige vaccins of door natuurlijke immuniteit. Meer kennis over deze onzekerheden is van belang bij het maken van beleidskeuzes. Een testverplichting kan bijdragen aan die kennis. Ten tweede speelt de overweging dat met de komst van een (nieuwe) zorgwekkende virusvariant, waarvan de besmettelijkheid en ziektelast nog onbekend is, een testverplichting kan bijdragen aan de bescherming van de volksgezondheid. Bescherming door besmette personen vroegtijdig te identificeren, opdat zij door passende maatregelen te volgen (quarantaine, isolatie) verdere overdracht van het virus kunnen voorkomen. Ten derde speelt de afweging of een testverplichting proportioneel is voor inkomende reizigers uit een zeer-hoogrisicogebied met een zorgwekkende virusvariant, die al aan een dubbele testverplichting moeten voldoen voor vertrek en bij thuiskomst in quarantaine moeten (dat geldt ook voor gevaccineerde of herstelde reizigers). De huidige ervaring met de omikronvariant laat zien dat ook wanneer reizigers al aan een dubbele testverplichting hebben voldaan voor vertrek in het buitenland, er nog steeds een aantal is dat positief test op COVID-19, waaronder ook de omikronvariant, bij aankomst in Nederland. Hoe dit mogelijk is, wordt op het moment nog onderzocht.

## **7. Testen en traceren**

Het testbeleid heeft twee doelstellingen:

1. Testen om het virus op te sporen en te bestrijden (spoor 1);
2. Testen ten behoeve van het verkrijgen van een coronatoegangsbewijs (spoor 2).

Hieronder vat ik samen wat de stand van zaken is en welke acties worden ondernomen om deze twee doelen te realiseren.

### Spoor 1: Testen gericht op opsporen en bestrijden

#### *Cijfers afgenomen testen*

Het aantal afgenomen testen steeg de afgelopen weken fors. In week 49 (6 december t/m 12 december) zijn ca. 458.000 testen per week afgenomen, in week 49 (6 t/m 12 december) zijn gemiddeld circa 65.000 testen per dag afgenomen. Ondertussen zien we dat het aantal positieve testen gestabiliseerd is. Wel blijft het aantal afgenomen testen en het aantal positieve testen op een onverminderd hoog niveau. Hierdoor blijft de druk op de testcapaciteit van de GGD bestaan.

---

<sup>18</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1566.



Ondanks de afvlakking van het aantal besmettingen, wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat de besmettingen weer verder kunnen stijgen in het eerste kwartaal van 2022. Daarom blijven de GGD'en paraat om mogelijk weer op te schalen als de epidemiologische situatie daarom vraagt, waarbij de inspanningen op testen afgestemd moeten worden op de gevraagde inspanningen ten aanzien van de versnelling van de boostercampagne.

De GGD'en werken onverminderd hard op ca. 155 vaste fysieke testlocaties. De aanrijtijd per auto naar de dichtstbijzijnde testlocatie is voor 99,8% van alle Nederlanders minder dan 30 minuten en op een aantal locaties zijn zogenoemde prioriteits- en kindstraten ingericht. GGD'en proberen zoveel mogelijk Nederlanders zo goed mogelijk te bedienen. Naast deze vaste locaties zijn er diverse locaties die op variabele tijden open zijn. In totaal hebben de GGD'en beschikking tot 45 mobiele testlocaties die gericht ingezet kunnen. Zo kunnen bijvoorbeeld op basis van incidentie, bijvoorbeeld bij een opvallend hoge incidentie in een bepaalde wijk, extra locaties worden ingericht. De GGD heeft beschikking tot drie typen mobiele testlocaties: 15 container units, 25 bussen en 5 flexbussen. De flexbussen bevatten alle benodigdheden om op locatie te kunnen testen behalve de daadwerkelijke afnameruimte en kunnen bijvoorbeeld worden ingezet bij een plaatselijke uitbraak.

Om de testlocaties draaiende te houden hebben de GGD'en werknemers nodig. De GGD-organisaties zijn als werkgever in principe zelf verantwoordelijk om hun personeelsbeleid te voeren en daarmee voor de wijze waarop zij (tijdelijke) werknemers inzetten en behouden als deze belangrijk zijn voor de organisatie. De verschillende GGD'en hebben hun personeelsbeleid ook op uiteenlopende wijze georganiseerd. Meerdere GGD'en hebben nu aangegeven dat zij tegen personele problemen aanlopen, omdat zij een groep personeelsleden (3.000 tot 5.000 mensen) hebben die het maximaal aantal tijdelijke contracten heeft ontvangen. Wanneer de GGD deze personeelsleden wil behouden en derhalve de contracten wil verlengen dan is de GGD wettelijk verplicht om deze personeelsleden op een gegeven moment een vast contract aan te bieden. Tegelijkertijd kan de GGD het zich niet veroorloven om met de groeiende opgave op het gebied van testen, traceren en vaccineren deze ingewerkte mensen te vervangen door nieuwe mensen. Temeer omdat ze naast deze ingewerkte mensen sowieso meer personeel nodig hebben om de benodigde opschaling te kunnen realiseren. Indien het in deze fase van opschaling noodzakelijk is om, gelet op de Wab, mensen die eerder tijdelijk zijn aangetrokken, vast in dienst te nemen omdat dit van cruciaal belang is voor de continuïteit van de uitvoering van het bevel, dan kunnen de kosten hiervan ingebracht worden onder de meerkostenafpraak.

De GGD'en hebben afgelopen weken snel opgeschaald naar 120.000 testen per dag. De dagelijkse capaciteit beweegt mee met de testvraag. Omdat prioriteit wordt gegeven aan versnelling van de boostercampagne, zullen de GGD'en de inspanningen op testen hierop moeten afstemmen. Maar we zorgen dat de GGD'en klaar blijven staan om ook bij oplevingen de vraag weer aan te kunnen.

#### *Verlenging XL-testpaviljoens bij GGD*

Vanwege de sterk gestegen testvraag zijn de XL-testpaviljoens voor de GGD onmisbaar deze winter. Daarom heb ik er voor gezorgd dat de vijf XL paviljoens in Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en op Schiphol tot uiterlijk 1 juli 2022 beschikbaar zijn. Dat heb ik gedaan door deze overeenkomst met 6 maanden te verlengen na de uiterste einddatum. Deze verlenging is nodig om de continuïteit bij de GGD'en in de komende drukke en

spannende periode te waarborgen. Ik blijf in gesprek met GGD'en om ze te ondersteunen bij het testen, zodat de testlocaties aan blijven sluiten bij de vraag.

## Spoor 2: Testen ten behoeve van een coronatoegangsbewijs

### *Testcapaciteit op de Waddeneilanden*

De recente aanscherping van de maatregelen heeft effect gehad op de testvraag voor Testen voor Toegang. Als gevolg van een dalende testvraag zijn enkele testlocaties gesloten. In veel gevallen heeft dat geen effect gehad op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van Testen voor Toegang, behalve op de Waddeneilanden. Op de Waddeneilanden varieert de testvraag van enkele testen per dag tot enkele tientallen in de week waardoor testlocaties niet rendabel zijn. Afgelopen weken is veel contact geweest tussen het Ministerie van VWS, Stichting Open Nederland, de gemeenten van de Waddeneilanden en de testaanbieders die actief zijn op die Waddeneilanden. De Waddeneilanden zijn, als gevolg van de ligging in combinatie met de relatief hoge vaccinatiegraad van de bewoners, uniek in relatie tot andere gemeenten. Om testcapaciteit te kunnen borgen op de Waddeneilanden heb ik de Stichting Open Nederland de opdracht gegeven testcapaciteit voor de Waddeneilanden in te kopen. SON heeft een concessie uitgeschreven op basis waarvan de testcapaciteit wordt geborgd. De voorlopige gunning is reeds gecommuniceerd naar de deelnemende partijen en de concessie zal medio december 2021 definitief worden gegund. In de tussentijd zorgt SON er samen met de huidige testaanbieders en gemeenten voor dat testcapaciteit op de Waddeneilanden beschikbaar blijft voor burgers en/of toeristen.

### *Onderzoek effectiviteit CTB*

Uw Kamer heeft met de motie Westerveld verzocht om de effectiviteit van coronatoegangsbewijzen, afgezet tegen iedereen testen (1G) te onderzoeken.<sup>19</sup> In de brief aan uw Kamer van 12 november jl. heb ik aangegeven onderzoek te laten verrichten. Dat onderzoek zal uit twee delen bestaan. Het eerste deel is een studie van de TU Delft, bestaande uit een internationale vergelijking, een survey en modelanalyses. Ik zal de uitkomsten van de studie zo snel mogelijk met uw Kamer delen. Daarnaast onderzoek ik momenteel wat de mogelijkheden zijn voor onderzoek naar de effectiviteit van het CTB in de praktijk. Voor het eind van het jaar zal ik uitgebreider schetsen hoe dat onderzoek er uit komt te zien.

### *Resultaten gedragsonderzoek over invoering profijtbeginsel*

Sinds 25 september jl. is het in Nederland op bepaalde locaties verplicht een coronatoegangsbewijs te tonen om toegang te krijgen tot een locatie en/of dienst. Mensen die niet volledig gevaccineerd zijn en geen recent herstelbewijs hebben, kunnen gratis testen voor toegang. Op basis van een negatieve testuitslag kunnen zij vervolgens voor maximaal 24 uur een geldig toegangsbewijs verkrijgen.

Vooruitlopend op de inwerkingtreding van het coronatoegangsbewijs is op 18 augustus jl. een motie van het lid Paternotte<sup>20</sup> aangenomen met het verzoek om toe te gaan werken naar het instellen van een profijtbeginsel bij het testen voor toegang, waarbij mensen die om medische redenen niet gevaccineerd kunnen worden voor de eigen bijdrage moeten worden

<sup>19</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1481.

<sup>20</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1398.



uitgezonderd. Het kabinet besloot eerder om nog niet direct over te gaan tot het invoeren van een eigen bijdrage vanwege de breedte van de inzet van coronatoegangsbewijzen. Wel gaf ik in de Stand van Zakenbrief van 14 september jl.<sup>21</sup> reeds aan dat ik in het kader van deze motie een onderzoek zou laten uitvoeren naar de mogelijke effecten van de invoering van het profijtbeginsel bij toegangstesten. Het onderzoek en de uitkomsten hiervan treft u bijgaand aan.<sup>22</sup> Het onderzoek had de vorm van een enquête waarin de volgende vragen aan de orde kwamen:

1. Hoe gevaccineerden en ongevaccineerden denken over toegangstesten en het vragen van een bijdrage voor toegangstesten;
2. Wat de invoering van het profijtbeginsel eventueel betekent voor de vaccinatiebereidheid;
3. Wat het effect is van de invoering van het profijtbeginsel op de deelname aan activiteiten door ongevaccineerden daar waar een coronatoegangsbewijs gevraagd wordt.

De enquête toont allereerst aan dat onder gevaccineerden veel draagvlak is voor het vragen van een eigen bijdrage voor het testen voor toegang. Meer dan 2 op de 3 gevaccineerden vindt het vragen van een eigen bijdrage redelijk, met een voorkeur voor een bedrag van € 7,50. Bij ongevaccineerde Nederlanders daarentegen is veel weerstand tegen de bestaande plicht rondom het coronatoegangsbewijs. Met de invoering van een eigen bijdrage voor het testen voor toegang neemt die weerstand verder toe en is ook vrijwel niemand van hen het eens met de invoering van een eigen bijdrage.

Ten tweede geven ongevaccineerde respondenten aan dat het invoeren van het profijtbeginsel weinig invloed zal hebben op hun vaccinatiebereidheid.

Ten derde geven de respondenten aan dat de testbereidheid voor het testen voor toegang zou afnemen wanneer het profijtbeginsel wordt ingevoerd, hoewel de sterkte van het effect wel verschilt per type activiteit. Voor laagdrempelige activiteiten, zoals koffiedrinken en naar de kroeg is dit effect sterker dan bij beter te plannen activiteiten, zoals evenementen en discotheken, maar respondenten geven aan liever thuis te blijven dan een eigen bijdrage te betalen. Hierbij is belangrijk, zeker ook met het oog op potentiële uitsluiting, dat de testbereidheid niet sterker afneemt bij mensen met een lager inkomen. Bij jongeren lijkt er wel sprake van een iets sterkere afname van de testbereidheid ten opzichte van andere leeftijdsgroepen.

Concluderend laat het onderzoek zien dat er draagvlak is voor een profijtbeginsel onder de gevaccineerde respondenten en er geen draagvlak is onder de niet gevaccineerde respondenten. Het kabinet neemt deze resultaten mee bij toekomstige overwegingen over het invoeren van het profijtbeginsel.

### *2c – Preventief testen in het onderwijs*

Het kabinet heeft 26 november jl. reeds besloten tot het langer gratis beschikbaar stellen van zelftesten in het onderwijs. Het kabinet heeft naar aanleiding van het 131<sup>ste</sup> OMT-advies besloten om de doelgroep waarvoor zelftesten gratis worden verstrekt, uit te breiden met leerlingen in groep 6, 7 en 8 in het primair onderwijs (po). In week 49 is een eerste levering zelftesten voor deze leerlingen geleverd aan de basisscholen. Samen met

<sup>21</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

<sup>22</sup> Bijlage: Rapport gedragsonderzoek profijtbeginsel toegangstesten.

de leveringen voor de leraren zijn in week 49 ruim 3 miljoen zelftesten verspreid in het po.

Naast deze leveringen is doorgedaan met het leveren van zelftesten aan leerlingen, studenten en docenten in het voortgezet onderwijs (vo), middelbaar beroepsonderwijs (mbo) en hoger onderwijs (ho). In week 49 zijn daar respectievelijk circa 2 miljoen, 85.000 en 250.000 zelftesten geleverd. Daarnaast kunnen studenten en docenten in het mbo en ho zelftesten aanvragen via het SURF-portaal ([www.zelftestonderwijs.nl](http://www.zelftestonderwijs.nl)). In week 49 kwamen er 70.741 aanvragen binnen. Per aanvraag via het SURF-portaal worden er 4 zelftesten thuisbezorgd.

### *Bevoorrading zelftesten onderwijs*

Dit najaar is een aanbesteding uitgevoerd om in de komende periode te voorzien in de vraag naar zelftesten in verschillende sectoren die door de rijksoverheid worden bevoorrad; de gunning wordt momenteel definitief gemaakt. Na het 131<sup>ste</sup> OMT-advies ontstond echter een acute aanvullende behoefte aan zelftesten, waarin niet kon worden voorzien met de bestaande voorraden. Daarom zijn, vooruitlopend op de aanbesteding, 13 miljoen zelftesten besteld. Als deze spoedbestelling niet was geplaatst, hadden niet alle scholen en onderwijsinstellingen tijdig voldoende zelftesten ontvangen om het kabinetsbesluit over de uitbreiding van het preventief zelftestbeleid op scholen te kunnen uitvoeren.

Samen met de Minister van OCW en de Minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media draag ik er zorg voor dat de zelftesten in deze en de komende week worden geleverd en gedistribueerd aan scholen en onderwijsinstellingen. Dit vergt inzet en flexibiliteit van de betrokken partijen in de distributieketen, maar zo kan elke leerling, student en docent beschikking hebben over voldoende zelftesten tot na de kerstvakantie.

Uit de prognoses van het Ministerie van OCW blijkt dat in de komende maanden nogmaals ongeveer 37 miljoen zelftesten nodig zijn om in de behoefte te voorzien, naast ongeveer 15 miljoen stuks bij onder meer sociale minima. De bestelling hiervan heb ik, met het oog op de huidige krappe wereldmarkt voor zelftesten en goederenvervoer, in gang gezet bij de onder de aanbesteding gegunde leveranciers. Deze krappe markt zorgt er wel voor dat leveringen soms wijzigen of vertragen, en de leveringszekerheid niet optimaal is. Hierom is er dagelijks contact met leveranciers, distributeurs en afnemers om in de komende weken en maanden zorg te dragen voor voldoende bevoorrading.

Bij de huidige behoefte aan zelftesten is de genoemde aanbesteding binnen enkele maanden uitgeput. Hierom ben ik de voorbereiding van een nieuwe aanbesteding voor de periode na de eerste maanden van 2022 reeds gestart.

### Zelftesten

Het OMT heeft in haar 130<sup>e</sup> advies geadviseerd om een zelftest te gebruiken bij klachten. Het kabinet heeft dit advies opgevolgd en dit gewijzigde beleid is per 3 december jl. ingegaan. Aanvullend adviseerde het OMT om zelftesten breed beschikbaar te stellen aan alle Nederlanders. Het kabinet heeft besloten om, naast de zelftesten die beschikbaar gesteld worden aan het onderwijs en aan kwetsbaren in thuisisolatie, zich te richten op sociale minima die om financiële redenen niet zelfstandig in zelftesten kunnen voorzien. Voor deze laatste groep werden al zelftesten beschikbaar gesteld, via Voedselbank NL, het Armoedefonds en andere maatschappelijke organisaties, dit zal worden geïntensiveerd. Kwetsbaren

in thuisisolatie kunnen via hun eigen apotheek zelftesten krijgen. Hiermee voldoe ik aan de motie van het lid Westerveld c.s.<sup>23</sup> om via apotheken gratis zelftesten te verstrekken aan mensen die hierin zelf niet kunnen voorzien.

Het testbeleid houdt sinds 3 december jl. in dat mensen met milde klachten ervoor kunnen kiezen om ofwel direct naar de GGD teststraat te gaan ofwel eerst een zelftest te doen. Men wordt bij een positieve zelftest dringend geadviseerd om in isolatie te gaan, contacten in te lichten en een confirmatietest te laten doen bij de GGD. Wanneer de confirmatietest positief is, zal het bron- en contactonderzoek worden opgestart. Het is niet mogelijk om op basis van een positieve zelftestuitslag een herstellbewijs te verkrijgen. Hiervoor blijft een confirmatietest bij de GGD noodzakelijk. Voor risicogroepen<sup>24</sup>, ernstig zieke personen en mensen die werken met deze doelgroepen blijft het advies om altijd een PCR-test te laten doen bij de GGD. Bij het testen op de vijfde quarantainedag met het doel om quarantaine op te heffen blijft eveneens een GGD-test nodig. Wel wordt er geadviseerd om, wanneer iemand in contact is geweest met een positief getest persoon, direct een zelftest te doen, ook wanneer degene die zo'n contact heeft gehad al is gevaccineerd of hersteld.

Het is belangrijk dat mensen alleen zelftesten gebruiken met een CE-markering voor zelfgebruik, of met een door het Ministerie van VWS verleende ontheffing. De door het Ministerie van VWS verleende ontheffingen zijn geldig tot en met 31 december 2021 en worden niet verlengd omdat er inmiddels veel zelftesten met een CE-markering op de markt zijn. Voor wederverkopers van zelftesten met een ontheffing geldt: u mag bij de fabrikant, importeur en/of distributeur na 31 december 2021 geen bestellingen meer plaatsen voor zelftesten die met een tijdelijke ontheffing op de markt zijn gebracht. Voor de tot 31 december 2021 reeds geproduceerde en gedistribueerde voorraden waarop staat dat deze met een tijdelijke ontheffing in de handel zijn gebracht, geldt een uitverkoopregeling. Dus, zolang de distributeur of groothandel nog voorraden van zelftesten met een tijdelijke ontheffing beschikbaar heeft, mogen deze worden geleverd en verkocht. Dit betekent dat dat voorraden die op 31 december 2021 in de schappen van bijvoorbeeld importeurs, distributeurs, supermarkten, apotheken of drogisterijen liggen, mogen worden opgemaakt. Vanzelfsprekend mag een zelftest niet meer worden verkocht als de uiterste houdbaarheidsdatum is verstreken.

Op de website van de rijksoverheid staat uitgelegd hoe de consument kan herkennen dat een zelftest een CE-markering heeft.<sup>25</sup> Het OMT heeft bovendien geadviseerd om extra onderzoek te starten naar welke goed verkrijgbare zelftesten voldoende gevoelig zijn en die ruim verkrijgbaar zijn. Ik heb het LCT gevraagd dit onderzoek uit te voeren en mij op basis van de uitkomsten te adviseren.

#### *Pilots begeleid zelftesten*

In de stand van zakenbrief van 2 november heb ik uw Kamer geïnformeerd over het opzetten van drie pilots begeleid zelftesten ten behoeve van het verkrijgen van een coronatoegangsbewijs. Inmiddels is de

<sup>23</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1577.

<sup>24</sup> Risicogroepen zijn onder andere mensen ouder dan 70 jaar en volwassen (>18 jaar en <70 jaar) met onderliggende ziekten zoals chronische luchtweg- of longproblemen, chronische hartproblemen, nierproblemen, een verminderde weerstand, een hiv-infectie, ernstig overgewicht en het syndroom van Down. Specificaties zijn te vinden op: [www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/risicogroepen](http://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/risicogroepen).

<sup>25</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/testen/zelftesten-en-het-coronavirus/geschikte-corona-zelftesten>.

Tijdelijke Regeling Maatregelen aangepast wat het opzetten van de pilots begeleid zelftesten ten behoeve van een coronatoegangsbewijs mogelijk maakt. Momenteel wordt hard gewerkt aan het protocol en de organisatie en uitvoering van deze pilots. De uitvoering behelst redelijk wat werk vanwege de aanpassingen die nodig zijn in de CoronaCheck app, het afspraken portaal van SON en de juridische, financiële en technische afstemming tussen de testaanbieders, VWS en SON. Ik hoop in maart uw Kamer te informeren over de resultaten van deze pilots en over een mogelijk vervolg.

### *Zelftesten aan sociale minima*

In de Maatregelenbrief van 12 november jl.<sup>26</sup> die ik aan uw Kamer stuurde, informeerde ik u over de initiatieven om zelftesten breed beschikbaar te stellen aan sociale minima via bestaande netwerken. Het kabinet hecht er waarde aan dat Nederlanders laagdrempelig toegang hebben tot zelftesten. Enerzijds doordat zelftesten breed beschikbaar en betaalbaar zijn in winkels, supermarkten en drogisterijen. Anderzijds doordat eventuele financiële drempels voor sociale minima worden verlaagd.

Om de verstrekking van zelftesten aan sociale minima zo gericht en doeltreffend mogelijk te doen, wordt gebruik gemaakt van bestaande netwerken. Graag geef ik uw Kamer hierover een update:

- Het Rode Kruis heeft aangegeven behoefte te hebben aan ca. 86.400 zelftesten op 7 locaties. Deze testen zijn in week 49 (6 t/m 12 december) geleverd. Het Rode Kruis distribueert de zelftesten via hun fijnmazige netwerk.
- Het Armoedefonds heeft in week 49 (6 t/m 12 december) 250.000 zelftesten ontvangen. De zelftesten distribueren zij naar lokale hulporganisaties. Via de lokale hulporganisaties bereiken de zelftesten de minima.
- De Voedselbank NL heeft aangegeven behoefte te hebben aan ca. 49.500 zelftesten op 4 locaties. Deze testen worden in week 50 (13 december t/m 19 december) geleverd, de regionale voedselbanken distribueren de zelftesten via hun fijnmazige netwerk.
- Het Leger des Heils heeft aangegeven behoefte te hebben aan zelftesten, op basis hiervan worden in eerste instantie ca. 64.000 zelftesten op ca. 197 locaties geleverd.
- Voor de 352 gemeenten zijn 2 miljoen zelftesten beschikbaar gesteld voor mensen met een minimuminkomen of uitkering. Daar komen nog eens 8 miljoen zelftesten bij voor de komende maanden. Momenteel worden de voorbereidingen getroffen voor de logistiek en hoe de verdeling onder gemeenten plaats kan vinden.

Met het breed beschikbaar stellen van zelftesten aan sociale minima voldoe ik tevens aan de toezegging aan het lid Hijink om te zorgen dat zelftesten op een nuttige manier worden ingezet voor de datum verloopt.

### Serologie

Uit uw Kamer heb ik de wens gehoord om te kijken wat wel mogelijk kan zijn op het gebied van serologisch testen en volg daartoe de ontwikkelingen op dit gebied nauwlettend. Zo zijn recent gesprekken gevoerd met Zwitserland en Israël. In deze landen wordt serologie al wel in gezet voor een herstellbewijs voor nationaal gebruik. In Israël wordt serologie echter uitsluitend gebruikt als aanvullende test bij de afgifte van een herstellbewijs en niet als alleenstaand bewijs van een doorgemaakte infectie.

<sup>26</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1519.

Zwitserland erkende te worstelen met het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing voor internationaal geaccepteerde afkapwaardes en de daaraan gekoppelde geldigheidsduur. Toch heeft Zwitserland besloten om bij een positieve uitslag van een serologische test, als deze is geanalyseerd door een geaccrediteerd laboratorium, een herstelbewijs met een beperkte geldigheidsduur van 90 dagen af te geven, wel wetende dat deze termijn niet op zekere gronden is gesteld. Daarbij betalen mensen in Zwitserland zelf voor deze test. Tot nu toe zijn er dus geen landen gevonden waar de serologische test als volwaardig alternatief wordt ingezet. Ook is hier relevant dat in EU-verband nog geen overeenstemming is bereikt om serologische testen te gebruiken als basis voor een herstelbewijs om mee te reizen.

#### Governance Test- en Traceerketen

##### *LCT*

De LCT heeft van mij de opdracht gekregen om mij te adviseren over de motie van het lid Bikker c.s.<sup>27</sup> over de het uitbreiden van de testcapaciteit. De LCT kijkt naar de inzet van de reeds ingekochte LAMP- en Strip-apparatuur (en eventuele andere apparatuur). Deze apparaten worden op dit moment niet of weinig gebruikt in het testlandschap. Indien een ophoging van de testcapaciteit noodzakelijk is door verbreding van het CTB of door het 1G-beleid kunnen deze apparaten mogelijk een bijdrage leveren aan de realisatie van de benodigde testcapaciteit. Voor die tijd zal ik uw Kamer informeren over het advies dat de LCT mij in antwoord op deze motie zal geven.

##### *Dienst Testen: voorraad antigeentesten*

Zoals eerder aan uw Kamer gedeeld, heeft het Ministerie van VWS een voorraad antigeentesten aangekocht om voorzien te zijn voor een brede inzet. Het Ministerie van VWS streeft naar een zo efficiënte en effectieve inzet van de huidige antigeenvoorraad. Afgelopen september had het Ministerie van VWS ca. 13 miljoen antigeentesten met een houdbaarheidsdatum tot en met december 2021. Een groot deel van de voorraad is doelmatig ingezet in spoor 2a (Testen voor Toegang) en een klein gedeelte in spoor 1. Het was echter niet mogelijk om de volledige voorraad in te zetten, waardoor een deel van de antigeentesten zijn afgeschreven (ca. 5,7 miljoen antigeentesten).

In 2022 heeft het Ministerie van VWS ca. 17,9 miljoen antigeentesten op voorraad die gedurende dat jaar over datum gaan. De inzet is om deze testen nuttig te gebruiken, dan wel tijdig te verkopen of doneren. Gepoogd wordt vernietiging te vermijden. Omdat een tekort aan testen onwenselijk is, moeten voldoende ruime voorraden worden aangehouden. Hierdoor is het nooit geheel uit te sluiten dat er testen over datum gaan en dus moeten worden vernietigd. Ik blijf de Kamer informeren over de stand van zaken omtrent het voorraadbeheer. Hiermee voldoe ik aan de motie Bikker en Westerveld om te onderzoeken op welke manier de antigeentests op voorraad bij het ministerie zo goed mogelijk besteed kunnen worden.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1586.

<sup>28</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1587.

## Bron- en contactonderzoek

Het aantal besmettingen is nog steeds erg hoog. Hierdoor blijft het voor de BCO-medewerkers erg druk. GGD'en volgen elke besmetting op met een vorm van BCO. Door het hoge aantal besmettingen is de vorm van BCO die wordt opgevolgd minder intensief. In specifieke gevallen (zoals mogelijke besmetting met de omikronvariant) wordt uitgebreider BCO gedaan. Om na besmetting verdere verspreiding te voorkomen is het belangrijk dat iedereen blijft meewerken aan BCO.

### *BCO: testbeleid voor huisgenoten en nauwe contacten*

Op basis van het 128<sup>e</sup> en 130<sup>e</sup> OMT-advies is het testadvies voor huisgenoten en nauwe contacten gewijzigd. Dit betekent dat sinds 3 december jl. dezelfde testadviezen gelden voor huisgenoten (categorie 1) en nauwe contacten (categorie 2) voor zowel immune als niet-immune contacten.

### *BCO bij verdenking omikronvariant*

De GGD voert op dit moment uitgebreid BCO uitconform fase 1 BCO op maat bij alle indexen met een verdenking op de omikronvariant op basis van een specifieke omikronvariant-PCR, of een reisgeschiedenis naar Zuid-Afrika, Mozambique, Lesotho, Swaziland (Eswatini), Namibië, Zimbabwe, Malawi en Botswana en Nigeria. Een asymptomatisch positief getest persoon met verdenking op de omikronvariant die geen klachten ontwikkelt, blijft in ieder geval 5 dagen na de testdatum in isolatie, ongeacht immunestatus. Alle COVID-positief geteste personen die asymptomatisch terugkeren uit zuidelijk Afrika wordt dringend verzocht op dag 5 na terugkeer opnieuw te testen met PCR en bij een positieve uitslag tenminste nog 5 dagen in isolatie te laten gaan, gerekend vanaf de tweede testafname.

- Voor contacten van een positief getest persoon zonder klachten met verdenking op omikronvariant geldt hetzelfde advies als voor contacten van indexen met klachten.
- Het verschil met het reguliere BCO beleid is dat voor nauwe contacten geldt dat zij een quarantaineadvies krijgen, ongeacht de immunestatus.
- Overige niet nauwe contacten (categorie 3) worden geïnformeerd over de blootstelling en krijgen het advies om zich bij klachten te laten testen bij de GGD.

### *BCO in kinderopvang en het onderwijs*

Bij het beleid voor contacten op de kinderopvang (ko) en scholen (po en v(s)o) zal het extra testadvies voor nauwe contacten worden opgenomen.

#### *Bij 1 of 2 besmettingen in de klas of groep:*

- ko en po: kinderen gaan niet in quarantaine en krijgen het advies om bij klachten te testen. Dat kan met een zelftest of bij de GGD.
- v(s)o: zowel niet-immune als immune nauwe contacten krijgen een testadvies, zo spoedig mogelijk een zelftest en op dag 5 een test bij de GGD.

#### *Bij een uitbraak in de groep of klas:*

Vanwege de hoge besmettingsgraad is maatwerk bij veel GGD'en niet altijd meer mogelijk. Het beleid bij 3 of meer besmettingen in de klas binnen een periode van 7 dagen is dat in principe de hele klas in quarantaine gaat. Dit is ook afhankelijk van lokale afspraken met de GGD en



beoordeling van de GGD of er transmissie in de groep of klas heeft plaatsgevonden. Dit is ook gecommuniceerd in de Nieuwsbrief COVID-19: Kinderen en scholen van 26 november 2021.<sup>29</sup>

De ko, het po en v(s)o kunnen zich zo beter voorbereiden op eventuele quarantaine van een groep/klas. Het advies aan de ko en onderwijsinstellingen is namelijk dat voordat een klas/groep of school in quarantaine gaat, eerst contact wordt gelegd met de GGD voor overleg. Het uitgangspunt blijft om het onderwijs zo lang mogelijk open te houden in het belang van de ontwikkeling van kinderen.

Uitgezonderd van quarantaine bij een uitbraak op ko of po of v(s)o zijn immune kinderen en medewerkers. Wel krijgen alle kinderen en medewerkers de testadviezen om zo spoedig mogelijk (zelftest) en op dag 5 (bij de GGD) te testen. De immune personen hoeven niet thuis te blijven in afwachting van het testresultaat.

Dit beleid is op 3 december jl. ingegaan.

### *Feiten en Cijfers*

**Tabel 2. Feiten en cijfers Testen en Traceren week 47–49**

Indicator	Week 47	Week 48	Week 49
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen) <sup>1, 2</sup>	705.446 totaal per week 100.778 gemiddeld per dag	658.931 totaal per week 94.133 gemiddeld per dag	490.021 totaal per week 70.003 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen bij GGD testlocaties <sup>1</sup>	673.379 testen per week 96.197 gemiddeld per dag	627.410 testen per week 89.630 gemiddeld per dag	457.954 testen per week 65.422 gemiddeld per dag
Percentage sneltesten van het totaal aantal afgenomen testen bij de GGD <sup>1</sup>	2,3%	2,3%	1,7%
Totaal aantal afgenomen testen voor toegang en percentage positief <sup>3</sup>	458.557 testen per week 1,3% positieven in testen voor toegang	290.258 testen per week 1,7% positieven in testen voor toegang	264.365 testen per week 1,2% positieven in testen voor toegang
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten <sup>3</sup>	155.152 meldingen bij het RIVM 142.822 positieven uit de GGD-testlocaties 21,4% positieven in GGD-testlocaties	147.982 meldingen bij het RIVM 132.187 positieven uit de GGD-testlocaties 21,3% positieven in GGD-testlocaties	116.477 meldingen bij het RIVM 106.346 positieven uit de GGD-testlocaties 23,4% positieven in GGD-testlocaties
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen <sup>4</sup>	43% (meting 16-22 november)	43% (meting 16-22 november)	43% (meting 16-22 oktober)
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname <sup>1</sup>	29,7 uur	26,7 uur	20,3 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag <sup>1</sup>	19,4 uur	20,5 uur	18,4 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraak en testuitslag <sup>1</sup>	51,1 uur	47,2 uur	38,7 uur

<sup>29</sup> [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/11/26/coronavirus-overzicht-onderwijs](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/11/26/coronavirus-overzicht-onderwijs).

Indicator	Week 47	Week 48	Week 49
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) <sup>1</sup>	33,6 uur	33,1 uur	33,8 uur

<sup>1</sup> Bron: CoronIT en Dienst Testen lab-uitvraag (14/11/2021).

<sup>2</sup> Het gaat hier om het totaal aantal COVID-19 testen afgenomen door GGD teststraten en zorginstellingen (ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsen)

<sup>3</sup> Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (14/11/2021).

<sup>4</sup> Bron: Trendonderzoek RIVM via <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/trendonderzoek/naleving-van-en-draagvlak-voor-basis-gedragsregels>.

## 8. Vaccins

### *Invloed omikronvariant op de campagne voor boostervaccinatie*

Zoals ik aan het begin van deze brief uiteen heb gezet, geeft het OMT aan dat de omikronvariant naar verwachting in januari dominant zal zijn in Nederland. Zoals hiervoor aangegeven, is nog veel onduidelijk over de precieze eigenschappen van de omikronvariant en de betekenis hiervan voor het verloop van de epidemie. De omikronvariant verspreidt zich sneller dan de huidige deltavariant. De eerste studies duiden op een verminderde effectiviteit van opgebouwde immuniteit door vaccinatie of eerder doorgemaakte infectie als component hierin. Of de variant daarnaast ook een verhoogde besmettelijkheid en ziektelast kent, is nog niet duidelijk. Er is ook nog grote onzekerheid hoe ernstig infecties door de omikronvariant verlopen en wat de kans op ziekenhuisopname is na infectie. Hierover hoopt het OMT na deze week meer informatie te hebben. Er zijn wel aanwijzingen op basis van eerste resultaten in het Verenigd Koninkrijk dat een recente boostervaccinatie de bescherming na vaccinatie weer op goed niveau zou brengen. Vanwege de onzekerheden rondom de omikronvariant en de noodzaak om de verspreiding van de nieuwe variant en risico's op ziekenhuis- en IC-opnames te kunnen beperken, adviseert het OMT de boostercampagne verder te versnellen.

### *Vervolg boosteroffensief*

In mijn brief van 3 december jl.<sup>30</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd over de versnelling in de boostercampagne. Afgelopen weekend heb ik het RIVM en GGD GHOR Nederland naar aanleiding van de advisering van het OMT gevraagd wat moet gebeuren om zo snel mogelijk, zo veel mogelijk mensen van 18 jaar en ouder uit te nodigen voor een boostervaccinatie. Op basis van de uitwerking van het RIVM en de GGD heb ik besloten de boostercampagne verder te versnellen. In de tweede helft van januari willen we de boostercampagne hebben afgerond. Alle 18-plussers die drie maanden of langer geleden hun laatste vaccinatie hebben gehad – of van corona zijn genezen – hebben dan de kans gekregen op hun booster. Dit vergt een enorme inspanning van het RIVM, de GGD'en en vele andere partijen, waarvoor ik hen zeer dankbaar ben.

In onderstaande toelichting geef ik tevens antwoord op vragen van het lid De Vries (VVD) over het bericht «De Jonge: Nederland op tijd geboosterd voor reisbewijs»<sup>31</sup> en voldoe ik aan de motie van het lid Den Haan c.s. over het inventariseren van mogelijke hulp bij de boostercampagne.<sup>32</sup>

<sup>30</sup> 2021Z22587.

<sup>31</sup> 2021Z22995.

<sup>32</sup> 25 295, nr. 1602.

## Verdere versnelling

Om iedereen die dat wil uiterlijk in de tweede helft van januari een vaccinatie aan te bieden wordt de boostercampagne opgeschaald en vereenvoudigd. Vandaag zijn de laatste geboortejaren (1960 en 1961) van de groep 60 jaar en ouder die in of voorbij de zevende maand na de laatste prik of doorgemaakte COVID-19-besmetting zitten, opgeroepen via (sociale) media om een afspraak te maken voor een boostervaccinatie. De komende dagen kunnen alle mensen van 60 jaar en ouder een afspraak maken het digitale afsprakenportaal van GGD als de primaire vaccinatie minimaal 3 maanden geleden is afgerond en een eventuele doorgemaakte infectie ook minimaal 3 maanden geleden is. Het gaat om een groep van circa 1,2 miljoen mensen. Vervolgens wordt iedereen van oud naar jong tot en met 18 jaar via (sociale) media opgeroepen ook een afspraak te maken.

*De groep mensen die in het voorjaar met voorrang een vaccinatie aangeboden hebben gekregen op basis van een medische indicatie (de zogenaamde «griepgroep»)*

Dit voorjaar hebben ruim 1 miljoen mensen behorende tot de «griepgroep» met voorrang een COVID-19-vaccinatie aangeboden gekregen. De 60-plussers van deze griepgroep hebben inmiddels al een afspraak kunnen maken. Een groot deel van deze groep krijgt vanaf 23 december a.s. een sms met een oproep zich te melden bij een GGD in de regio voor zover zij nog niet uitgenodigd zijn op basis van hun leeftijd.

*De groep mensen van 60 jaar en jonger, op basis van leeftijd van oud naar jong, mits zij 3 maanden geleden de laatste prik hebben gehad of doorgemaakte COVID-19-besmetting*

Deze mensen ontvangen op basis van geboortjaar via de (sociale) media een uitnodiging een afspraak te maken. Op deze manier komt iedereen zo snel mogelijk aan de beurt. Meer uitleg over de communicatieve ondersteuning van de boostercampagne staat onder paragraaf 16 van deze brief.

## Interval boostervaccinatie na drie maanden

Tot en met vandaag hanteerden RIVM en GGD in de uitvoering een interval van zes maanden, en werd gestreefd naar een boostervaccinatie in de zevende maand. Met de versnelling van de boostercampagne vanwege de omikronvariant wordt gekozen voor een interval van minimaal drie maanden.

De uitvoeringsrichtlijn van het RIVM met betrekking tot het toedienen van een boostervaccinatie geven een interval aan van minimaal drie maanden na de laatste prik uit de basisserie tot de booster. Daarbij wordt ook aangegeven dat een interval van zes maanden meer effect heeft op de opbouw van de immuniteit dan drie maanden. De verkorting van een interval naar minimaal drie maanden is echter momenteel – vanwege de opkomst van de omikronvariant – in het belang van de volksgezondheid, om zo snel mogelijk de afgenomen bescherming weer te stimuleren. Zo kunnen grote groepen mensen extra immuniteit opbouwen tegen de omikronvariant.

## Vaccinatielocaties en capaciteit GGD

De GGD'en hebben afgelopen week ruim 380.000 vaccinaties gezet bij de groep 60 jaar en ouder die naar de vaccinatiestraten kunnen komen. Dat was al meer dan volgens het plan van aanpak van het boosteroffensief (350.000) was gepland. Tot en met afgelopen zondag zijn door de GGD'en en zorginstellingen in totaal ruim 1,1 miljoen boostervaccinaties of derde prikken gezet. Het algemene beeld is dat de afsprakenslots van de GGD'en goed gevuld zijn. De versnelling vanwege de omikronvariant betekent dat de GGD verder opschaaft. Op dit moment zijn er 85 vaccinatielocaties operationeel met nog 15 locaties te openen in de komende maand. Daarnaast zijn er nog 40 satellietlocaties, die één of enkele dagen per week open zijn. Tevens zijn er 10 XXL-locaties welke meer dan 12 priklijnen hebben. GGD GHOR Nederland streeft hiermee naar een landelijke dekking. De gemiddelde reistijd naar een vaccinatielocatie is ongeveer 12 minuten. Indien mensen sneller een afspraak willen, kan het zijn dat men daar langer voor moet reizen.

De personele capaciteit wordt fors verder opgeschaald. Voor deze enorme opgave overlegt de GGD GHOR met verschillende partijen voor extra bijstand, zoals huisartsen, Defensie, het Rode Kuis, uitzendbureaus, onderwijskoepels en vele anderen. Hiermee voldoe ik aan de motie van het lid Den Haan c.s. over het inventariseren van mogelijke hulp bij de boostercampagne.<sup>33</sup> Specifiek heeft het lid Westerveld in het debat van 1 december jl. een motie<sup>34</sup> ingediend om het gesprek aan te gaan met geneeskundestudenten aangaande hun inzet bij de GGD. GGD GHOR Nederland heeft contact gehad met een vertegenwoordiger van de geneeskundestudenten. Studenten Geneeskunde worden gestimuleerd om zich bij de uitzendbureaus in GGD-regio's te melden zodat ze via de uitzendbureaus ingezet kunnen worden bij de boostercampagne. Ook deze hulp is zeer welkom. Ik beschouw de motie hiermee als afgedaan.

Ook worden mensen ingezet die zijn en worden geworven via het GGD-reservistenplatform. Er zijn zo'n 12.000 aanmeldingen via [ggdreservisten.nl](https://ggdreservisten.nl) binnengekomen. De afgelopen dagen is een inventarisatie gemaakt. Op basis van een pilot in 3 regio's schatten de GGD'en dat er gemiddeld 100 geschikte kandidaten per regio in de reservistenpool zitten. Inzet van deze mensen hangt af van een match tussen beschikbaarheid en behoefte.

Wat uit de inventarisatie onder andere naar voren is gekomen is dat er ook een groep mensen is die zich hebben aangemeld met andere motieven dan een daadwerkelijke wens om ingezet te worden. Zo zijn er reacties van mensen die zelf een boostervaccinatie willen in ruil voor werk, of van mensen die de site gebruiken om hun mening over de Coronabestrijding te delen. Daarnaast is er een groep die niet aan de voorwaarden voldoet. Veel mensen willen eenmalig voor enkele uren ingezet worden. Hoewel ook deze hulp wordt gewaardeerd, is het administratief voor de GGD'en lastig te organiseren als mensen eenmalig of voor een hele korte periode kunnen ondersteunen. Om tot goed gestructureerde en gevulde roosters te komen is het van belang dat mensen minimaal 16 uur per week beschikbaar zijn. Deze en andere voorwaarden zijn vooraf gecommuniceerd op de eerdergenoemde website.

---

<sup>33</sup> 25 295, nr. 1602.

<sup>34</sup> 25 295, nr. 1602.

Tevens is de GGD GHOR Nederland in overleg met de IGJ hoe gepensioneerde artsen die niet meer beschikken over een BIG-registratie verantwoord kunnen worden ingeschakeld. GGD GHOR Nederland en de IGJ werken aan een werkbaar protocol waarmee kan worden vastgesteld dat de arts bekwaam is voor de taak.

#### Inzet ziekenhuizen en huisartsen

Al meerdere keren heb ik met de ziekenhuizen gesproken over de hulp die ziekenhuizen en ziekenhuispersoneel kunnen bieden in de COVID-19-vaccinatiecampagne. Ook heb ik al veelvuldig gebruik gemaakt van de aangeboden hulp. Zo wordt op dit moment door ziekenhuizen onder andere personeel beschikbaar gesteld om regionaal te helpen in de vaccinatielocaties van de GGD. Daarnaast hebben ziekenhuizen de verantwoordelijkheid genomen om hun eigen personeel met patiënt-contact, maar ook ambulancepersoneel en huisartsen en hun personeel, te vaccineren in de huidige boostercampagne. Ik ben de ziekenhuizen zeer erkentelijk voor deze hulp.

Om de verdere versnelling van de boostercampagne vanwege de omikronvariant te kunnen realiseren zodat uiterlijk in de tweede helft van januari alle Nederlanders ouder dan 18 jaar een boostervaccinatie hebben kunnen krijgen, schalen de GGD'en verder op. Dat is een gigantische operatie. De boostercampagne de tweede helft van januari afronden kunnen de GGD'en echter niet alleen. Om die reden heb ik de ziekenhuizen en de huisartsen wederom gevraagd bij te dragen aan de campagne. Aan ziekenhuizen is gevraagd verspreid over het land een aantal priklocaties te organiseren en zo mee willen helpen (met zo'n 1 miljoen extra prikken) om deze enorme versnelling te realiseren. De ziekenhuizen bezien of en hoe ze tegemoet kunnen komen aan dit verzoek. In de komende dagen vervolg ik mijn gesprek met de ziekenhuizen.

Daarnaast heb ik de LHV gevraagd bij te dragen aan het vaccineren van niet-mobiele thuiswonende mensen of bewoners van kleine instellingen. De LHV heeft toegezegd zijn achterban te vragen daar waar het kan om mee te werken.

Ik realiseer me dat de werkdruk bij het ziekenhuispersoneel en de huisartsen in deze crisis enorm hoog is.

#### Boostercampagne voor niet-mobiel thuiswonende mensen en bij instellingen zonder eigen medische dienst

Met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), RIVM en GGD GHOR Nederland heb ik concreet gesproken over de inzet van de huisartsen. Aan de start van de boostercampagne heb ik de GGD'en gevraagd om ook de vaccinaties van niet-mobiele thuiswonende mensen en de mensen in instellingen zonder een eigen medische dienst te vaccineren. Door de versnelde opschaling van de boostervaccinatie, is ondersteuning van andere partijen nodig om voor deze mensen de snelheid in de vaccinatiecampagne te kunnen borgen.

Zoals hierboven aangegeven heb ik nu een beroep gedaan op de huisartsen om daar waar mogelijk de niet-mobiele thuiswonende mensen en mensen in instellingen zonder een eigen medische dienst te vaccineren of daarbij te helpen. Huisartsen kennen vaak de betreffende mensen vanuit hun praktijk en kunnen daardoor gerichte afspraken maken met de mensen thuis en in de instellingen. De GGD houdt de regie en zal zorgen dat de vaccins beschikbaar zijn en afspraken maken over de registratieverwerking. De LHV zal zich inzetten om haar achterban, op vrijwillige basis, op te roepen waar mogelijk een bijdrage te leveren aan de boostervaccinaties. De LHV heeft aangegeven dat de prioriteit van de huisartsen allereerst bij de continuïteit van de zorgverlening ligt. De LHV ziet ook het belang van snel vaccineren, gezien de onzekerheid die de omikronvariant

met zich mee brengt. Voor deze uitzonderlijke situatie is zij bereid haar leden te vragen een bijdrage te leveren waar dat mogelijk is. Regionaal zien we al dat huisartsen helpen bij de vaccinatiecampagne. Deze hulp is zeer welkom. Zo kan de uitvoeringspraktijk zoals die in de regio Twente wordt uitgevoerd, als voorbeeld dienen voor de inzet in andere regio's. Hier zetten huisartsen zich in door de niet-mobiele thuiswonende mensen en niet-mobiele mensen in instellingen zonder een medische dienst te vaccineren. De GGD'en zorgen voor de vaccins en de administratieve handelingen zoals de registratie van de vaccinaties.

Ik hoop dat veel huisartsen kunnen meewerken aan de boostervaccinatie van met name de niet-mobiele mensen en de bewoners van instellingen zonder een medische dienst. Alleen dan realiseren we in januari dat ook deze kwetsbare groepen een extra vaccinatie hebben ontvangen. Ik waardeer deze inzet van huisartsen zeer.

#### Gevolgen verdere versnelling voor de gehele vaccinatiecampagne

De verdere versnelling van de boostercampagne en de forse opschaling van de capaciteit bij de GGD heeft beperkte impact op andere onderdelen van het werk van de GGD in de vaccinatiecampagne. De start van de vaccinatiecampagne voor de kinderen in de leeftijd van vijf tot en met elf jaar met een hoog medisch risico is ongewijzigd: de verwachting blijft dat vaccinaties kunnen starten op 20 december. Ook de start van de vaccinatiecampagne voor de overige kinderen in de leeftijd van vijf tot elf jaar zal zoals eerder beoogd eind januari kunnen beginnen. Tot slot, omdat er nu prioriteit wordt gegeven aan versnelling van de boostercampagne, zullen de GGD'en de inspanningen op fijnmazig vaccineren moeten beperken.

#### Samenloop met veranderende Europese inreisregels

Tot slot wil ik nader ingaan op de resterende Kamervragen van het lid De Vries (VVD) over het bericht «De Jonge: Nederland op tijd geboosterd voor reisbewijs». <sup>35</sup> De verdere versnelling van de boostercampagne is erop gericht om alle 18-plussers in Nederland, die dat willen, een booster-vaccinatie aan te bieden in de tweede helft van januari 2022. Deze versnelling zal iedereen boven de 18 jaar, die dat wil, de mogelijkheid bieden om binnen de 9 maanden geldigheidsduur een nieuw Digitaal COVID Certificaat (DCC) te kunnen ontvangen op basis van deze booster-vaccinatie.

#### Verzoek aan Gezondheidsraad om reflectie op advisering boostervaccinatie

De afgelopen maanden heeft de Gezondheidsraad inzake de COVID-19-boostercampagne verschillende adviezen uitgebracht die gebaseerd zijn op de meest actuele nationale en internationale wetenschappelijke inzichten. Deze adviezen zijn leidend geweest voor de gekozen booster-vaccinatiestrategie in Nederland. In het Tweede Kamerdebat van 1 december jl. is gesproken over het proces van advisering en de timing van de boostercampagne. Mede naar aanleiding van het debat in de Tweede Kamer heb ik de Gezondheidsraad op 13 december jl. gevraagd te reflecteren op de opeenvolgende adviezen over boostervaccinatie, zowel procesmatig als inhoudelijk. Ik heb de raad daarbij in het bijzonder gevraagd om daarbij de resultaten van de Israëlische praktijkstudies over COVID-19-boostervaccinatie nader te duiden en te reflecteren op de vraag of op basis van deze Israëlische studies destijds tot een andere afweging gekomen had kunnen of moeten worden met betrekking tot de timing van

---

<sup>35</sup> 2021Z22995.



de boostercampagne. Ik verwacht begin 2022 reactie te ontvangen van de Gezondheidsraad.

### *Vaccinatiegraad*

Het merendeel van de Nederlanders van 12 jaar en ouder heeft zich inmiddels laten vaccineren tegen COVID-19. Met deze vaccinatie beschermen zij niet alleen zichzelf maar ook hun sociale omgeving en de samenleving. Naast de inmiddels lopende boostercampagne blijf ik mij inzetten om de vaccinatiegraad te verhogen. Op dit moment heeft 88,9% van alle 18-plussers minimaal één prik opgehaald en is 85,8% volledig gevaccineerd. Van alle 12-plussers heeft op dit moment 87,2% een eerste prik ontvangen en is 84,0% volledig gevaccineerd<sup>36</sup> (bron: RIVM).

Op 6 oktober jl. zijn we begonnen met het aanbieden van een derde prik aan de groep Nederlanders met een afweerstoornis. Alle Nederlanders die hiervoor in aanmerking komen hebben inmiddels een uitnodiging ontvangen via de medisch specialist. Intussen zijn er ruim 121.000 derde prikken gezet voor deze groep (bron: RIVM).

Daarnaast zijn we op 18 november jl. gestart met de boostercampagne. Tijdens deze campagne worden boosterpijken gezet bij de GGD'en en door overige uitvoerders zoals ziekenhuizen en zorginstellingen met een eigen medische dienst. Volgens schattingen van het RIVM zijn tot en met zondag 12 december ongeveer 417.000 prikken gezet door deze overige uitvoerders. De GGD heeft tot en met 12 december ruim 630.000 boosterpijken gezet. In totaal zijn er daarmee in Nederland nu ongeveer 1.170.000 boosterpijken en derde prikken gezet.

### *Vaccinatie beschermt nog steeds goed tegen ziekenhuisopname*

Het RIVM heeft vandaag een nieuwe rapportage gepubliceerd over de COVID-19-vaccineffectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opnames in de Nederlandse ziekenhuizen<sup>37</sup>. In eerdere rapportages was een hoge vaccin-effectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opnames zichtbaar. Dit rapport met de nieuwe cijfers tot en met 7 december jl. laat nog steeds een hoge vaccineffectiviteit zien. De data in de publicatie is retrospectief en heeft daarom met name betrekking op de deltavariant.

De vaccineffectiviteit was 92% tegen ziekenhuisopname en 96% tegen IC-opname over de periode 11 juli tot en met 7 december jl. Over de laatste acht weken (13 oktober – 7 december jl.) was de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname respectievelijk 89% en 95%. De vaccineffectiviteit is lager bij mensen van 70 jaar of ouder. In de hele periode (11 juli t/m 7 december jl.) was de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname 85% en tegen IC-opname 94% bij mensen van 70 jaar of ouder. In de afgelopen acht weken was dit respectievelijk 82% en 93%. De vaccineffectiviteit over de laatste maanden lijkt daarmee iets lager dan aan het begin van de vaccinatiecampagne. Het RIVM heeft aangegeven dat dit een resultaat kan zijn van zowel afname van vaccin-geïnduceerde immuniteit over de tijd als de recent hoge infectiedruk.

De kans om als volledig gevaccineerd persoon in het ziekenhuis met COVID-19 opgenomen te worden was in de afgelopen acht weken 9 keer lager dan voor een niet-gevaccineerde. Voor opname op de IC was deze kans 20 keer zo klein. De kans om als een gevaccineerd persoon met

<sup>36</sup> Cijfers COVID-19 vaccinatieprogramma | RIVM.

<sup>37</sup> Vaccinatiebescherming nog steeds hoog tegen ernstige COVID-19 | RIVM.

COVID-19 in het ziekenhuis opgenomen te worden is dus nog steeds aanzienlijk kleiner dan voor een niet-gevaccineerde.

### *Verhogen vaccinatiegraad*

In het 131<sup>e</sup> OMT advies van 25 november jl. geeft het OMT aan dat op langere termijn een hoge immuniteit onder de bevolking de beste garantie en bescherming biedt tegen het optreden van steeds weer nieuwe infectiegolven zodra maatregelen worden teruggedraaid, er introductie van het virus van buiten op grote schaal plaatsvindt of varianten optreden, of het seizoenseffect het virus de wind in de rug geeft. Het OMT adviseert daarom om een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad na te streven van minstens 95%. Dit advies is in het 133<sup>e</sup> OMT-advies van 13 december jl. herhaald.

De GGD'en zetten zich in samenwerking met lokale organisaties en sleutelfiguren in voor het verbeteren van de informatievoorziening en verhogen van de vaccinatiegraad. Dit gebeurt met name in stadswijken en gebieden waar de vaccinatiegraad achterblijft en waarbij de nadruk nog meer zal komen te liggen op informeren en attenderen. In lijn met de motie van het lid Bikker c.s.,<sup>38</sup> om te komen tot permanente test-, informatie- en priklocaties, in gebieden met een lage vaccinatiegraad, zorgen de GGD'en in stadswijken en gebieden met een lage vaccinatiegraad en/of snel stijgende besmettingen en ziekenhuisopnames, voor toegankelijke informatie en voorlichting over vaccins en laagdrempelige informatie- en vaccinatielocaties. Dit doen zij samen met maatschappelijke partners en de gemeenten. Mensen met twijfels over vaccineren kunnen ook terecht op [overvaccineren.nl](https://overvaccineren.nl) en hun vragen persoonlijk stellen aan een arts via het landelijke telefoonnummer van de twijfeltelefoon (088-7 555 777 of [twijfeltelefoon.nl](https://twijfeltelefoon.nl)).

### Verhogen vaccinatiegraad zwangere vrouwen en vrouwen die zwanger willen worden

Naast publiekscommunicatie via het Ministerie van VWS en de centrale overleggen die plaatsvinden tussen VWS, RIVM en de koepels van de verloskundigen en gynaecologen zet ook de GGD op regionaal niveau in op het verhogen van de vaccinatiegraad onder zwangere vrouwen en vrouwen die zwanger willen worden. In ons vorige debat dd. 1 december jl. is aandacht gevraagd voor deze groep. GGD'en houden bijvoorbeeld webinars voor onder meer verloskundigen waarin het gesprek centraal staat. Ook zet de GGD specifiek voorlichtingsmateriaal in zoals flyers en posters gericht op deze doelgroep. Al deze materialen worden centraal vastgelegd zodat kennisdeling tussen de GGD regio's geborgd wordt. Voor de verdere uitwerking van de motie van de leden Paternotte en Pouw-Verweij (Kamerstuk 25 295, nr. 1565) over het bieden van (extra) informatie en voorlichting over coronavaccinatie voor zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens verwijs ik naar paragraaf 12 in deze brief, Zorgen dat de zorg het aankan.

### Fijnmazig vaccineren

In mei 2021 zijn de GGD'en gestart met extra inspanningen zoals fijnmazig vaccineren om gericht de vaccinatiegraad te verhogen. Alle GGD-regio's met aandachtsgebieden en moeilijk bereikbare doelgroepen, waaronder de drie grote steden, gaan ook in 2022 door met de initiatieven rondom fijnmazig vaccineren. Daarbij zullen voor deze moeilijk bereikbare groepen informatie en een vaccinatie worden aangeboden. Het persoonlijke

<sup>38</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1484.

contact en met mensen in gesprek gaan en/of blijven staan hierbij voorop. Samenwerking met lokale organisaties, zoals in Amsterdam waar de buurtmoeders de handen ineenslaan, is daarbij van belang. Ook wordt er nog steeds samengewerkt met huisartsen, die bijvoorbeeld met de GGD de straat opgaan. Daarnaast zetten GGD'en en het RIVM bestaande kennis en kanalen in voor het verhogen van de boostergraad.

De enorme opschaling ten aanzien van de versnelling van de boostercampagnes die ik aan GGD'en heb gevraagd, heeft als gevolg dat voor het fijnmazig vaccineren (nog) meer een beroep gedaan wordt op de hulp van en via genoemde externe partijen. Mensen behouden de mogelijkheid om een 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> prik te halen. De regio's zullen de basisinfrastructuur voor de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> prikken in stand houden, waarbij er een beroep gedaan zal worden op externe partners (o.a. aangemeld via het GGD-reservistenplatform). Daarnaast blijft de GGD sociale partners en zorgpartners aanhaken om te helpen bij fijnmazig informeren en het bereiken van de moeilijk bereikbare doelgroepen. Als voorbeeld: er is een handreiking voor werkgevers tot stand gekomen. VNO-NCW en MKB Nederland sturen samen met de GGD een brief naar werkgevers. Ter ondersteuning van de wijkgerichte aanpak wordt nauw samengewerkt met diverse sectoren zoals werkgevers en religieuze en sociale instellingen. Via deze sectorale aanpak worden ideeën en initiatieven van partners actief opgehaald en begeleid, en worden sectoren gestimuleerd om zelf initiatieven op te pakken. Zo krijgt een initiatief van een grote landelijke werkgever die wil bijdragen aan het informeren en attenderen via de centrale organisatie van de GGD een plek, en worden best practices en expertises gedeeld. Daarnaast heeft het RIVM een toolkit ontwikkeld voor zorgprofessionals, die hen kan ondersteunen bij counseling bij Covid-19-vaccinatie. In samenwerking met verschillende koepelorganisaties wordt deze verder verspreid. Samen met deze partners zorgen we voor een hogere informatiegraad, en daarmee voor een hogere vaccinatiegraad, zie ook paragraaf 16, Communicatie, wijkgerichte aanpak.

#### Verhogen vaccinatiegraad 50-plussers

De vaccinatiegraad van de leeftijdscohorten boven de 50 jaar is inmiddels boven de 85% en neemt gestaag steeds verder toe. Aangezien deze leeftijdsgroep een grotere kans heeft om opgenomen te worden in het ziekenhuis en IC, vraagt het continue aandacht. Deze groep wordt reeds meegenomen in de reguliere wijk- en doelgroepen aanpak in landelijke communicatie campagnes. Interventies die doeltreffend zijn voor deze groep betreffen pop-up locaties in ziekenhuizen, informatie (en vaccinatie) door huisartsen en artsen op straat. RIVM en GGD onderzoeken welke extra acties effectief zouden zijn en hier ingezet kunnen worden begin 2022, zoals het proactief uitnodigen van ongevaccineerden.

#### Gesprekken door huisartsen

Huisartsen kunnen gezien hun vertrouwenspositie voor veel patiënten een belangrijke rol spelen in de onafhankelijke informatievoorziening over de effecten en risico's van vaccinatie. Ik heb in overleg met de LHV (Landelijke Vereniging Huisartsen) besproken in hoeverre de huisartsen ondersteund kunnen worden bij het informeren van hun patiënten, vooral in wijken waar een lage vaccinatiegraad is. Omdat dit tijdsintensief en de druk op de huisartsenzorg oploopt, is het niet voor iedere huisarts mogelijk om extra inspanningen te leveren.

Om dit gesprek gericht aan te gaan met de patiënt is nuttig als de huisarts de vaccinatiestatus van de patiënt kent. Het is niet toegestaan om de vaccinatiegegevens uit het RIVM-registratiesysteem CIMS te verstrekken aan de huisartsen. Voor de mensen die zijn gevaccineerd bij de GGD en

toestemming hebben gegeven om de vaccinatiegegevens te delen en in het bezit zijn van een BSN is het toegestaan en mogelijk om deze te koppelen aan het huisartseninformatiesysteem (HIS). Dit maakt het mogelijk dat huisartsen gerichter de mensen die nog niet gevaccineerd zijn kunnen informeren. De koppeling functioneert op dit moment nog niet voldoende goed. Momenteel wordt door GGD GHOR samen met de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) in samenwerking met de huisartsen gewerkt aan de benodigde verbeteringen van de huidige oplossing. Deze verbeteringen zullen begin 2022 gereed zijn, aangezien GGD GHOR deze verbetercapaciteit op korte termijn ook nodig heeft voor de boostercampagne. Huisartsen geven overigens aan dat zij ook zonder het doorvoeren van deze verbeteringen het gesprek met hun patiënt over vaccinatie aan kunnen gaan. Hiermee voldoe ik aan de motie van de leden Paternotte c.s. over het maximaal ondersteunen van huisartsen in wijken met een lage vaccinatiegraad om informatie te geven over vaccinaties en bekijken of er een koppeling gemaakt kan worden tussen GGD en HIS voor overzicht van gevaccineerden of niet-gevaccineerden<sup>39</sup>.

#### Inzet apothekers

Apothekers spelen een rol in het laagdrempelig aanbieden van informatie en het beantwoorden van vragen. Via de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en de regionale GGD'en worden hierbij nog steeds apotheken, met name in achterblijvende wijken, betrokken. In verschillende regio's worden nauwe samenwerkingsverbanden opgezet, zoals de pilot in Friesland waar ik uw Kamer eerder over informeerde. Hier werkten huisartsen, GGD en apotheek samen om te vaccineren in een apotheek. In deze pilot vaccineerde de apotheker onder toezien van de huisarts en registreerde de GGD ter plaatse. De pilot is afgerond. De pilot heeft niet geleid tot extra vaccinatiecapaciteit door de inzet van de apotheker. De pilot heeft tot wel bruikbare inzichten opgeleverd voor andere regio's en samenwerking, bijvoorbeeld door de oplevering van een standaard samenwerkingsovereenkomsten. Samen met de KNMP onderzoekt GGD GHOR nog welke andere vormen van samenwerking effectief kunnen zijn tussen GGD en apothekers.

#### *Vaccinatie van kinderen in de Caribische delen van het Koninkrijk*

Op basis van het Gezondheidsraadadvies van 3 en 10 december jl., heb ik uw Kamer op 8 en 10 december jl. reeds gemeld dat ik kinderen in de leeftijd van 5 tot en met 11 jaar de gelegenheid wil geven om zich te laten vaccineren tegen het coronavirus. Kinderen van 5 tot en met 11 jaar uit medische risicogroepen wil ik met voorrang in aanmerking laten komen voor een COVID-19-vaccinatie. Voor Caribisch Nederland (Bonaire, Sint Eustatius, Saba) en de landen binnen het Koninkrijk (Curaçao, Aruba, Sint Maarten) geldt dat momenteel, samen met de uitvoerende partijen, wordt gezien hoe uitvoering kan worden gegeven aan het vaccineren van kinderen van 5 tot en met 11 jaar. Het streven is om het BioNTech/Pfizer-vaccin in kinderdosering ook zo spoedig mogelijk beschikbaar te stellen in de Caribische delen van het Koninkrijk.

---

<sup>39</sup> 25 295, nr. 1471.

Vaccinaankoop

Voor de lopende boostercampagne wordt gebruik gemaakt van vaccins die reeds voor 2021 zijn ingekocht. Deze worden aangevuld met de eerste leveringen uit het nieuwe contract met BioNTech/Pfizer voor 2022 en 2023. Nederland heeft op basis van het nog niet volledig uitgeleverde contract met Moderna en op basis van het nieuwe contract met BioNTech/Pfizer, in 2022 en 2023, de beschikking over circa 32,9 miljoen BioNTech/Pfizer-vaccins en 9 miljoen Moderna-vaccins. Hiermee beschikt Nederland in 2022 en 2023 over een ruime hoeveelheid mRNA-vaccins.

Hiernaast zijn ook vaccins besteld bij Novavax (eiwit: 840.000 vaccins) en Valneva (geïnactiveerd virus; 10.000 vaccins, met een optie op meer in 2023). Deze vaccins zijn echter nog niet door het EMA tot de markt toegelaten. Deze toelating wordt in de eerste helft van 2022 verwacht. Ik zal de Gezondheidsraad vragen te adviseren over hoe deze vaccins het best kunnen worden ingezet. Deze vaccins kunnen (naast de veiligheidsvoorraad van het Janssen-vaccin die wordt aangehouden) een alternatief bieden voor groepen voor wie mRNA-vaccins minder geschikt zijn, of voor personen die om andere redenen geen mRNA-vaccin willen. De Gedragsunit van het RIVM is gevraagd om de omvang van deze laatste groep te duiden. Mocht blijken dat een grotere groep Nederlanders dan verwacht alleen gebruik wil maken van een eiwit- of geïnactiveerd virus-vaccin, dan zal ik bezien hoe Nederland meer vaccins van deze typen kan verwerven. Op dit moment verwacht ik op basis van een eerdere inschatting van het RIVM dat Nederland voldoende vaccins heeft besteld om de groep die geen mRNA- en geen vector-vaccin wenst te ontvangen te kunnen voorzien van alternatieve vaccins. Ik wil overigens benadrukken dat het nog onzeker is of dit vaccin wordt toegelaten, en dit duurt nog zeker een aantal maanden. Daarom nemen mensen die hier op wachten een risico. Ik wil daarom deze mensen in overweging geven toch te kiezen voor een toegelaten vaccin.

Nederland beschikt dus ook in 2022 en 2023 over vaccins om – indien dit noodzakelijk mocht blijken – nieuwe boosterrondes te kunnen accommoderen. Tegelijk toont de komst van de omikronvariant aan dat de vaccins doorontwikkeling behoeven. In de overleggen tussen de Europese lidstaten en de Europese Commissie is de discussie opgestart of we in de komende periode niet nog meer vaccins zouden moeten inkopen, vooral als het vaccins zijn die aangepast worden aan de omikronvariant. Pfizer heeft aangegeven ernaar te streven een dergelijk product in de loop van maart/april beschikbaar te hebben. Gezien het feit dat de omikronvariant mogelijk in de winter in Europa de dominante variant zal zijn, is Nederland voornemens deel te nemen in een eventuele Europese aankoop van extra Pfizer-vaccins, omdat er gewerkt wordt aan een vaccin aangepast aan de omikronvariant. De EU heeft de afspraak met BioNTech/Pfizer en Moderna, dat zij een zogenaamde «redelijke inspanning» moeten leveren om hun vaccins aan te passen aan een nieuwe variant van het virus, wanneer blijkt dat het reguliere vaccin hiertegen onvoldoende bescherming biedt. We hebben vervolgens het recht om in dat geval dat aangepaste vaccin af te nemen in plaats van het reguliere vaccin.

Ten aanzien van de financiering heb ik uw Kamer op 13 december jl. al door middel van een addendum<sup>40</sup> bij het overzicht van mutaties die nog zijn opgetreden na de Najaarsnota op de hoogte gesteld dat ik hiervoor de verplichtingenruimte in de begroting 2021 met € 120 miljoen ophoog. De

<sup>40</sup> Detail 2021D49531 | Tweede Kamer der Staten-Generaal.

benodigde kasruimte zal ik bij de een volgende suppletoire begroting over 2022 aan uw Kamer melden. Ik zal uw Kamer nader informeren over volgende stappen hieromtrent.

In het Nederlandse voorraadbeheer is rekening gehouden met meerdere scenario's voor nationaal gebruik, waaronder een boostercampagne. In samenwerking met de uitvoerende partijen is de afgelopen weken een versnelling van de boostercampagne mogelijk gemaakt. De campagne draait nu op volle toeren en wordt nog verder versneld. De huidige vaccinvoorraad is geen beperkende factor in de snelheid waarmee de prikken gezet kunnen worden.

Wel is er een relatie tussen een groter gebruik van vaccins in Nederland en de beschikbaarheid van vaccins voor donatie. Hierop wordt nader ingegaan in de hierboven genoemde brief.

### Donaties

Het Nederlands vaccinatiebeleid kenmerkt zich door een aanpak waarbij we zorgen voor een effectieve bescherming van de Nederlandse bevolking, gecombineerd met een ruimhartig donatiebeleid ten behoeve van lage- en middeninkomenslanden, die zelf minder goede toegang hebben tot Covid-vaccins. Dat is niet alleen belangrijk vanuit het oogpunt van internationale solidariteit, maar evenzeer vanuit het perspectief van het bestrijden van het virus en het tegengaan van het ontstaan van nieuwe varianten.

Wereldwijde toegang tot vaccins is cruciaal voor het bestrijden van de pandemie en is daarmee ook in het belang van Nederland. Daarom is het de doelstelling van Nederland om dit jaar minstens zoveel vaccins te doneren als dat we zelf gebruiken («Get one – Give one»). Daaraan werd eerder het concrete doel van 27 miljoen vaccins gekoppeld. Met de committering van 22,55 miljoen vaccins aan Covax en bilaterale donaties van 4,23 miljoen is dat doel, afgerond, behaald. In het recente debat met demissionair Minister De Bruijn voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking was er discussie over de vraag waarom niet al deze vaccins per direct in de landen die deze vaccins zo hard nodig hebben, kunnen worden ingezet. Daarbij is afgesproken dat uw Kamer hierover een separate brief zal ontvangen. Deze brief ontvangt u gelijktijdig met deze brief.

### Wereldwijde productiecapaciteit vaccins

Ten slotte ga ik graag nog in op de discussie over het vergroten van de productiecapaciteit voor vaccins in de wereld. Deze capaciteit is nog altijd groeiende, wat belangrijk is voor de wereldwijde toegang tot vaccins. Een deel van uw Kamer vraagt in dit kader ook met regelmaat naar de Nederlandse en Europese positionering in de discussies binnen de WTO, aangaande het vrijgeven van de octrooien op Covid-vaccins. Zoals eerder deze week ook door mijn collega voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking met uw Kamer heeft besproken, is het kabinet geen voorstander van het volledig vrijgeven van intellectueel eigendom, omdat we denken dat dit niet een op een zal leiden tot een grotere beschikbaarheid van vaccins. Wel ben ik van mening dat er een grote verantwoordelijkheid rust op alle betrokken overheden, internationale organisaties en de vaccin-ontwikkelaars om zich maximaal te richten op het ter beschikking stellen van zoveel mogelijk vaccins in alle landen van de wereld en aan het maximaal vergroten van de wereldwijde productiecapaciteit voor vaccins en geneesmiddelen. Als eerder met uw Kamer besproken zal Nederland ook de gastheer zijn van het eerste WHO Local



Production Forum, in de loop van 2023, of zoveel eerder als de pandemie toestaat. Dit initiatief is gericht op het maken van afspraken tussen alle relevante betrokken partijen, om te werken aan het vergroten van de productiecapaciteit en toegang tot vaccins, in delen van de wereld waar dit nu nog achterblijft.

## 9. Wijkgerichte aanpak

Tijdens het laatste debat met uw Kamer op 1 december jl. heb ik toegezegd u te informeren over de stand van zaken van de wijkgerichte aanpak. In mijn brief van 12 november jl.<sup>41</sup> heb ik gemeld dat in overleg met het RIVM en de GGD GHOR 30 gemeenten zijn geïdentificeerd, waar we verwachten dat een gerichte aanpak voor vaccineren en testen een verschil kan maken in het beschermen van mensen. De gemeenten zijn door mij per brief geïnformeerd en de contacten met een aantal gemeenten lopen inmiddels.

**Figuur 2: Gemeenten waar verwacht wordt dat een wijkgerichte aanpak verschil kan maken.**

- 1 Achtkarspelen
- 2 Alblasserdam
- 3 Almere
- 4 Altena
- 5 Amsterdam
- 6 Barneveld
- 7 Dantumadiel
- 8 Gennep
- 9 Hardinxveld-Giessendam
- 10 Heerlen
- 11 Kerkrade
- 12 Lelystad
- 13 Meerssen
- 14 Molenlanden
- 15 Neder-Betuwe
- 16 Nunspeet
- 17 Oldebroek
- 18 Reimerswaal
- 19 Renswoude
- 20 Rotterdam
- 21 Scherpenzeel
- 22 Schiedam
- 23 's-Gravenhage
- 24 Sliedrecht
- 25 Staphorst
- 26 Tholen
- 27 Urk
- 28 Vaals
- 29 Weert
- 30 Zwartewaterland



### Acties

We willen met gerichte acties mensen in deze 30 gemeenten beter bereiken en ze zodoende beter beschermen tegen COVID-19. Gemeenten en GGD'en verrichten samen op lokaal niveau hierin al belangrijk werk gedurende deze pandemie. Het kabinet wil met de wijkgerichte aanpak in deze 30 gemeenten eventuele belemmeringen wegnemen waar deze gemeenten en betreffende GGD'en tegen aan lopen. Hierbij zal vanzelfsprekend nauw worden samengewerkt met GGD (GHOR) en betreffende gemeenten. Het delen van *best practices* speelt hierbij een belangrijke rol. Daarvoor is het nodig een scherp beeld te realiseren van de belemmeringen waar gemeenten en GGD'en op dit moment tegen aan lopen bij hun inzet in deze gemeenten. Er gaat aandacht uit naar specifieke domeinen zoals het primair- en voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs en specifieke doelgroepen zoals mensen met een

<sup>41</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1519.

migratieachtergrond. Behalve aandacht voor communicatie gericht op deze specifieke doelgroepen, blijft het van belang om het gesprek ook individueel met mensen aan te gaan. Ik zie met Sociaal Werk Nederland welke rol sociaal werkers kunnen vervullen, aangezien zij achter de voordeur komen en daarmee juist die mensen kunnen bereiken die op andere manieren lastig bereikt kunnen worden. Onderstaand licht ik een aantal generieke instrumenten toe gericht op deze 30 gemeenten. In veel gevallen zal het in aanvulling hierop ook gaan om maatwerk in de vorm van specifieke acties in antwoord op knelpunten die gemeenten en lokale GGD'en onder onze aandacht brengen. Een aanpak die in de ene gemeente werkt, werkt immers niet per definitie ook in een andere gemeente. Ten behoeve van brede kennisdeling, zal ook worden ingezet op het delen van *best practices* tussen de betreffende gemeenten en GGD'en. Goede voorbeelden van interventies in deze groep gemeenten, kunnen namelijk ook helpend zijn voor andere gemeenten.

#### *Fijnmazig vaccineren*

In alle 30 gemeenten is de vaccinatiegraad sinds 12 november gemiddeld met bijna 2% toegenomen. Dit is 0,38% boven het landelijke gemiddelde. De GGD'en zetten met het fijnmazig vaccineren al sinds het voorjaar in op wijken en gemeenten met achterblijvende vaccinatiegraad. Hier blijft de opkomst dan ook toenemen.

De GGD regio's zullen met hulp van en via externe partners, ook in 2022 zo veel mogelijk laagdrempelige informatie en vaccinatielocaties blijven aanbieden. Hierbij worden bestaande en nieuwe netwerken/partners ingezet voor het voeren van gesprekken binnen de gemeenschap en voor informatievoorziening via vertrouwde sleutelfiguren, buurtteams of bijvoorbeeld de huisarts. Bijvoorbeeld ontmoetingsplekken binnen de gemeenschap, zoals bij een kerk of moskee. De fysieke drempel voor een 1e prik houden we zo laag mogelijk.

De website [www.prikkenzonderafpraak.nl](http://www.prikkenzonderafpraak.nl), waar mensen kunnen kijken waar ze in hun omgeving terecht kunnen om direct, zonder afspraak, een vaccinatie of informatie te halen, is inmiddels beschikbaar in 11 talen en wordt met behulp van gerichte campagnes onder de aandacht gebracht bij achterblijvende groepen.

#### *Laagdrempelig testen*

Momenteel kunnen mensen zich op 23 locaties zowel laten testen als vaccineren. Om laagdrempelig te testen en te vaccineren, zetten GGD'en regelmatig mobiele test- en vaccinatiebussen in of richten kleinere test- en vaccinatielocaties op in de wijk. Denk hierbij aan een samenwerking met een buurthuis of gemeenschapshuis. Om de testbereidheid te vergroten, wordt gezien of de lessen die zijn geleerd bij het grootschalig risicogericht testen, in deze 30 gemeenten kunnen worden toegepast. Het gaat er dan vooral om het bevorderen van de inzet van het instrument «grootschalig testen» bij deze gemeenten.

#### *Zelftesten en mondkapjes*

Ik bekijk of en hoe het mogelijk is gratis mondkapjes en zelftesten beschikbaar te stellen in de deze 30 gemeenten. Uit de eerste contacten met gemeenten blijkt dat hieraan behoefte is. Ten aanzien van de mondkapjes geldt dat deze via het bureau Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) zullen worden geleverd. Zodra duidelijk is waar mondkapjes gewenst zijn, wordt met de ontvangende partij overlegd hoe het transport zal plaatsvinden en waar deze afgeleverd kunnen worden. Dit is in lijn met

de brief die uw Kamer 10 december jl. heeft ontvangen over de goederen-exit-strategie noodvoorraad beschermingsmiddelen. Er zullen zelftesten beschikbaar worden gesteld aan deze 30 gemeenten. Dit vereist nauwe afstemming met het traject waar zelftesten onder sociale minima in alle gemeenten in Nederland worden verspreid om overlap te voorkomen. Er wordt bezien hoe de zelftesten aangevraagd kunnen worden door de 30 gemeenten.

### *Scholen*

Het kabinet heeft 26 november reeds besloten tot het gratis beschikbaar stellen van zelftesten. De groepen 6, 7 en 8 van alle po-scholen zijn inmiddels voorzien van testen en ook de vo-scholen kunnen testen bestellen.

Het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap heeft op 6 december jl. twee sessies georganiseerd met bestuurders en de schoolleidingen van middelbare scholen in de 30 gemeenten. Daarbij was ook Minister Slob aanwezig. Er is onder andere gesproken over de vaccinatiegraad en testbereidheid in deze gemeenten. Scholen herkennen de problematiek. Daarbij blijft een prettige leeromgeving en veilige sfeer op school essentieel. Hierdoor waken scholen ervoor om de polarisatie de school in te trekken. Sommige scholen geven aan al te maken te hebben met heftige discussies met leerlingen en ouders/verzorgers. De ervaring leert dat het makkelijker en natuurlijker is om met leerlingen het gesprek te voeren over het nut van zelftesten dan over vaccineren. De testbereidheid onder leerlingen neemt toe: leerlingen nemen meer zelftesten mee naar huis. Ook met scholen in het primair onderwijs en mbo in deze gemeenten wordt vanuit het Ministerie van OCW contact genomen. In het Po worden daarbij de ervaringen bij de sessie met de Vo-schoolleiders meegenomen. Ten aanzien van het mbo wordt op individueel niveau met de betrokken ROC's gesproken, aangezien het mbo niet in alle 30 gemeenten is vertegenwoordigd.

### *Communicatie en voorlichting*

De informatie over communicatie en voorlichting in het kader van de wijkgerichte aanpak, is opgenomen in paragraaf 18 waar uw Kamer integraal over alle communicatie activiteiten in het kader van COVID-19 wordt geïnformeerd.

## **10. Innovatieve behandelingen**

Momenteel is er in uw Kamer veel aandacht voor de inkoop en inzet van COVID-19-geneesmiddelen, in het bijzonder voor antivirale middelen. Ik begrijp en deel deze interesse – het is hoopvol dat er ontwikkelingen zijn op dit gebied die kunnen helpen bij de bestrijding van deze pandemie. Tegelijkertijd is de realiteit dat een persbericht van een fabrikant, of een nieuwsitem in de media, nog geen geregistreerd geneesmiddel is. In deze brief sta ik daarom stil bij de verschillende behandelingen die momenteel aandacht krijgen en de fases van de ziekte waarin deze mogelijk kunnen worden ingezet.

### Preventie van COVID-19

De meest effectieve manier om ziekenhuis- en IC-opname te voorkomen is het vaccin. Dit werkt preventief en voorkomt in de meeste gevallen een ernstig verloop van COVID-19. Het vaccin biedt alleen niet voor iedereen uitkomst. Voor mensen die geen antistoffen aanmaken, kan een preventieve antilichaambehandeling daarom uitkomst bieden. Een eerste behandeling hiervoor is goedgekeurd (Ronapreve van fabrikant Roche),

maar dit middel heeft maar een kortdurend effect en is daardoor van beperkte waarde als preventieve behandeling. Ronapreve is ook goedgekeurd als behandeling van ernstig zieke COVID-19-patiënten, waarvoor het ook wordt ingezet. Preventieve antilichaambehandelingen met een langdurig effect zijn op dit moment in ontwikkeling. Deze ontwikkeling volg ik met aandacht en ik heb hierover regelmatig contact met de beroepsgroep en fabrikanten.

#### Vroege fase na besmetting – buiten ziekenhuis

De antivirale behandelingen, in de volksmond bekend als «coronapillen», die binnenkort beschikbaar zullen komen, zijn bedoeld voor inzet direct na besmetting. Binnen enkele dagen nadat symptomen zich voordoen, kan iemand die positief is getest een kuur van vijf dagen starten, waarna een deel van deze patiënten geen ernstig ziekteverloop zou ontwikkelen. De bekendste voorbeelden van deze antivirale behandelingen zijn Lagevrio (molnupiravir) van fabrikant MSD en Paxlovid van fabrikant Pfizer. Op 2 november jl.<sup>42</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd dat ik via een gezamenlijke inkoopprocedure van de Europese Commissie een reservering heb geplaatst voor de «coronapillen» Paxlovid en Lagevrio.

Op relatief korte termijn wordt verwacht dat het Europees Medicijn Agentschap (EMA) een handelsvergunning afgeeft voor Lagevrio. Naast de reservering die ik heb geplaatst via de Europese inkoopprocedure, ben ik in gesprek met de fabrikant over een bilaterale overeenkomst zodat Nederland verzekerd is van snelle levering van het product nadat de handelsvergunning is afgegeven. In het coronadebat van 1 december jl. verzocht Kamerlid Van den Berg (CDA) mij om informatie te verstrekken over de hoeveelheden van welke geneesmiddelen zijn ingekocht en om informatie te verstrekken over de werkzaamheid van deze middelen. De berichten over werkzaamheid die in de media worden genoemd, zijn tussentijdse resultaten die door de fabrikanten zelf zijn gepubliceerd. Deze zijn dus nog niet beoordeeld door onafhankelijke wetenschappers. Ik blijf de fabrikanten dan ook aanmoedigen om hun data openbaar te maken, zodat iedereen deze kan bestuderen. Dit is met name van belang voor het opstellen van een behandelrichtlijn in Nederland. Ik wacht het oordeel van het EMA over werkzaamheid, veiligheid en kwaliteit af. Daarnaast ben ik in gesprek met ZonMw om te kijken of de inzet van deze «coronapillen» gepaard kan gaan met een studie om goed inzicht te krijgen op welke patiënten het meeste baat hebben bij deze behandeling, wanneer deze kan worden ingezet in Nederland. Ik kan helaas geen uitspraken doen over de hoeveelheden, aangezien dit vertrouwelijke informatie betreft.

Ten aanzien van de inzet van deze middelen, wil ik nogmaals benadrukken dat het essentieel is dat er eerst een volledige beoordeling wordt gedaan door het EMA. Geneesmiddelen die worden voorgeschreven aan mensen die nog nauwelijks klachten hebben en waarvan het niet zeker is dat zij echt ziek worden, moeten kwalitatief goed, veilig en werkzaam zijn. Hier mag geen twijfel over bestaan. Een 5.3-opinie, die het EMA afgeeft in de vroege fase van beoordeling, is hierin niet afdoende. Deze opinie bevat nog niet voldoende informatie om een volledige beoordeling van de baten-risico balans te doen en leidt niet altijd tot een handelsvergunning. Het kan ook zo zijn dat de voorgestelde indicatie, contra-indicaties, dosering en informatie over bijwerkingen die uiteindelijk wordt goedgekeurd in de handelsvergunning, verschilt van de informatie uit de eerdere 5.3-opinie, juist omdat er meer studieresultaten beschikbaar zijn op het

<sup>42</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

moment van afgifte van de handelsvergunning. Over dit besluit heb ik regelmatig contact gehad met de beroepsgroepen, die deze opvatting delen.

### Ziekenhuisbehandelingen

Behandelingen die momenteel worden ingezet in het ziekenhuis, maar buiten de IC, zijn antilichaambehandelingen. Momenteel zijn er twee geneesmiddelen in deze categorie die een handelsvergunning hebben gekregen – Regkirona van fabrikant Celltrion en Ronapreve van fabrikant Roche. Ronapreve wordt sinds juni van dit jaar ingezet in Nederlandse ziekenhuizen. Het betreft een via een Europees aankooptraject ingekochte voorraad. In de Maatregelenbrief van 26 november jl.<sup>43</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd over de toegenomen vraag naar antilichaambehandelingen door de toename van COVID-19-patiënten in ziekenhuizen. Om voldoende voorraad antilichaambehandeling beschikbaar te houden voor ernstig zieke patiënten, heb ik een voorraad Regkirona ingekocht. Deze bestelling heeft het RIVM op 9 december jl. ontvangen en de uitgifte van dit middel zal deze week starten. Ik ben continu in gesprek met de fabrikanten van de geregistreerde antilichaambehandelingen, maar ook met fabrikanten die een antilichaambehandeling in ontwikkeling hebben. Tegelijkertijd wijs ik fabrikanten op hun verantwoordelijkheid om ook een vergoeding van deze behandelingen vanuit de zorgverzekering te regelen. Dat maakt het mogelijk dat deze behandelingen betaald kunnen worden uit dit collectieve budget. Dit is een eerste stap naar een reguliere situatie waarin fabrikanten zelf de verkoop en distributie van deze geneesmiddelen op zich nemen. Het is evident dat ik mij sterk maak om innovatieve COVID-19-behandelingen in Nederland beschikbaar te maken, maar de uitzonderlijke situatie dat de overheid geneesmiddelen centraal en voor eigen rekening en risico inkoopt, kan niet eeuwig voortduren.

### Intensive care

Als laatste zijn er middelen die op de intensive care worden ingezet. Specifiek voor COVID-19 zijn de IL-6 remmers hier van groot belang.<sup>44</sup> Er zijn op dit moment twee soorten IL-6 remmers die worden ingezet voor COVID-19, namelijk RoActemra (tocilizumab) van fabrikant Roche en Kevzara (sarilumab) van fabrikant Sanofi. In twee eerdere brieven, verzonden op 13 september<sup>45</sup> en 9 november jl.<sup>46</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd over een dreigend tekort aan deze geneesmiddelen. Inmiddels kan ik bevestigen dat door een extra levering naar alle waarschijnlijkheid voldoende voorraad in Nederland aanwezig is voor de gehele maand december. Er kan niet met zekerheid worden geconstateerd of hiermee het risico op tekorten algeheel is afgewend, omdat dit afhankelijk is van ziekenhuisopnames en verdere leveringen. De wereldwijde vraag naar deze middelen blijft onverminderd hoog en de productiecapaciteit voor het maken van dit ingewikkelde geneesmiddel blijft beperkt. Wel is het zo dat met deze cruciale extra levering de meest precare periode overbrugd zal kunnen worden. Ook zijn de vooruitzichten rondom beschikbaarheid voor het nieuwe jaar beter dan dat ze de afgelopen periode waren.

Graag wil ik benoemen dat ik duidelijk zie dat het harde werken van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG), onze ziekenhuizen, de ziekenhuisapothekers en onze medisch specialisten essentieel is

<sup>43</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1560.

<sup>44</sup> Deze middelen worden niet exclusief op de IC ingezet, maar wel primair.

<sup>45</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 728.

<sup>46</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 732.

geweest in het waarborgen van de continuïteit van de optimale zorg met deze middelen. Bij relevante ontwikkelingen zal ik uw Kamer opnieuw informeren over de status van deze geneesmiddelen.

## **11. Ventilatie**

Goede ventilatie is belangrijk voor een gezond binnenklimaat en draagt bij aan het beperken van de overdracht van respiratoire infectieziekten zoals COVID-19. Ventilatie wordt, als een van de basismaatregelen, prominent onder de aandacht gebracht in de «Alleen samen» publiekscommunicatie.

Met het oog op de feestdagen, wanneer mensen elkaar vaker bezoeken, wordt het belang van frisse lucht in huis extra benadrukt. Mensen worden aangespoord extra aandacht te besteden aan voldoende «frisse lucht». In paragraaf 15 «Communicatie» wordt dit nader toegelicht.

Door deze verschillende communicatie-uitingen wordt tevens invulling gegeven aan de motie van het lid Agema<sup>47</sup> van 1 december jl. waarin zij de regering verzoekt om in de eigen communicatie steeds weer het ventileren tijdens bezoek te benadrukken.

Om meer zicht te krijgen op de toereikendheid van de ventilatie-eisen uit het Bouwbesluit voor infectieziektebestrijding heeft het RIVM een modellering uitgevoerd die op 30 november opgeleverd is. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan de motie van het lid Agema<sup>48</sup> van 7 juli 2021, waarin zij verzocht om te onderzoeken of de huidige ventilatierichtlijnen toereikend zijn.

Het RIVM geeft aan dat ventilatie volgens de minimale eisen van het Bouwbesluit 2012 voor bestaande gebouwen de kans op aerogene transmissie verkleint in vergelijking met niet-ventileren. Meer ventileren maakt de kans nog kleiner, maar het effect daarvan is minder groot. Ventilatie neemt het risico op aerogene transmissie nooit helemaal weg. Ook bij veel ventilatie blijft een kans bestaan dat het virus op deze manier wordt overgedragen. Verder geeft het RIVM aan dat meer ventileren het verwachte aantal zieken het meest verkleint in nachtclubs en in kleine en grote concertzalen.

Op basis van de RIVM-modellering zal, in samenspraak met het Ministerie van BZK, de sector en wetenschappers, bekeken worden of het wenselijk, realistisch en haalbaar is om de ventilatienormen in het bouwbesluit voor hoog risico-omgevingen aan te passen.

Daarnaast zal ik TNO vragen om door te rekenen of aanpassing van de ventilatienormen in de Tijdelijke Regeling Maatregelen (TRM) toegevoegde waarde heeft voor alle horecalokaliteiten nu de normen uit het Bouwbesluit hoger blijken voor locaties waar veel mensen per m<sup>2</sup> verblijven, of dat deze normen in de TRM om die reden beter geschrapt kunnen worden. U zult daarover in een volgende brief geïnformeerd worden.

## **12. Digitale ondersteuning**

### CoronaMelder

Met het huidige aantal besmettingen in Nederland is de kans groter dat je in het dagelijks leven in aanraking komt met iemand die later positief blijkt te testen. Met de CoronaMelder-app worden besmettingen sneller opgespoord en ketens van besmetting gestopt, ook als je gevaccineerd

<sup>47</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1569.

<sup>48</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1352.



bent. CoronaMelder is daarmee nog steeds van groot belang. Dit is ook terug te zien in het aantal mensen dat anderen waarschuwde via CoronaMelder. Dat aantal vertienvoudigde tussen begin oktober en begin december 2021.<sup>49</sup> Inmiddels hebben in totaal al ruim 244.000 mensen anderen gewaarschuwd via de app. Sinds de landelijke introductie van CoronaMelder in oktober 2020, hebben 5,5 miljoen mensen CoronaMelder gedownload. Iets meer dan 2,41 miljoen mensen gebruikt de app actief. Daarnaast hebben t/m 5 december ongeveer 236.000 mensen naar aanleiding van een notificatie een test aangevraagd. Hiervan bleken er in totaal bijna 19.000 mensen ook daadwerkelijk besmet.

De CoronaMelder-app wordt voortdurend doorontwikkeld. Zo is het inmiddels – via coronatest.nl – mogelijk om zelf anderen te waarschuwen zonder tussenkomst van een GGD-medewerker. Dit mede naar aanleiding van resultaten uit het evaluatieonderzoek naar CoronaMelder en advies van de Begeleidingscommissie waaruit blijkt dat de app effectiever zal zijn als er minder tijd zit tussen het moment waarop iemand met een besmet persoon in aanraking komt, en zij een notificatie ontvangen in de app.<sup>50, 51</sup> Zo worden mensen die CoronaMelder gebruiken nu sneller gewaarschuwd dat zij langere tijd in contact zijn geweest met iemand die Corona blijkt te hebben. Daarnaast is het handelingsperspectief – in lijn met de LCI-richtlijn – gewijzigd naar: testen na een melding, óók als je gevaccineerd bent.

Om de relevantie van CoronaMelder, juist in deze tijd, te benadrukken, wordt verder op verschillende manieren extra aandacht gevraagd voor het gebruik van de app. In advies 27 van de Begeleidingscommissie is hiervoor ook aandacht gevraagd.<sup>52</sup> Dit met als doel het aantal gebruikers te verhogen en daarmee de werking van de app te verbeteren. Uit cijfers van het RIVM blijkt dat in driekwart van de gevallen de bron van besmetting onbekend is.<sup>53</sup> Juist in deze gevallen kan CoronaMelder uitkomst bieden en mensen waarschuwen die bij het reguliere BCO niet naar voren komen. Daarom wordt sinds begin december in de CoronaCheck-app ook gewezen op het bestaan van CoronaMelder. Daarnaast is in CoronaMelder de mogelijkheid toegevoegd van pushberichten in de app waarin het belang benadrukt wordt van CoronaMelder en de mogelijkheid wordt geboden om het bestaan van de app te delen in het netwerk van de gebruiker.

#### *Advies 28 Begeleidingscommissie DOBC*

Op 11 november jl. heb ik het achtentwintigste advies van de Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning Bestrijding Covid-19 (DOBC) ontvangen, welke zich richt op het maken van een masterplan voor de toekomstige vernietiging van persoonlijke data die in het kader van de COVID-19 pandemie zijn verzameld en bewaard.

De bewaartermijn van medische dossiers is in bestaande wet- en regelgeving al afdoende geregeld. Op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) is de bewaartermijn voor een medisch dossier 20 jaar. Daarna worden data vernietigd of waar nodig geanonimiseerd, bijvoorbeeld ten behoeve van onderzoek. Gegevens die

<sup>49</sup> Factsheet CoronaMelder doorlopende evaluatie: [https://www.coronamelder.nl/media/Factsheet\\_CoronaMelder\\_latest.pdf](https://www.coronamelder.nl/media/Factsheet_CoronaMelder_latest.pdf).

<sup>50</sup> Zie eindrapport «Evaluatie CoronaMelder: een overzicht na 9 maanden»: <https://www.coronamelder.nl/nl/faq/40-onderzoek-hoe-weten-we-of-coronamelder-helpt-tegen-corona/>.

<sup>51</sup> Advies 18, Begeleidingscommissie DOBC: Regie van CoronaMelder – juist nu! (Kamerstuk 25 295, nr. 1063).

<sup>52</sup> Advies 27, Begeleidingscommissie DOBC: Handelingsperspectief nauwe contacten (in CoronaMelder) (Kamerstuk 25 295, nr. 1468).

<sup>53</sup> Zie «Wekelijkse update epidemiologische situatie van SARS-CoV-2 in Nederland» (RIVM).

zijn verzameld in het kader van bron- en contactonderzoek (BCO) mogen maximaal vijf jaar bewaard worden. Dit is ook terug te vinden in de privacyverklaringen van GGD GHOR Nederland en het RIVM.<sup>54</sup>

Voor testuitslagen die zien op het nieuwe coronavirus gelden de afwijkende wettelijke bewaartermijnen zoals opgenomen in de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen. In artikel II wordt de bewaartermijn voor positieve testuitslagen teruggebracht naar 1 jaar en voor negatieve testuitslagen naar vier weken, gerekend vanaf het moment dat de test is afgenomen. Dit geldt voor alle aanbieders van testen. Daarom moeten testaanbieders bij aansluiting op CoronaCheck aantoonbaar aan diverse voorwaarden en eisen voldoen, waaronder ten aanzien van bewaartermijnen. Zoals in een voorgaande kamerbrief ook gemeld<sup>55</sup> heeft Stichting Open Nederland daarnaast laten weten dat alle testaanbieders die bij hen zijn gecontracteerd conform genoemde wettelijke bewaartermijnen handelen. De Autoriteit Persoonsgegevens is toezichthouder op dit gebied.

Een apart masterplan en extra regelgeving voor verwijdering van COVID-19 gerelateerde data heeft daarmee geen toegevoegde waarde. Extra regelgeving bovenop de bestaande juridische kaders en het al bestaande toezicht zorgt enkel voor extra regeldruk in de zorg.

#### Toezegging Eerste Kamer: schriftelijke reactie vragen leden Baay-Timmerman (50PLUS) en De Bruijn-Wezeman (VVD)

In het Eerste Kamer debat over de derde verlenging van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 (Twm) van 23 november jl., is toegezegd schriftelijk terug te komen op enkele vragen gesteld door de leden Baay-Timmerman (50PLUS) en De Bruijn-Wezeman (VVD) over respectievelijk fraude met QR-codes en de mogelijkheid tot tijdelijk intrekken van vaccinatiebewijzen bij een positieve testuitslag. Met onderstaande toelichting voldoe ik aan deze toezegging.

#### *Tijdelijk intrekken «groene vinkje»*

Op dit moment is het (tijdelijk) op afstand intrekken of ongeldig maken van coronatoegangsbewijzen (CTB's) technisch niet mogelijk zonder afbreuk te doen aan de hoge eisen van gegevensbescherming die ik heb gesteld aan de ontwikkeling van het Nederlandse CTB (zowel digitaal in de CoronaCheck-app als ook geprint op papier). Dit is ook niet te realiseren via een internationale databank, zoals het lid De Bruijn-Wezeman suggereerde. Door de ontwerpkeuzes bevat het CTB namelijk te weinig informatie om de QR-code in te trekken. Naar aanleiding van de motie Den Haan<sup>56</sup>; «geen groen vinkje in de CoronaCheck-app na besmetting», zal ik u binnenkort nader berichten over de keuzes die te maken zijn.

#### *Fraude met QR-codes*

Mogelijke fraude met QR-codes wordt goed in de gaten gehouden. We hebben te maken met verschillende type fraudes met ieder hun eigen maatregelen. Zo worden coronatoegangsbewijzen en buitenlandse DCC's gekopieerd en via het internet beschikbaar gesteld om door anderen te worden gebruikt voor binnenlandse toegang. Dit gebeurt vooral met bewijzen die op papier zijn uitgegeven omdat deze QR-code statisch is.

<sup>54</sup> Privacy verklaring GGD GHOR Nederland: [https://ggdghor.nl/privacyverklaring-vaccinatie\\_coronavirus/](https://ggdghor.nl/privacyverklaring-vaccinatie_coronavirus/).

Privacy verklaring RIVM: <https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/privacy>.

<sup>55</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1396.

<sup>56</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1540.

Zodra wordt geconstateerd en vastgesteld dat een CTB of DCC publiekelijk op het internet met anderen wordt gedeeld, bijvoorbeeld op sociale media of in Telegramgroepen, dan kan deze worden geblokkeerd. Ook het ministerie zelf monitort dit. Inmiddels zijn er al 1513 QR-codes geblokkeerd (997 CTB's en 516 DCC's).

Daarnaast monitor ik voortdurend of er dreigingen of kwetsbaarheden zijn in de systemen die VWS zelf heeft ontwikkeld en levert, zodat de veiligheid van gegevens kan worden gewaarborgd en fraude kan worden herkend. In het geval dat hier onregelmatigheden worden geconstateerd, zullen vermoedens van onrechtmatigheden gecheckt worden en wordt ter bevestiging forensisch onderzoek uitgevoerd, waarna in voorkomende gevallen ook aangifte wordt gedaan. De politie heeft ook publiekelijk laten weten onderzoek te doen in zaken waarin handel in coronabewijzen wordt vermoed. Gedupeerden van fraude of misbruik kunnen op de gebruikelijke wijze een nieuw coronatoegangsbewijs aanvragen en daarmee opnieuw toegang verkrijgen tot activiteiten en voorzieningen.

Open communiceren over de sancties die staan op het frauderen met QR-codes helpt bij het tegengaan van fraude met het CTB. Ik zal blijven communiceren dat zowel het maken, als ook het gebruiken van valse QR-codes strafbaar is. De straffen voor valsheid in geschrifte en misbruik van systemen kunnen oplopen tot 7 jaar.

#### *Fraude met CoronaCheck Scanner app*

De wet schrijft voor dat de officiële CoronaCheck Scanner-app, uitgegeven door het Ministerie van VWS, moet worden gebruikt voor het scannen van een CTB. Deze kan niet worden gemanipuleerd en geeft alleen een «groen vinkje» wanneer iemand een geldige QR-code toont. Technisch is het mogelijk dat een eigen scanner app ontwikkeld wordt die altijd een groen scherm geeft, zoals Kamerlid Baay-Timmerman opmerkt. Het gebruiken van een dergelijke app bij het scannen van QR-codes om toegang te verlenen is echter in strijd met de wet en daarmee ook strafbaar.

#### CoronaCheck

Op 12 december jl. was de CoronaCheck-app ongeveer 14,37 miljoen keer gedownload. Er is in totaal daarnaast ongeveer 96 miljoen keer succesvol een QR-code aangemaakt en er zijn al ruim 677.000 papieren bewijzen verstuurd. Coronatoegangsbewijzen kunnen worden gescand met de CoronaCheck Scanner-app. Deze is 2,6 miljoen keer gedownload. In de Scanner-app wordt ook het belang van de identiteitscontrole bij het scannen benadrukt.

#### *Dataregistratie, techniek en uitzonderingsroutes*

De meeste mensen kunnen nu zelf via CoronaCheck een QR-code maken of aanvragen voor volledige vaccinatie of herstel. Toch kan het nog voorkomen dat het mensen niet lukt hun QR-code direct in de app aan te maken. Er zijn nog enkele uitzonderingssituaties die groepen van relatief beperkte omvang en individuele personen raken. Burgers worden over handelingsperspectieven geïnformeerd via [www.coronacheck.nl](http://www.coronacheck.nl) en de website van de rijksoverheid.<sup>57</sup>

Allereerst betreft dit personen die een eerste prik elders hebben gehad (bijvoorbeeld in een ander EU-land) en de tweede prik bij de GGD hebben gekregen. Bij deze mensen kan alleen de tweede prik, gezet door de GGD,

<sup>57</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/coronabewijs/hulp-en-vragen-over-coronabewijs/vragen-over-coronabewijs>.

opgehaald worden in de CoronaCheck-app. Op dit moment wordt door de GGD gewerkt aan een technische oplossing die ervoor zorgt dat er toch een volledig vaccinatiebewijs kan worden afgegeven. Zoals eerder gedeeld was hiervoor een oplossing gereed die helaas nog niet naar behoren werkte.

Daarnaast komt het soms voor dat door een technische reden de gegevens niet kunnen worden opgehaald in de CoronaCheck-app, ondanks dat deze correct geregistreerd zijn in het betreffende bronsysteem van bijvoorbeeld de huisarts of de GGD. In deze gevallen kan de vaccinatiezetter wel een papieren vaccinatiebewijs uitprinten via het daarvoor ontwikkelde webportaal. De GGD werkt in dit kader ook aan een duurzame technische oplossing voor dit specifieke technische probleem welke op korte termijn gereed zal zijn. Tot die tijd is er een noodprocedure in werking bij de Data Mutatie Helpdesk (0800-5090) waarmee via het genoemde webportaal alsnog een coronatoegangsbewijs kan worden aangemaakt.

Voor personen die geen toegang hebben tot DigiD en geen woonplaats hebben in Nederland, en andere uitzonderingsgroepen die bij de GGD zijn gevaccineerd maar die het niet gelukt is een CTB te krijgen, wordt gewerkt aan het regionaal uitrollen van een webportaal oplossing waarmee zij dit bewijs alsnog kunnen aanvragen. De verwachting is dat dit portaal snel gereed is. In sommige van de benoemde gevallen kan de Datamutatie Helpdesk van de GGD op dit moment al uitkomst bieden. In de tussentijd is het voor alle in derde landen gevaccineerde personen zonder BSN maar wel woonachtig in Nederland, zoals bijv. internationale studenten en expats, al mogelijk om via GGD Utrecht, Groningen en Rotterdam-Rijnmond een papieren QR-code te krijgen.

#### *Evaluatie CoronaCheck: de digitale ondersteuning van het coronatoegangsbewijs bij Testen voor toegang*

Net als voor CoronaMelder vindt ook voor CoronaCheck een evaluatie plaats. In opvolging van eerdere toezeggingen aan uw Kamer<sup>58</sup>, is het eindrapport van deze evaluatie in november 2021 beschikbaar gekomen. Ik stuur uw Kamer dit eindrapport bijgevoegd bij deze brief toe. Het evaluatieteam van CoronaCheck, onder leiding van prof. dr. Wolfgang Ebbers, heeft een onderzoek naar CoronaCheck ter digitale ondersteuning van het coronatoegangsbewijs (CTB) bij Testen voor Toegang<sup>59</sup> opgesteld<sup>60</sup>. Het rapport is te vinden op [www.coronacheck.nl](http://www.coronacheck.nl). Daar wordt binnenkort ook een publieksversie van het rapport gepubliceerd, omdat ik het belangrijk vind dat de resultaten voor iedereen toegankelijk zijn.

Zoals ik in mijn brief van 23 maart jl. heb aangegeven, gebruik ik de resultaten uit de evaluatie om te bepalen of en waar er verbeteringen mogelijk zijn<sup>61</sup>. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van mei 2021 tot oktober 2021. Een belangrijke kanttekening is daarom dat de onderzoekers de situatie hebben onderzocht van dat moment. De COVID-19 pandemie is weerbarstig, met veel en snel opvolgende situaties en bijbehorende maatregelen, die in meer of mindere mate de samenleving hebben geopend of juist gesloten. Desalniettemin zijn de verzamelde data relevant voor zowel onderzoeksdoeleinden als het doorvoeren van verbeteringen.

<sup>58</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

<sup>59</sup> Vanaf 24 juni jl. werden het vaccinatiebewijs en het herstelbewijs tevens grondslagen voor het verkrijgen van een CTB.

<sup>60</sup> De evaluatie richt zich met name op aspecten van de adoptie en het gebruik, en verschillende beoogde en niet-beoogde effecten van de inzet van digitale applicatie. Het in kaart brengen van epidemiologische effecten maakte geen onderdeel uit van deze evaluatie. Daarmee kan met deze evaluatie dan ook geen uitspraak worden gedaan over de epidemiologische werking van het coronatoegangsbewijs.

<sup>61</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1063.

De onderzoekers hebben drie deelonderzoeken uitgevoerd, namelijk 1) vragenlijstonderzoek naar de testbereidheid in relatie tot het CTB en hoe de testbereidheid zich heeft ontwikkeld in 2021 gedurende de maanden juni 2021 tot en met september 2021, 2) nalevingsonderzoek hoe gebruikers met de CoronaCheck-app omgaan en hoe er gecontroleerd werd en 3) een procesevaluatie.

De drie deelonderzoeken leverden gedurende de evaluatieperiode regelmatig inzichten op. De tussenrapportages heb ik eerder op de website [www.coronacheck.nl](http://www.coronacheck.nl) gepubliceerd<sup>62</sup>. Nu de deelonderzoeken volledig zijn afgerond, leveren ze ook drie overkoepelende inzichten op. Ik zal hier achtereenvolgens op ingaan.

1) Draagvlak voor CoronaCheck als coronatoegangsbewijs bij Testen voor Toegang

De bereidheid en bekendheid voor het gebruik van CoronaCheck is gedurende de tijd toegenomen. Een aandachtspunt daarbij betreft de groepen burgers en bedrijven die minder (of niet) kunnen omgaan met digitale hulpmiddelen zoals CoronaCheck. Hier zijn inmiddels diverse verbeteringen op doorgevoerd, waaronder het papieren toegangsbewijs, hulp via bibliotheken en ouderenbonden. Ik heb uw Kamer hier eerder in diverse brieven over geïnformeerd.<sup>63</sup>

2) Testbereidheid in relatie tot Testen voor Toegang

Een andere bevinding is dat de testbereidheid onder de groep van gevaccineerde mensen stabiel is gebleven, maar wel daalde onder de groep twijfelaars en mensen die zich niet willen laten vaccineren. De bevinding over de relatief lage testbereidheid onder de groep die zich niet wil laten vaccineren is vergelijkbaar met de resultaten van het onderzoek van I&O Research<sup>64</sup> en wordt ook herkend in de realisatiecijfers van de Stichting Open Nederland. In mijn Maatregelenbrief van 12 november jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de wijkgerichte aanpak. De dalende testbereidheid bij deze groep is één van de redenen om samen met de GGD de wijkgerichte aanpak te verstevigen.

3) Handhaving en controle van CoronaCheck als CTB bij Testen voor Toegang

Tot slot benadrukken de onderzoekers het belang van handhaving. Handhaving en goede toegangscontrole op het CTB zijn van belang om de kans op besmettingsrisicovolle ontmoetingen verder omlaag te brengen, waarmee de samenleving voor samenkomsten van groepen mensen relatief veilig open kan blijven. De onderzoekers geven twee verbeterpunten aan: de controle van het identiteitsbewijs en de aanpak van fraude ter voorkoming van besmettingen en ter verbetering van het draagvlak.

Daarnaast wordt fraude met QR-codes actief gemonitord. Zowel naar aanleiding van meldingen over posts op sociale media als naar aanleiding van eigen monitoring van de IT systemen. De meest voorkomende vorm van fraude op dit moment betreft QR-codes die worden gedeeld in bijvoorbeeld Telegram-groepen op het internet, zie hiervoor ook de passage over «fraude met QR-codes» eerder in deze brief. De politie heeft bekend gemaakt dat in het licht van fraude met QR-codes ook aanhoudingen zijn verricht. Ook de kopers van de onterecht uitgegeven bewijzen worden opgespoord. Als uit de eigen monitoring van de systemen opvallend en afwijkend gedrag wordt geconstateerd wordt dit ook nader onderzocht, de informatie gedeeld met de politie en waar passend aangifte gedaan.

<sup>62</sup> <https://coronacheck.nl/nl/faq/7-1-onderzoek-hoe-weten-we-of-coronacheck-werkt/>.

<sup>63</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1297 en Kamerstuk 25 295, nr. 1396.

<sup>64</sup> [http://www.ioresearch.nl/wp-content/uploads/2021/10/bwebpr21\\_coronavaccinaties-en-toegangspas-oktober-2021-totaal-definitief.pdf](http://www.ioresearch.nl/wp-content/uploads/2021/10/bwebpr21_coronavaccinaties-en-toegangspas-oktober-2021-totaal-definitief.pdf).

In het debat over ontwikkelingen rondom het coronavirus van 1 december jl. is aan uw Kamer een plan van aanpak voor naleving, controle en handhavingmogelijkheden toegezegd. Dit plan ontvangt u vandaag in een separate brief van de Minister van Justitie en Veiligheid.

De evaluatie biedt relevante inzichten als het gaat om de inzet van de CoronaCheck-app als drager van het coronatoegangsbewijs. Deze inzichten zijn, zoals hierboven beschreven, reeds gebruikt bij het verbeteren van de aanpak en de digitale ondersteuning hiervan. Over eventueel vervolgonderzoek zal ik uw kamer later nader informeren.

### **13. Zorgen dat de zorg het aankan**

De druk op de ziekenhuizen is onverminderd hoog. Sinds begin oktober zien de ziekenhuizen een voortdurende stijging van de bezetting door COVID-19-patiënten, zowel op de klinische verpleegafdelingen als op de IC. Ook de afgelopen week is de bezetting van COVID-19-patiënten verder gestegen voor zowel de IC als de kliniek. Per maandag 6 december 2021 is daarom door het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) besloten de landelijke IC-capaciteit op te schalen naar 1.250 bedden. Inmiddels zien we dat sinds begin december de eerste tekenen dat de instroom van nieuwe patiënten op de IC en in de kliniek lijkt te stabiliseren. De verwachting van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS), op basis van de beschikbare data, is dan ook een stabiele COVID-19-instroom voor de komende week, waarbij een lichte stijging van de COVID-19-bezetting vanwege het na-ijleffect niet valt uit te sluiten. Ondanks de verwachte stabilisatie van de ziekenhuisinstroom, blijft de druk op de gehele zorgketen onverminderd hoog.

Op dit moment (stand 14 december) zijn volgens het LCPS in totaal 2.744 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen. Hiervan liggen 634 COVID-19-patiënten op de IC en 2.110 COVID-19-patiënten in de kliniek. Vorige week (6 december 2021) was dit aantal nog 624 COVID-19-patiënten op de IC en 2.202 COVID-19-patiënten in de kliniek. De COVID-druk wordt steeds gelijkmatiger verdeeld tussen de regio's (gewogen naar de afgesproken fair share) dankzij de solidariteit rond het aanbieden van bedden voor spreiding. Het blijven aanbieden van bedden volgens de fair share blijft belangrijk om de druk landelijk gelijkmatig te kunnen verdelen.

Sinds eind november is het LCPS ook weer gestart met het overplaatsen van patiënten naar de ziekenhuizen in Duitsland. Voor het efficiënt vervoeren van patiënten over grote afstanden is een ambulancehelikopter beschikbaar. Op dit moment liggen er 20 Nederlandse IC-patiënten bij onze oostburen. Naar verwachting zal dit aantal de komende tijd nog met enkele patiënten toenemen. Tegelijkertijd heeft Duitsland ook te maken met hoge besmettingsaantallen en daaruit voortvloeiende druk op de zorg. Daarom zal steeds van moment tot moment bezien moeten worden welke mogelijkheden er zijn om Nederlandse patiënten op te nemen. De samenwerking met Duitsland zorgt hoe dan ook zeker voor lucht in het systeem. Ik wil daarom nogmaals mijn dank uitspreken voor hun bereidheid patiënten uit Nederland over te nemen.

#### Actueel beeld COVID-19-zorg buiten de ziekenhuizen

GGD GHOR Nederland houdt in de «Landelijke Ketenmonitor Zorg» periodiek bij hoe het staat met de eerstelijnsverblijf-bedden die beschikbaar zijn voor COVID-patiënten die niet naar het ziekenhuis hoeven, of die het ziekenhuis juist mogen verlaten, maar voor wie het niet



mogelijk is om (direct) thuis te worden verzorgd. Er zijn landelijk momenteel voldoende eerstelijnsverblijf COVID-bedden beschikbaar. Op dit moment is er een capaciteit beschikbaar van 721 eerstelijnsverblijf-bedden voor COVID-19-patiënten, waarvan 509 bedden bezet zijn (cijfers 9 december). Van de 25 regio's hebben 14 regio's de voorbije week extra tijdelijke bedden buiten het ziekenhuis opgeschaald. Wel zijn er regionale verschillen in de mate waarin opschaling mogelijk is. Het feit dat er nog vrije beschikbare bedden buiten het ziekenhuis zijn, kan op twee manieren worden verklaard. Enerzijds zien we dat bij het opschalen van een nieuw cohort met tijdelijke bedden, er vaak veel nieuwe bedden in één keer bijkomen. Het duurt even voor deze bezet zijn. Anderzijds zijn er knelpunten rond het plaatsen van patiënten een Wlz- en PG-indicatie, vanwege het hoge aantal besmettingen in instellingen en tekort aan Wlz- en PG-bedden. Deze patiënten kunnen niet geplaatst worden op de tijdelijke bedden buiten het ziekenhuis in verband met de zorgvraag. Deze is zwaarder dan op de extra tijdelijke bedden geleverd kan worden. Daarnaast worden bij voorkeur deze tijdelijke bedden vrij gehouden ten behoeve van de doorstroom van COVID-19-patiënten uit het ziekenhuis. GGD GHOR denkt dat bij continuering van maximale afschaling van de reguliere zorg in de ziekenhuizen, en mits de capaciteit van zorgmedewerkers niet verder afneemt, verdere opschaling nog mogelijk is tot ca. 1100 tijdelijke bedden.

### Huidige fase 2d en verdere verduidelijking

Op 26 november jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over het afkondigen van fase 2d uit het Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ).<sup>65</sup> Met de afkondiging van deze fase zijn binnen de zorgsector aanvullende maatregelen genomen om landelijk de continuïteit van de (semi-)acute en kritieke planbare zorg, met de optimale inzet van (schaars) personeel, zo goed mogelijk te borgen. Op dit moment (d.d. 14 december) bevinden we ons nog steeds in fase 2d. Dat betekent dat de daarbij geldende maatregelen in werking zijn. De toezichthouders, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), zien erop toe dat de maatregelen behorende bij fase 2d worden uitgevoerd.

De afgelopen week is in het publieke debat verwarring ontstaan over de procedure rond de overgang naar de zogeheten fase 3 van het Opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ door sommigen ook wel «code zwart» genoemd. Over deze procedure en over de uitvoering van een dergelijke fase 3-situatie zijn in maart 2021 afspraken gemaakt met alle betrokken partijen, die gevat zijn in het tijdelijke verdiepend beleidskader «Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie» dat de toenmalige Minister voor Medische Zorg en Sport op 23 maart 2021 aan de Kamer heeft aangeboden.<sup>66</sup> Om eventuele onduidelijkheden weg te nemen heb ik 14 december een toelichtende brief (zie bijlage) gestuurd naar de voorzitters van de veldpartijen.<sup>67</sup> Daarin heb ik – in lijn met het bovengenoemde verdiepende beleidskader – nogmaals uiteengezet wat de afspraken zijn wanneer er sprake zou zijn van fase 3, hoe deze fase tot stand komt en wat de procesafspraken zijn bij een overgang van fase 2d naar fase 3.

<sup>65</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1559.

<sup>66</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 549.

<sup>67</sup> Bijlage: Brief fase 3 aan de voorzitters van de veldpartijen.

In reactie op de motie van de leden Van Haga en Van der Plas<sup>68</sup>, die de regering hebben verzocht te garanderen dat ongevacceerde mensen niet geweigerd zullen worden voor een behandeling in het ziekenhuis, kan ik mededelen dat artsen keuzes voor behandeling maken op basis van een totaalbeeld van de patiënt. Er wordt geen onderscheid gemaakt op basis van vaccinatiestatus. Ik beschouw de motie hiermee als afgedaan.

### Stand van zaken toegankelijkheid reguliere zorg

De NZa publiceerde 25 november jl. de vierde Monitor Toegankelijkheid van Zorg, die ik als bijlage bij deze brief meestuur.<sup>69</sup> De monitor geeft gedetailleerd inzicht in de ontwikkeling in de wachttijden, productie en verwijzingen, om daarmee de druk op de medisch specialistische zorg en vervolgzorg en de mate waarin inhaalzorg wordt geleverd te monitoren. De monitor laat zien dat de druk op de zorg de afgelopen weken sterk is toegenomen. De monitor van 25 november jl. laat zien dat het aantal verwijzingen op dat moment rond de 89% lag van het verwachte aantal in een normale situatie zonder COVID-19. De meest recente informatiekaart «Druk op de zorg» van de NZa (versie 14 december) maakt inzichtelijk dat iets meer dan een kwart van de ziekenhuizen de kritiek planbare zorg niet volledig binnen de norm van 6 weken kan leveren.<sup>70</sup> Dit was in eind oktober nog 6,7%.<sup>71</sup> De niet-kritiek planbare zorg (klasse 4 en 5 zorg) is in vrijwel alle ziekenhuizen afgeschaald. 55% van de ziekenhuizen heeft de niet-kritiek planbare zorg momenteel volledig geannuleerd, in de overige ziekenhuizen is de afschaling van de niet-kritiek planbare zorg nog gaande. Afschaling van niet-kritieke planbare zorg (klasse 4 en 5 zorg) is in deze fase noodzakelijk om de (semi-) acute en zoveel mogelijk de kritiek planbare zorg te waarborgen. Vanwege deze afschaling van de planbare zorg schat de NZa in dat maximaal 190.000 tot 210.000 operaties ingehaald moeten worden. In de monitor wordt ook inzichtelijk dat het verzuimcijfer onder zorgpersoneel hoog blijft. Vanwege de zorgelijke ontwikkelingen in de opnamecijfers gaat de NZa de monitoring intensiveren waarbij de focus zal liggen op de afschaling van de zorg, in het bijzonder gericht op de regionale verschillen in de afschaling, wachttijden van reguliere zorg en de effecten van de COVID-19-druk op de totale zorgketen.

### Toezegging zelfstandige behandelcentra

In het debat van 16 november jl. heb ik aan het lid De Vries (VVD) toegezegd dat ik navraag zou doen bij de NZa naar signalen over financiële belemmeringen voor verwijzingen naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's). De NZa heeft van ZBC's signalen ontvangen over omzetplafonds in 2021 en het moeten inzetten van patiëntenstops. Vanuit hun toezichtrol op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg heeft de NZa inmiddels, naar aanleiding van deze signalen, een uitvraag gedaan bij zorgverzekeraars. Het is immers aan zorgverzekeraars om te beslissen waar ze voldoende zorg inkopen om aan hun zorgplicht te voldoen: ze kiezen op basis van afwegingen over kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid bij welke ziekenhuizen en/of ZBC's zij dit doen. Daarbij worden de afspraken betrokken uit het «kader passende inhaalzorg msz».<sup>72</sup> De conclusie van de NZa is dat zorgverzekeraars zorgvuldig en voldoende zorg inkopen, waarbij ze rekening houden met de druk op de ziekenhuizen en de mogelijkheden van ZBC's om bepaalde zorg te

<sup>68</sup> Kamerstuk 35 925, nr. 95.

<sup>69</sup> NZa, «Monitor Toegankelijkheid van Zorg», 25 november 2021.

<sup>70</sup> NZa, «Informatiekaart Druk op de zorg», 7 december 2021.

<sup>71</sup> NZa, «Monitor Toegankelijkheid van Zorg», 28 oktober 2021.

<sup>72</sup> Kamerstukken 2020/21, 25 295, nr. 566.

verlenen. De uitkomsten van deze uitvraag heeft de NZa ook teruggekoppeld aan Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). Overigens is het goed om te vermelden dat patiënten over het algemeen de weg naar de ZBC's weten te vinden en dat zij meer zorg leveren dan voor de COVID-pandemie, zoals ook blijkt uit de monitor «Toegankelijkheid van zorg».<sup>73</sup> Bij het afkondigen van fase 2d hebben de toezichthouders de ZBC's opgedragen om de Verpleeghuizen, Verzorgingstehuizen en Thuiszorg (VVT-sector) niet te belasten met patiënten, dus dat betekent dat zij in deze fase geen behandelingen meer uitvoeren waarvoor bijvoorbeeld een beroep op vervolgzorg in de VVT-sector nodig is.<sup>74</sup>

#### Ondersteuning door Defensie

Defensie is in de eerste week van december begonnen met het inrichten van extra bovenregionale beddenscapaciteit voor COVID-19-patiënten in het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Concreet betekent dit dat hier de komende weken zo'n 60 militaire zorgverleners worden ingezet. De basisartsen, militair verpleegkundigen en runners werken hier zij-aan-zij met het eigen personeel van het ziekenhuis. Met het creëren van extra bedden bovenop de reguliere capaciteit worden regio's met de hoogste beddendruk ontlast. Door de inzet van Defensie is het mogelijk de bestaande COVID-kliniekcapaciteit uit te breiden met 16 extra bedden. Ook in Limburg zijn sinds begin vorige week medisch geschoolde militairen actief ter ondersteuning van zorgprocessen en planning, logistiek en spreiding van patiënten in Limburg. In het VieCuri Venlo ondersteunen 25 militairen op de COVID-afdelingen en in het Zuyderland in Sittard-Geleen worden 14 militairen ingezet. Een ervaren planner van Defensie is gestationeerd bij het Regionaal Centrum Patiënten Spreiding te Maastricht UMC+. Met deze verdeling over de ziekenhuizen in Limburg kan maximale uitbreiding van extra bedden worden bereikt.

Ik heb ook een beroep gedaan op Defensie om de GGD'en te helpen met testen en vaccineren. Deze afspraken heb ik al nader toegelicht in de maatregelenbrief COVID-19 van 26 november 2021.<sup>75</sup>

#### Acties inzake voorlichting over vaccinatie vanuit de geboortezorg

Het verbeteren van de informatievoorziening over vaccinatie aan vrouwen met een kinderwens en vrouwen die zwanger zijn, heeft mijn blijvende aandacht. Er is een werkgroep ingesteld waarin het Ministerie van VWS samen met onder meer de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NTOG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het RIVM samenwerkt om de voorlichting en informatie voor deze doelgroep verstevigen. Er zijn verschillende communicatiemiddelen ontwikkeld in meerdere talen, waaronder video's, om vrouwen te informeren over het belang van vaccineren en de complicaties die kunnen optreden als je besmet raakt met het coronavirus. Voor professionals in de verloskundige zorg zijn counseling kaarten ontwikkeld die kunnen ondersteunen bij het gesprek over vaccinatie. Momenteel wordt door de werkgroep voorbereidingen getroffen voor een videoproductie waarbij een gynaecoloog in gesprek gaat met vrouwen die tijdens de zwangerschap te maken hebben gekregen met COVID-19.

<sup>73</sup> NZa, «Monitor toegankelijkheid van Zorg», 25 november 2021.

<sup>74</sup> Kamerstukken 2021/22, 25 295, nr. 1559.

<sup>75</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1560.

Ook in de regio ontstaan passende gerichte initiatieven. Zo wordt in de regio Zuidwest-Nederland al langere tijd intensief samengewerkt tussen het District Verloskundig Platform Rijnmond, het plaatselijke ROAZ, de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) Samergo en het Regionaal Consortium zwangerschap en geboortezorg Zuidwest-Nederland. Deze nauwe samenwerking heeft het voor tien verloskundige samenwerkingsverbanden en hun samenwerkingspartners in het zuidwesten mogelijk gemaakt om in korte tijd een Webinar te organiseren. Hierbij worden zorgprofessionals praktische handvatten geboden om het gesprek met zwangeren over vaccinatie aan te gaan. Het initiatief is omarmd door de gehele regio: bijna 800 huisartsen, verloskundigen, jeugdgezondheidszorgmedewerkers, gynaecologen, kinderartsen, verpleegkundigen en kraamverzorgenden hebben zich inmiddels aangemeld. De opname van dit Webinar wordt binnen het ROS-netwerk en het landelijke Netwerk Regionale Consortia Geboortezorg (NRCG) gedeeld. Ook de GGD'en zetten zich op regionaal niveau in om de vaccinatiegraad onder zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens te verhogen. Zij doen dit onder andere door het organiseren van webinars en het ontwikkelen en verspreiden van voorlichtingsmateriaal voor de doelgroep.

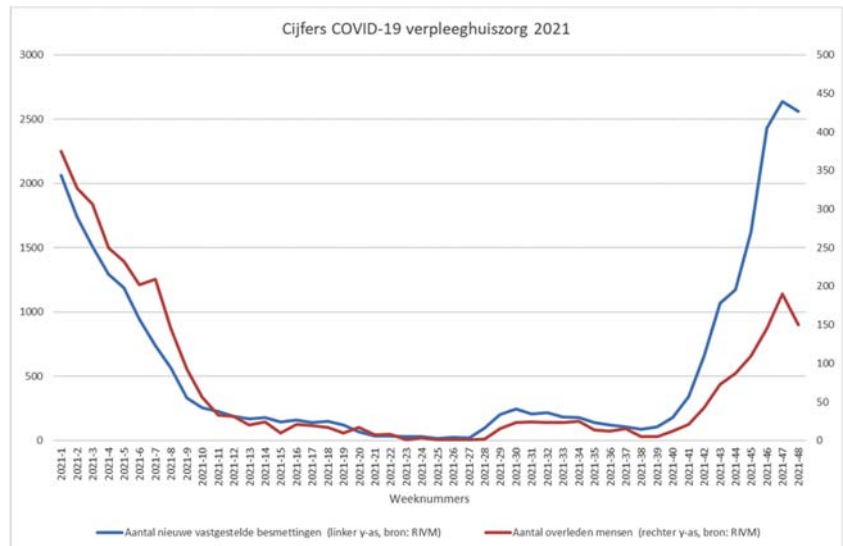
Voorts kan ik u melden in gesprek te zijn met Centraal Bureau Drogisterijbedrijven (CBD), de bracheorganisatie van drogisterijen, over het bieden van (extra) informatie en voorlichting over coronavaccinatie voor zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens bij de verkoop van zwangerschapstesten. Hiermee voldoe ik aan de motie van de leden Paternotte en Pouw-Verweij<sup>76</sup> om contact op te nemen met de koepel van drogisterijen hieromtrent en het bevorderen van de informatievoorziening aan zwangere vrouwen over vaccinatie.

#### 14. Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid

##### Verpleeghuizen

De huidige situatie ten aanzien van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-sterfte in verpleeghuizen is in navolgende grafiek opgenomen:

**Figuur 3:Cijfers COVID-19 verpleeghuizorg 2021.**

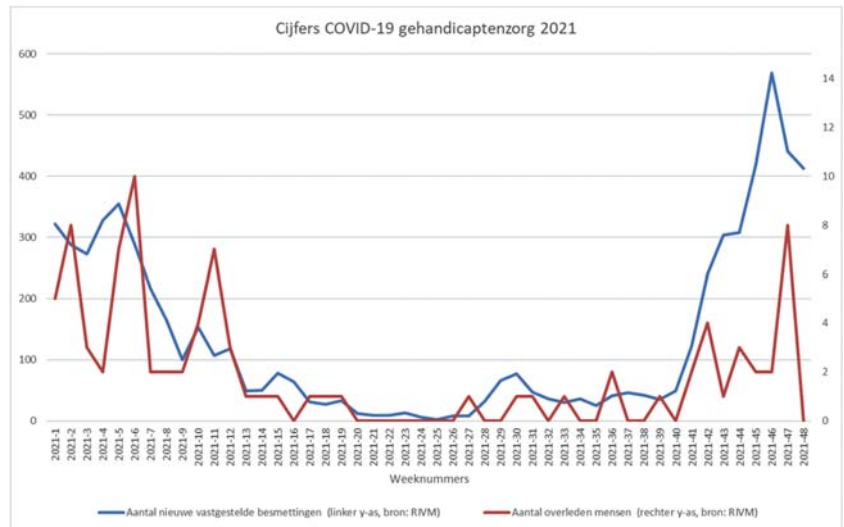


<sup>76</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1565.

## Instellingen gehandicaptenzorg

De situatie ten aanzien van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-sterfte in instellingen voor gehandicaptenzorg is in navolgende grafiek opgenomen:

**Figuur 4: Cijfer COVID-19 gehandicaptenzorg 2021.**

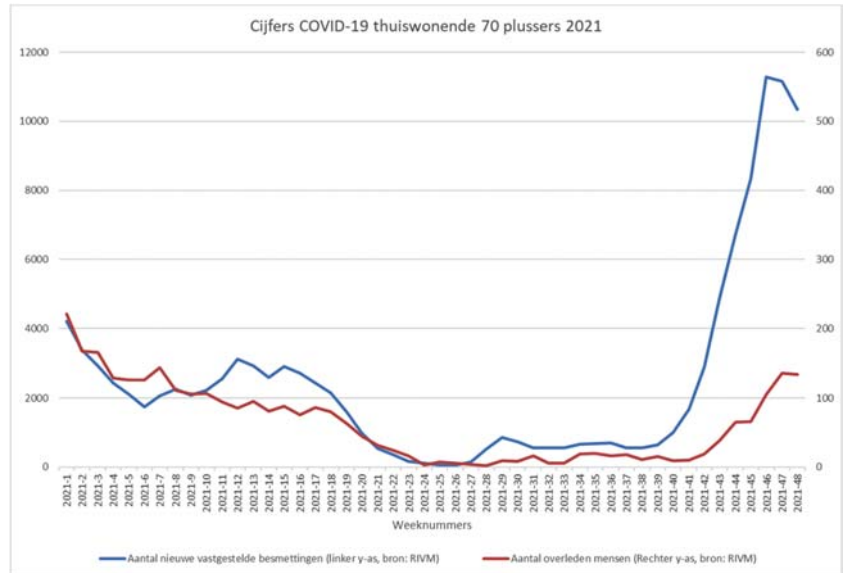


Signalen uit het veld alsmede van Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en de Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) en enquêtes uitgevoerd door de Academische Werkplaats gehandicaptenzorg «Sterker op eigen benen» geven aan dat deze cijfers een onderschatting zijn. Er is overleg gaande met genoemde partijen, de GGD GHOR en het RIVM hieromtrent. Ik verwacht u hierover begin 2022 nader te kunnen informeren.

## Thuiswonende 70-plussers

De stand van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-overlijdens van thuiswonende 70-plussers is in navolgende grafiek opgenomen:

**Figuur 5: Cijfers COVID-19 thuiswonende 70-plussers 2021.**



### Ontwikkelingen in de langdurige zorg

Uit de grafieken hierboven blijkt dat in de afgelopen maanden, net als in de rest van de samenleving, ook in de verpleeghuizen, in de gehandicapenzorg en onder thuiswonende ouderen het aantal besmettingen en uitbraken na een betrekkelijk rustige periode weer flink is toegenomen. Gelukkig lijkt het erop dat de stijging niet doorzet.

Het OMT heeft in het 133<sup>e</sup> OMT-advies geadviseerd om bij de huidige hoge incidentie van SARS-CoV-2 preventief medische mondneusmaskers altijd in te zetten in alle binnenruimtes met patiënten/cliënten en nadrukkelijk ook in situaties waarbij de 1,5 meter afstand houden voor medewerkers onderling niet mogelijk is. Hiervoor zijn voldoende medische mondneusmaskers voorradig.

Uw Kamer heeft met de motie van het lid Gündoğan c.s.<sup>77</sup> gevraagd om in het volgende OMT-advies het nut en de noodzaak van het breed inzetten van medische FFP2-mondneusmaskers in het tegengaan van besmettingen onder – en daarmee het beschermen van – zorgpersoneel te betrekken. Het OMT geeft aan dat de huidige epidemiologische situatie geen reden is om het eerder ingestelde mondneusmaskerbeleid te wijzigen. Afhankelijk van de situatie en de aard van de blootstelling bij een patiënt/cliënt, kan voor een chirurgisch mondneusmasker type IIR of een FFP2-masker kan worden gekozen. Dit advies is in lijn met het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) op basis van de geldende LCI richtlijn<sup>78</sup> die onder het toezicht van de IGJ valt. Hiermee beschouw ik de motie als afgedaan.

Zoals aangegeven in de vorige stand van zakenbrief hebben ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Venso, V&VN en ZorgthuisNL in april 2021 de handreiking bezoek en sociaal contact vastgesteld.<sup>79</sup> Daarin is aangegeven dat de bestuurders van de verpleeghuizen verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg en dat zij zich naast de maatregelen voor

<sup>77</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1595.

<sup>78</sup> Uitgangspunten PBM bij verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis (<https://lci.rivm.nl/covid-19/PBMbuitenziekenhuis>).

<sup>79</sup> <https://www.actiz.nl/sites/default/files/2021-04/Handreiking-Bezoek-en-sociaal-contact.pdf>.



zorgpersoneel derhalve moeten beraden over maatregelen zoals (preventief) inzetten van persoonlijke beschermingsmiddelen voor bezoekers, beperken bezoek, registratie en triage van bezoek. De handreiking stelt dat zorgorganisaties zelf de afweging mogen maken, passend bij de risicosituatie, zoals nu zorgelijk bij oplopende besmettingen. Hierbij zijn de uitgangspunten van het RIVM en het behandeladvies van Verenso de basis.

Ik zie dat veel instellingen in de langdurige zorg bezoekers vragen of ze geen klachten hebben (checkgesprek) en mondkapjes te gebruiken. Dat vind ik zeer wenselijk, gegeven de toename van het aantal besmettingen in de samenleving, de kwetsbaarheid van de cliënten en het belang van zorgcontinuïteit.

Ik wil opnieuw mijn waardering uitspreken voor alle betrokkenen die zich in de langdurige zorg nog steeds inzetten of hebben ingezet voor de bestrijding van het virus; de zorgverleners, de vrijwilligers, de mantelzorgers en alle anderen. Deze mensen zijn het kapitaal van onze zorg en vormen de warme mantel rond onze kwetsbaren. Nu de crisis al zo lang duurt, is een groot zorgpunt in de langdurige zorg dan ook de beschikbaarheid van zorgverleners. Het ziekteverzuim is hoog en vaak langdurig. Er zijn veel besmettingen onder de zorgverleners en daarmee is er ook de noodzaak om in quarantaine te gaan. De druk op de zorgaanbieders in de langdurige zorg om de roosters «rond» te krijgen is enorm. Daarbij komt bij dat van veel zorgverleners al sinds het begin van de pandemie meer inzet wordt gevraagd dan gebruikelijk en onder moeilijke omstandigheden. Ook dit wordt scherp door mij gevolgd.

Om de zorgsector voldoende financiële rust te bieden heeft het kabinet besloten de meerkostenregelingen en meerkostenprestatie te continueren. Het kabinet zal de financiële gevolgen van het verloop van de pandemie op de zorgsector blijven volgen. Korthedshalve verwijs ik u naar mijn brief van 10 december 2021 over de voorzetting van financiële COVID-maatregelen zorg 2022.

#### Ruimte en vertrouwen

In een nieuwsbericht van 18 november jl.<sup>80</sup> heeft de IGJ, gelet op de hoge druk op zorg en jeugdhulp, laten weten ruimte en vertrouwen te geven aan de zorgaanbieders. De IGJ geeft aan dat juist bij oplopende druk de professionals uiteindelijk het beste zélf kunnen bepalen wat nodig is om goede zorg te kunnen blijven bieden. Zorg die verantwoord, veilig en liefdevol is en blijft. De inspectie ziet dat zorgaanbieders alles op alles zetten om die zorg te blijven geven. Zorgaanbieders moeten soms ook bepalen welke aanpassingen nodig zijn. Aan ingewikkelde keuzes valt niet te ontkomen als de druk binnen een instelling, een regio of landelijk te hoog oploopt. Het kan zijn dat zorgaanbieders noodgedwongen moeten afwijken van wat gebruikelijk is.

Het is dan belangrijk dat bestuurders hun afwegingen en keuzes goed vastleggen. Vooral om die uit te kunnen leggen aan patiënten, cliënten en hun familie en vrienden. Ook later nog. Die afwegingen kunnen ook betrokken worden in het (latere) gesprek met de eigen medewerkers, de inspectie of andere relevante partijen. Een voorbeeld waarin wordt afgeweken van de normale praktijk, is bij de inzet van ondersteunend personeel als studenten geneeskunde, leerling-verpleegkundigen, voormalige zorgverleners (BIG-geregistreerd, of niet meer), zzp'ers of

<sup>80</sup> [www.igj.nl/actueel/nieuws/2021/11/18/vierde-coronagolf-legt-weer-hoge-druk-op-zorg-en-jeugdhulp---igj-geeft-ruimte-en-vertrouwen](https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2021/11/18/vierde-coronagolf-legt-weer-hoge-druk-op-zorg-en-jeugdhulp---igj-geeft-ruimte-en-vertrouwen).

anderen. Met voldoende ondersteuning vanuit de werkgever zijn daar ruimere mogelijkheden voor dan in een gebruikelijke situatie. Bestuurders in de zorg en de jeugdhulp blijven wel zelf verantwoordelijk voor de keuzes die zij maken. De inspectie geeft ruimte en vertrouwen om afwijkende keuzes te maken als die nodig blijken. Diverse zorgaanbieders in zowel de ouderen- als in de gehandicaptenzorg hebben mede op basis hiervan deze keuzes ingevuld om zo de kwaliteit van de zorg te kunnen borgen. Voorbeelden zijn:

Extramurale verpleegzorg (mpt, vpt), taken die door een helpende of huishoudelijke hulp uitgevoerd kunnen worden. Handelingen:

- Steunkousen uittrekken. Dit is voornamelijk van toepassing in de avonden.
- Waar er met twee personen naar een cliënt wordt gegaan hoeft de ene persoon niet gediplomeerd te zijn.
- Hulp bij eten en drinken, tenzij er bij de cliënt sprake is van ernstige slikproblematiek.
- Alle ADL-activiteiten bij cliënten met een stabiele zorgvraag (o.a. douchen).
- Begeleiding bij onbegrepen gedrag. Onbegrepen gedrag is een brede term, die ter discussie kan staan. Het is essentieel om per cliënt te kijken wat het onbegrepen gedrag is. Hierbij is het belangrijk om individueel te bekijken wat hierbij wel en niet kan. Een voorwaarde is dat de kennis over onbegrepen gedrag van de medewerker goed moet zijn, zodat de cliënt persoonsgerichte zorg ontvangt. Tijdens het proces moeten de hogere niveaus blijven signaleren op het gedrag zodat de kwaliteit van zorg optimaal blijft. Het praktisch inrichten hiervan vergt aandacht.

Intramuraal, niveau 2 handelingen die door een helpende of woonassistent uitgevoerd kunnen worden, onder voorwaarde dat er tussenkomst kan zijn van een bevoegd en bekwaam iemand. Handelingen:

- Steunkousen aan- en uittrekken.
- Stomaverzorging, alléén het stomazakje verwisselen met een tweedelig systeem.
- Medicatie aanreiken uit baxter. Hiervan uitgesloten is medicatie die zelf moet worden uitgezet of hoog risico medicatie.
- Oog- en oordruppels toedienen.
- Transdermale pleisters aanbrengeen.
- Verzorgen van een (externe) katheter. Hierbij worden taken bedoeld als het aanbrengeen/wisselen van de katheterzak en het observeren van de katheter. Het moet duidelijk zijn waar de medewerker tijdens het observeren op moet letten, zodat de medewerker weet wanneer die contact moet opnemen met een arts of verpleegkundige.
- Monitoren gewicht, saturatie, bloeddruk, pols, ademhaling en temperatuur. Hierbij zijn de onder- en bovengrenzen van de waardes vastgesteld waarop de medewerker dan contact moet opnemen met een arts of verpleegkundige.

De handelingen op niveau 2 zouden ook geleerd kunnen worden aan vrijwilligers, familie of woonassistenten die daarvoor openstaan.

#### Verpleeghuizen, onderzoek professor Hertogh

In de verpleeghuizen wonen de meest kwetsbare ouderen. Vanwege deze kwetsbaarheid kan COVID-19 voor deze groep enorme gevolgen hebben. Dat zagen we aan de sterftcijfers in de eerdere golven. Deze kwetsbaarheid dwong tijdens de eerste golf tot ingrijpende maatregelen, zoals het sluiten voor bezoek. Vanwege die kwetsbaarheid is deze groep begin dit jaar dan ook met voorrang gevaccineerd.

Helaas nam het aantal uitbraken in verpleeghuizen de afgelopen tijd opnieuw toe. Er zijn veel besmettingen onder zowel de bewoners als de zorgverleners. Volgens informatie van het RIVM zijn er per 8 december 1.071 locaties<sup>81</sup> die te maken hebben met een besmetting. Het ziekteverzuim in de ouderenzorg is toegenomen, volgens informatie van Vernet is het ziekteverzuim per oktober 8,65%, maar vanuit het veld horen wij aanzienlijk hogere verzuimcijfers. Bovendien wordt – zoals hierboven ook opgemerkt – al langdurig veel gevraagd van de zorgverleners.

In de media was er onlangs aandacht voor een onderzoek naar COVID-19 bij verpleeghuisbewoners. Samen met de landelijke partijen in de langdurige zorg heb ik in oktober jl. professor Cees Hertogh verzocht onderzoek te doen naar symptomen, het ziekteverloop en het overlijdensrisico bij besmettingen ná vaccinatie. Hij is hoogleraar ouderengeneeskunde & ethiek van de zorg bij het AmsterdamUMC en voorzitter van de Academische Werkplaats ouderenzorg. Ook is hij lid van het OMT. In het onderzoek gaat het om het ziekteverloop bij 800 bewoners. Het betreffende onderzoek zal een dezer dagen worden afgerond.

Eén van de bevindingen uit het onderzoek tot dusverre is dat áls bewoners gevaccineerd zijn en toch COVID krijgen, de kans dat ze binnen 30 dagen komen te overlijden ongeveer 22 procent is. Dit percentage is vergelijkbaar met de kans op overlijden in de tweede golf.

We hebben professor Hertogh en het RIVM uitvoerig gesproken. De conclusie die *niet* getrokken mag worden is dat vaccineren geen zin heeft. Dan zou deze groep moeten worden vergeleken met de groep die geen vaccinatie heeft gehad en dat is niet gebeurd in dit onderzoek. Dit onderzoeken is niet mogelijk vanwege onder andere de hoge vaccinatiegraad in de verpleeghuizen. Meer algemeen weten we natuurlijk wel dat vaccineren meer bescherming biedt en het de kans op ernstige ziekte en overlijden aanzienlijk vermindert. Professor Hertogh wijst erop dat dankzij de vaccinaties begin van het jaar het aantal infecties om het voorjaar daarom ook sterk is teruggelopen (ook onder bezoekers en zorgverleners). Als we niet gevaccineerd hadden, was de situatie vermoedelijk aanzienlijk erger geweest.

Het onderzoek van professor Hertogh geeft aan dat een combinatie van verschillende factoren een rol kan spelen:

- De infectiedruk in de samenleving is hoog, bezoekers en personeel nemen het virus mee de huizen in (we zijn mogelijk ook wat minder voorzichtig geworden);
- De deltavariant is mogelijk krachtiger dan eerdere varianten, zowel in de verspreiding als de effecten, wat betekent dat mensen zieker kunnen worden en de verspreiding sneller gaat;
- De effectiviteit van het vaccin tegen ernstige ziekte is niet 100% en er is mogelijk sprake van afnemende immuniteit («waning immunity»). Er is aanvullend onderzoek nodig om hier meer inzicht uit te krijgen;
- De onderzochte populatie is bijzonder kwetsbaar (in de onderzochte groep waren meer mensen met dementie en met beroertes dan in de groep van de tweede golf).

Professor Hertogh geeft aan dat het erop lijkt dat dit samenspel van factoren ertoe leidt dat het overlijdensrisico van deze groep gevaccineerde mensen nu hetzelfde is als in de tweede golf. Tegenover een positief effect van vaccineren staan dus andere effecten. Positief geformuleerd: bijna 80 procent van de onderzochte groep weet na besmetting gelukkig te overleven, ondanks de hiervoor genoemde factoren.

---

<sup>81</sup> Cf Coronadashboard.

Desalniettemin, zijn deze bevindingen van professor Hertogh reden tot zorg. Het beschermen van de meest kwetsbare mensen is immers één van de doelen van onze COVID-19 strategie. Professor Hertogh wijst op twee reacties die nodig zijn:

- o Het belang van infectiepreventie: dragen van persoonlijke beschermingsmiddelen, handen wassen etc. Daarbij gaat het om personeel maar zeker ook om de bezoekers.
- o Boosterprik: die verhoogt de beschermingsgraad.

Dit onderstreept dus het belang van het vervroegen van de booster voor de verpleeghuizen (zowel de bewoners als de zorgverleners) ten opzichte van de eerdere planning van 1 januari 2022. Ik ben blij dat instellingen hier heel voortvarend mee aan de slag zijn gegaan. Eerder in deze brief, onder paragraaf 8, heeft u kunnen lezen over de voortgang van de boostercampagne.

Hiervoor heb ik al aangegeven dat met het RIVM en professor Hertogh is gesproken over hoe de onderzoeksresultaten van professor Hertogh en de cijfers die het RIVM presenteert zich tot elkaar verhouden. Naar voren kwam dat de brede oversterfte in de verpleeghuizen waarneembaar is (zowel in de cijfers van het CBS over oversterfte als signalen vanuit het veld) en dat er enige vertraging is in de rapportage van de sterftcijfers vanuit de verpleeghuizen. Complicerend is dat het gaat om broze mensen die vaak met meerdere kwalen te maken hebben. Bij overlijden is dan niet altijd duidelijk wat de exacte oorzaak is en of bewoners zijn overleden *met* COVID-19 of *door* COVID-19. De verandering van het ziektebeeld, die ook blijkt uit het onderzoek van professor Hertogh, maakt deze beoordeling niet eenvoudiger. Niet uit te sluiten valt dat sprake is van een zekere onderregistratie van het aantal overledenen als gevolg van COVID-19 in de verpleeghuizen. Afgesproken is dat het RIVM mede op basis van de inzichten dit nader beziet en daarop terugkomt.

Ik ben professor Hertogh dankbaar voor de inzichten die hij presenteert. Op basis hiervan kunnen we het verloop van de ziekte beter volgen en waar nodig aanvullende maatregelen nemen. Professor Hertogh heeft aangegeven samen met GGD Amsterdam vervolgonderzoek te willen doen. Over vordering in zijn onderzoek zal ik uw Kamer informeren.

### Vergelijking België

Tijdens het COVID-19 debat op 1 december jl. heeft het lid Omtzigt gevraagd naar de vergelijking met België. Ik heb toegezegd hierop schriftelijk terug te komen. Samen met het RIVM hebben we de vergelijking met België gemaakt. We hebben gekeken naar de cijfers en de oorzaken voor de verschillen. Volledigheidshalve verwijs ik ook naar een artikel op de website van Vilans<sup>82</sup> met 5 internationale lessen van COVID-19.

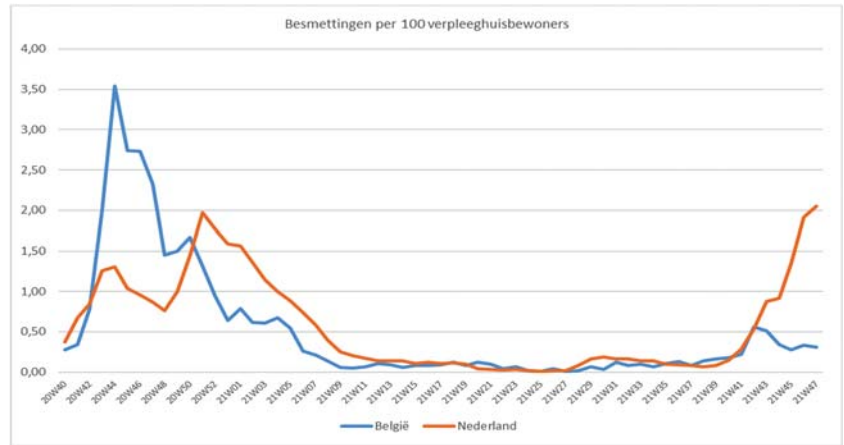
### *Cijfers*

Het aantal besmettingen per 100 verpleeghuisbewoners in Nederland en België, periode 28 september 2020 – 28 november 2021.<sup>83</sup>

<sup>82</sup> [www.vilans.nl/artikelen/5-internationale-lessen-van-corona](http://www.vilans.nl/artikelen/5-internationale-lessen-van-corona).

<sup>83</sup> De grafieken zijn gemaakt op basis van open data (bron: COVID-19 dataset (RIVM); Epistat – COVID-19 Monitoring (Sciensano)). De Nederlandse open data bevatten dagcijfers. Voor de vergelijkbaarheid is herberekend naar weektotale. Er is uitgegaan van 128.000 verpleeghuisbewoners.

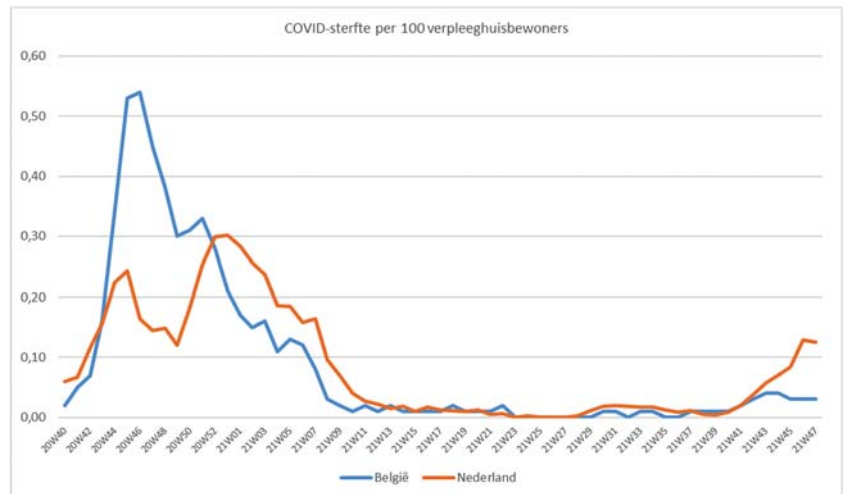
**Figuur 6: Besmettingen per 100 verpleeghuisbewoners België en Nederland**



- Het aantal besmettingen per 100 verpleeghuisbewoners was tijdens de periode oktober-december 2020 was in België hoger dan in Nederland.
- Tijdens de huidige golf is het aantal besmettingen hoger in Nederland.

Het aantal COVID-sterfgevallen per 100 verpleeghuisbewoners in Nederland en België, periode 28 september 2020–28 november 2021.

**Figuur 7: COVID-sterfte per 100 verpleeghuisbewoners België en Nederland.**



- Het aantal sterfgevallen per 100 verpleeghuisbewoners was tijdens de periode oktober–december 2020 hoger in België dan in Nederland.
- Tijdens de huidige golf is het aantal sterfgevallen hoger in Nederland.
- Uit de Belgische data blijkt dat het aantal sterfgevallen tijdens de start van de huidige golf toenam, maar dat deze circa 2 weken na de start van de boosterprikken weer afnam.

#### *Vaccinatiegraad Nederland & België*

Onderstaande tabel vergelijkt de vaccinatiegraad van ouderen naast elkaar. Dit betreft alle ouderen, niet alleen de bewoners van de verpleeghuizen.

**Tabel 3: vergelijking van vaccinatiegraad bij ouderen in België en Nederland**

Nederland	Opkomst 1 <sup>e</sup> prik	Volledig	België	Opkomst 1 <sup>e</sup> prik	Volledig
81+	92%	89%	85+	92%	90%
71–80 jaar	93%	93%	75–84 jaar	94%	93%
61–70 jaar	91%	90%	65–74 jaar	94%	93%

Bron: Coronadashboard & RIVM; Belgium COVID-19 Dashboard – Sciensano

### *Maatregelen in Nederland en België*

Tot slot is hierna ingegaan op de basismaatregelen.

**Tabel 4: Vergelijking van maatregelen in België en Nederland.**

Maatregel	Nederland	België
Mondkapjes	OMT 116 <sup>e</sup> en 117 <sup>e</sup> : preventief dragen mondneusmaskers is afhankelijk van risiconiveau; niet nodig bij risiconiveau «waakzaam».	Mondkapjesplicht (chirurgisch masker) in woonzorgcentra. Geldt óók voor bezoekers.
Horeca	Horeca in verpleeghuizen toegankelijk voor iedereen vanwege sociale en maatschappelijke functie.	Horeca in woonzorgcentra alléén toegankelijk voor bewoners en hun bezoekers.
CTB	N.v.t.	Sinds 1 november 2021 mag een woonzorgcentra vragen om een CTB.
Uitbraak	Bij een uitbraak, strengere maatregelen (deels afsluiting voor bezoek, testen, enz). Zie ook nieuwe handreiking aanpak verpleeghuiszorg bij corona (vorig jaar door veldpartijen in de langdurige zorg gemaakt hoe om te gaan met bezoek en sociaal contact) Bron: <a href="https://www.actiz.nl/nieuwe-handreiking-aanpak-verpleeghuiszorg-bij-corona-gereed">https://www.actiz.nl/nieuwe-handreiking-aanpak-verpleeghuiszorg-bij-corona-gereed</a>	Bij een uitbraak kunnen strengere maatregelen gelden.
Booster	Eerste boosterprik halverwege november 2021.	Op 9 september gestart met booster van immuun-gecompromitteerden. Dit betrof ook hoogbejaarden en daarmee een deel van de woonzorgcentra. Op 22 september 2021 is gestart met het booster van alle bewoners van woonzorgcentra.

### *Conclusie*

De voorgaande vergelijking leert het volgende. Het aantal besmettingen en sterfgevallen in Nederlandse en Belgische verpleeghuizen is redelijk vergelijkbaar voor de periode 28 september 2020 – 28 november 2021. In België lag het aantal sterfgevallen hoger tijdens de tweede golf, in Nederland ligt het aantal sterfgevallen hoger tijdens de huidige (vierde) golf. De toegediende vaccins en de vaccinatiegraad zijn vergelijkbaar voor Nederland en België.

Er zijn diverse verklaringen mogelijk voor de verschillen tussen Nederland en België. Er kan uiteraard sprake zijn van verschillen in registratie, dataverwerking en definities, er kunnen gezondheidsverschillen tussen de populaties van verpleeghuisbewoners, er kunnen verschillen zijn in infectiedruk, testbeleid en beleid ten aanzien van quarantaine en isolatie. Deze verschillen in beeld brengen vergt nader onderzoek. Enkele verschillen zijn wel duidelijk. Er is een verschil in de wijze waarop met de basismaatregelen is omgegaan. In Nederland gold bij versoepelingen dat de verpleeghuizen een onderdeel zijn van de samenleving en qua maatregelen daarop moet meebewegen. Dit uitgangspunt is belangrijk voor de kwaliteit van leven van de cliënten. Daarbij zijn we er ons van bewust dat sprake is van een wat hoger risico voor bewoners. Het tweede in het oog springende verschil is de start van het booster. In België is op 9 september 2021 gestart en in Nederland op 18 november 2021.



## Signalen bij hulplijnen

Ik zie de belangrijke rol die hulplijnen en online platforms nog steeds vervullen. De behoefte aan een luisterend oor, aan informatie en/of het vragen en aanbieden van hulp, blijft aanwezig. Ik blijf dan ook mijn waardering uitspreken voor organisaties en vrijwilligers die zich inzetten om in deze moeilijke tijd een ander te helpen, vaak terwijl ze het zelf ook zwaar hebben.

Veel mensen weten de weg naar de verschillende hulplijnen en platforms te vinden. Op de website [www.steunpuntcoronazorgen.nl](http://www.steunpuntcoronazorgen.nl) is een overzicht te vinden van deze hulplijnen. Een aantal hiervan zijn:

- De Luisterlijn
- De Kindertelefoon
- Alles Oké?
- De hulplijn van het Rode Kruis
- Mantelzorglijn
- MIND Korrelatie

Gedurende de coronapandemie heb ik regelmatig contact gehad met de hulplijnen om de ontwikkelingen te kunnen volgen. Tijdens de eerste coronagolf gaven de hulplijnen aan dat er in vergelijking met de situatie vóór corona een stijging was in het aantal oproepen. In eerste instantie ging het vooral om praktische (hulp)vragen, zoals hulp bij het doen van boodschappen of vervoer naar de teststraat, naarmate de crisis langer duurde was er sprake van een verschuiving naar de behoefte aan een luisterend oor. Angst, depressie en eenzaamheid waren steeds vaker het gespreksonderwerp. Het kabinet heeft toen een steunpakket van 200 miljoen beschikbaar gesteld om in te zetten op de sociale en mentale gezondheid en een gezonde leefstijl. Ik ben voornemens om uw Kamer nog voor het eind van het jaar te informeren over de opbrengsten van het steunpakket.

Naar aanleiding van de huidige maatregelen en de stijgende coronabesmettingen heb ik de hulplijnen opnieuw gevraagd een beeld te schetsen van de vragen die zij ontvangen. Over het algemeen melden de meeste hulplijnen dat het aantal oproepen constant is over het jaar heen met zo nu en dan de gebruikelijke fluctuaties. De Mantelzorglijn meldt dat het aantal vragen die ze binnen krijgen wel is gestegen sinds de recente stijging van het aantal coronabesmettingen. Meest voorkomende vraag is of mantelzorgers gelijktijdig met de zorgvrager een boostervaccin kunnen ontvangen. Tevens is er een toename in vragen over de persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en de mogelijkheid om gratis sneltesten te verkrijgen (zie verder: «verlenging regeling PBM en zelftesten»). De Mantelzorglijn geeft aan dat mantelzorgers toenemende druk ervaren in verband met de personeelstekorten in de (thuis)zorg en het uitstellen van de zorg en/of ondersteuning bij een coronabesmetting. Gemeenten kunnen hier een rol in spelen door mantelzorgers ondersteuning te bieden via bijvoorbeeld mantelzorgsteunpunten.

De overige hulplijnen zoals de Kindertelefoon, Alles Oké Supportlijn en de Landelijke Luisterlijn melden dat de gesprekken nog steeds veel gaan over de mentale gezondheid, zoals angsten, depressie en eenzaamheid. Alles Oké Supportlijn heeft in november meer coronagerelateerde gesprekken ontvangen dan in de maand ervoor. MIND Korrelatie meldt dat in week 47 en 48 sprake is van een verergering van de psychische klachten, vooral de uitzichtloosheid van de situatie valt mensen zwaar. Bij de hulplijnen wordt ook steeds vaker gebeld voor de relatie met partner, vrienden en/of familie. De langdurige situatie waar we als samenleving in zitten heeft ook invloed op de persoonlijke relaties van en tussen mensen.

De meeste hulplijnen zijn toegankelijk voor Nederlandstaligen en Engelstaligen. Om de toegankelijkheid te vergroten heeft het Nederlandse Rode Kruis verschillende WhatsApp-lijnen voor anderstaligen, zoals in het Arabisch, Tamazight, Turks, Portugees en Pools. Sinds 2 december jl. is ook een WhatsApp-lijn voor Frans- en Spaanstaligen geopend. Veel van de recente WhatsApp- gesprekken gaan over mensen die zich steeds meer zorgen maken om de coronasituatie nu de epidemie erger lijkt te worden. Het Nederlandse Rode Kruis heeft sinds de opening van de algemene hulplijn 35.000 oproepen gehad.

Naast de hulplijnen zijn er ook veel online platforms waar mensen terecht kunnen voor hun vraag en/of aanbod voor hulp, zoals mijnbuurtje, Nextdoor en Handjehelpen. Ook NLvoorElkaar biedt landelijk organisaties en particulieren de mogelijkheid om vrijwilligersvraag-en aanbod te plaatsen. NLvoorElkaar ziet een stijging in het aantal hulpvragen op het platform vergeleken met vorig jaar, vooral op het thema eenzaamheid. Veel hulpvragen gaan over de behoefte aan gezelschap in de vorm van een maatje of buddy. NLvoorElkaar is met een samenwerkingspartner een campagne gestart om Nederland aan te moedigen elkaar een uurtje te helpen. Ik juich dergelijke initiatieven toe en roep eenieder op om extra aandacht te geven aan een ander. De situatie heeft, niet altijd zichtbaar, z'n weerslag op iedereen. Daarom is het goed om kracht en steun te vinden bij elkaar en naar elkaar om te blijven kijken, zowel binnen als buiten je omgeving.

#### *Verlenging regeling PBM en zelftesten*

Om budgethouders en mantelzorgers en kwetsbare personen in thuisisolatie te voorzien van persoonlijke beschermingsmiddelen en/of zelftesten, bestaat een aparte voorziening die via de apothekers wordt uitgevoerd. Ik onderzoek de mogelijkheden om deze voorziening voor 2022 te verlengen.

#### Crisis management plan (CMP) Nederlandse Rode Kruis

In juni heeft het Rode Kruis het CMP (crisis management plan) gedeactiveerd. Een actief CMP betekent dat alle vrijwilligers en beroepskrachten reguliere werkzaamheden moeten stopzetten en werken ten behoeve van de noodsituatie. De afgelopen maanden zijn de COVID werkzaamheden van het Nederlandse Rode Kruis niet gestopt, een deel van de medewerkers was echter weer gestart met hun reguliere werkzaamheden. Onlangs heeft het Rode Kruis besloten om het CMP weer te activeren.

Om de hulpverlening gecoördineerd en zo efficiënt mogelijk te laten verlopen is besloten per 29 november wederom te gaan werken met de crisisstructuur. Het Rode Kruis richten richt zich daarbij op twee grote prioriteiten:

1. Corona: met het hoge aantal besmettingen in Nederland en de druk op de zorg, neemt het aantal vragen op het gebied van coronahulpverlening flink toe. Met name toenemende vragen bij (begeleid)vervoer, ondersteuning in verzorg- en verpleeghuizen en bij huisartsenposten en vaccinatielocaties.
2. COA: daarnaast heeft het COA het Rode Kruis gevraagd te ondersteunen bij de opvang van vluchtelingen in Nederland. Opvangcentra zitten vol en het Rode Kruis zal helpen om mensen hier zo goed en humaan mogelijk op te vangen.

## 15. Communicatie

### Maatregelen

Naar aanleiding van eerdere debatten met de Eerste en Tweede Kamer breng ik hierbij in beeld op welke wijze er wordt gecommuniceerd over de geldende basisregels en maatregelen. Hierbij geef ik invulling aan de toezeggingen aan het lid Gündoğan (Volt) en aan het lid Karakus (PvdA).

Het kabinet heeft direct bij het inzetten van de huidige golf (medio oktober) de communicatie fors geïntensiveerd. De maandelijkse uitgaven aan advertentieruimte op radio, tv, papieren media, digitale media en in de buitenruimte zijn dit jaar nog niet zo hoog geweest als nu. Met een afgewogen mediamix behalen we het hoogste mogelijke bereik. De campagne-inspanningen worden regelmatig geëvalueerd door middel van een campagne-effectonderzoek en zo zien we ook hoeveel impact onze communicatie heeft. Dit onderzoek wordt altijd gepubliceerd.

Uit het meest recente campagne-effectonderzoek en het recente cohort en trendvragenlijstonderzoek van de gedragsunit van het RIVM zien we dat in de afgelopen maand de naleving van de meeste basisregels is toegenomen.

### *Informatievoorziening*

Rijksoverheid.nl is de belangrijkste informatievoorziening. Redacteuren zorgen er dagelijks voor dat alle informatie up-to-date is. Na besluitvorming wordt informatie bij voorkeur tijdens en anders zo kort mogelijk na de persconferentie aangepast. Rijksoverheid.nl is ook de basis voor vraagbeantwoording van de call-centers.

Het kabinet vindt het belangrijk dat mensen met een verminderd taalbegrip of een mindere beheersing van de Nederlandse taal informatie kunnen vinden. Daarom worden onder meer nieuwsberichten naar verschillende talen vertaald, verschijnt er een nieuwsbericht in eenvoudige taal en worden beelddsamenvattingen gemaakt van de geldende en nieuwe maatregelen. Er wordt intensief met Steffie samengewerkt om ook mensen met een verstandelijke beperking van begrijpelijk informatie te voorzien. Daarnaast worden de persconferenties «getolkt» om mensen met een auditieve beperking te bereiken.

### *Massamediale campagne*

Sinds het begin van de crisis is de massamediale campagne «Alleen samen krijgen wij corona onder controle» een belangrijke ruggengraat van de communicatie vanuit de rijksoverheid. Op dit moment lopen verschillende (deel)campagnes:

- In de afgelopen maand is de campagne over het testen bij klachten en het belang van thuisisolatie na een positieve test gestart. Radio, tv, sociale media en reclame in de buitenruimte (bijvoorbeeld op digitale displays) worden ingezet. De kern van de campagne is: «Twijfel je of je je moet laten testen? Laat je dan testen».
- In december is een extra ronde van de campagne gericht op het tegengaan van eenzaamheid gestart, hierbij worden onder andere een tv-commercial, advertenties in dagbladen en magazines en online bannering ingezet.
- De massamediale campagnes over de basisregels, het coronatoegangsbewijs en vaccineren zijn verder geïntensiveerd. Zo wordt er nu een tv-spot gericht op het vermijden van drukte ingezet. Op de borden

boven de snelwegen staat sinds de vorige persconferentie de boodschap «blijf zoveel mogelijk thuis».

- Recent is ook de campagne over de herziene mondkapjesplicht gestart.
- Vanaf begin december wordt er via twee deelcampagnes aandacht besteed aan het samen, maar veilig vieren van de feestdagen: bij het inkopen doen (voorbereiding) en tijdens het vieren zelf. De basisregels inclusief zelftesten en ventileren staan hierin centraal. De campagnes worden vertoond op (digitale) radio, (digitale) tv en sociale media. In aanloop naar de feestdagen wordt in landelijke en regionale dagbladen en huis-aan-huis kranten een advertentie geplaatst om de basisregels nog eens onder de aandacht te brengen. In wijken of gebieden waar de vaccinatiegraad laag is, wordt daarbovenop extra nadruk gelegd op de basisregels met advertenties in de buitenruimte.
- Het kabinet blijft het thuiswerkadvies met tips en informatie onder de aandacht brengen via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl), [www.hoewerktnederland.nl](http://www.hoewerktnederland.nl) en via sociale media.

Naar aanleiding van vragen van de fractie van Volt kijken we of er gemeenten zijn waar de vaccinatiegraad hoog is, maar het aantal besmettingen ook. Mogelijk volgt ook in die gemeenten extra communicatie-inzet.

### *Sociale media*

Sociale media lenen zich voor praktische communicatie gericht op het handelingsperspectief. Rond persconferenties worden visuals verspreid van de aangekondigde veranderingen. Tussendoor worden regelmatig sociale media posts verspreid over de basisregels. Zoals handen wassen, 1,5 meter afstand houden, ventileren en testen. In de hierna volgende alinea's over ventileren en testen wordt dit verder toegelicht.

### *Partners*

Het kabinet vindt het belangrijk dat er niet alleen vanuit de rijksoverheid wordt gecommuniceerd. We zijn dan ook blij met alle samenwerkingen die in de afgelopen bijna twee jaar zijn opgebouwd. Allereerst met de veiligheidsregio's en de gemeenten. Zij zorgen er voor dat er met de inwoners van die regio's en gemeenten wordt gecommuniceerd, passend bij die situatie in die regio. Lokale initiatieven worden gedeeld en beschikbaar gesteld aan andere gemeenten. Een mooi voorbeeld is daarbij de campagne «Ik hou (anderhalve meter afstand) van jou» die de gemeente Amsterdam heeft ontwikkeld en die nu landelijk wordt versterkt en ingezet.

Ook andere maatschappelijke organisaties pakken hun rol. Er vindt constant overleg plaats met sectoren over de te nemen maatregelen, sectoren hebben hier de gelegenheid om aandachtspunten in te brengen. Deze gesprekken vormen een belangrijk onderdeel van de communicatie. Naast het standaardpakket (informatie op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl), Q&A's, nieuwsberichten, factsheets, visuals, socials, toolkit voor ondernemers), ontvangen brancheorganisaties campagnemateriaal. Zo kunnen ondernemers in aansluiting op deze campagnes hun eigen materiaal (door)ontwikkelen. Ondernemers kunnen ook terecht bij de helpdesk van de KvK.

### Wijkgerichte aanpak

In de maatregelenbrief aan de Tweede Kamer van 12 november jl. heb ik uitgebreid toegelicht welke communicatieactiviteiten worden ingezet voor de wijkgerichte aanpak.

Aanvullend daarop is op basis van de input van lokale GGD'en een nieuwe landelijke campagne opgezet om priklocaties onder de aandacht te brengen. Met de data die we voor prikkenzonderafpraak.nl verzamelen, worden online banners gecreëerd die op populaire nieuwssites worden getoond met daarbij het adres van de dichtstbijzijnde priklocaties. Deze gerichte aanpak wordt ingezet in gebieden waar de vaccinatiegraad achterloopt, waaronder de 30 geïdentificeerde gemeenten uit de wijkgerichte aanpak. De campagne is in december gestart.

Op dit moment loopt een kwalitatief onderzoek over het coronatoegangsbewijs (CTB) in de wijken die onderdeel uitmaken van de wijkgerichte aanpak. Doel is om de belevingswereld van bepaalde doelgroepen (bijvoorbeeld mensen die digitaal minder vaardig zijn, moeite hebben met taal, minder vertrouwen in de overheid hebben) te doorgronden, met name als het gaat om de houding ten opzichte van het CTB en het praktisch gebruik daarvan. De onderzoeksresultaten worden gebruikt om de communicatie over het CTB verder te verbeteren.

## Vaccinatie

### *Booster*

De boostervaccinatiecampagne zit in een flinke versnelling. Dagelijks worden de jaargangen die aan de beurt zijn via (sociale) media opgeroepen om een afspraak te maken. We stimuleren mensen om dit zoveel mogelijk online te doen om de wachtrijen in het callcenter te beperken. We vragen familieleden, kennissen en burens om ouderen die soms minder digitaal vaardig zijn te helpen bij het maken van een online afspraak.

Op uitlegprikafpraak.nl wordt stap voor stap uitgelegd hoe het maken van een online afspraak in zijn werk gaat. Deze extra uitleg werken we uit in een handleiding die onder andere via ouderenbonden, buurthuizen en seniorenorganisaties verspreid kan worden. Voor meer informatie over het belang van een boostervaccinatie werken we aan een serie achtergrondartikelen voor verschillende doelgroepen. De artikelen worden online gedeeld via coronavaccinatie.nl, sociale media, belangen-, branche- en koepelorganisaties en via huis-aan-huis en regionale bladen.

Naast deze extra inzet is de basisinformatie over de boostervaccinatie te vinden op coronavaccinatie.nl/booster, medisch inhoudelijke informatie op <https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/vragen-achtergronden/boostervaccinatie> en informatie voor zorgmedewerkers op <https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/professionals/boostervaccinatie-zorgmedewerkers>.

Deze basisinformatie is aangevuld met een praatplaat en Steffie-module voor mensen die minder taalvaardig zijn, video's en animaties met extra uitleg en social mediaberichten met het antwoord op veel gestelde vragen.

### *Kinderen*

Het is van het grootste belang zorgvuldig te zijn in de communicatie over de coronavaccinatie voor kinderen. Hiervoor is een speciale werkgroep ingericht waarin het Ministerie van VWS samenwerkt met vertegenwoordigers van AJN Jeugdartsen Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, ActiZ, de Gezondheidsraad, GGD GHOR en het RIVM. De werkgroep heeft als doel ouders en kinderen zo goed mogelijk te informeren over de coronavaccinatie.

Voorbeelden van middelen die hiervoor worden ontwikkeld zijn de webpagina [coronavaccinatie.nl/kinderen](https://www.coronavaccinatie.nl/kinderen), een praatplaat en visuele uitleg voor kinderen, vijf vragen over de coronavaccinatie voor kinderen, een achtergrond artikel en een artikel over het Multisystem Inflammatory Syndrome Children» (MIS-C), een zeldzame aandoening waarbij het coronavirus een ontstekingsreactie van de organen veroorzaakt. In aanvulling hierop maakt het Netwerk Patiënteninformatie een uitleg «vaccin in het kort», specifiek gericht op ouders en een visuele uitleg voor kinderen.

### *Verhogen vaccinatiegraad*

#### *1. Spijtoptanten*

We werken aan een deelcampagne waarin een of meerdere ongevaccineerde mensen die ernstig ziek zijn geweest na een coronabesmetting hun ervaring delen. Dit verhaal nemen we samen met een schets van de situatie in de ziekenhuizen op in huis-aan-huisbladen. Zo mogelijk wordt ook aandacht besteed aan zwangere vrouwen, omdat er veel behoefte is aan aandacht voor vaccinatie bij deze groep. Hier werd eerder in deze brief, onder pagina 12, al uitgebreider op ingegaan.

#### *2. Twijfelaars*

Er is een groep mensen die twijfelt over het nemen van een vaccinatie tegen het coronavirus. De oorzaak is vaak desinformatie die zij via social media of familie en vrienden krijgen. Met de campagne «Over vaccineren» willen we hen aanspreken en voorzien van de juiste informatie op een toon die hen aanspreekt. Op de website [overvaccineren.nl](https://www.overvaccineren.nl) geven we informatie over de twijfels die zij hebben. Het doel is mensen een stap verder te helpen in het nemen van de beslissing om zich te laten vaccineren en in elk geval desinformatie en feitelijke onjuistheden tegen te gaan.

#### *3. Mensen die vanwege hun geloof nog geen vaccinatie hebben gehaald*

Om de geloofsgemeenschappen te informeren over vaccineren, maken we content voor sociale media. Hierin bieden we feitelijke informatie over de onderwerpen die binnen de verschillende gemeenschappen leven. Daarnaast maken we een video met een huisarts die antwoord geeft op de vier meest gestelde vragen door (streng) gelovigen. Er zijn ook andere initiatieven om mensen uit verschillende geloofsgemeenschappen te bereiken.

Zo heeft de gemeente Amsterdam een soapserie geproduceerd voor de veelal gelovige Ghanese gemeenschap, waarin verschillende boodschappen rond vaccineren zijn verwerkt. Verschillende imams maken en verspreiden filmpjes over het nut en de noodzaak van vaccineren. De gemeente Rotterdam doet veel met Facebook live, gericht op de geloofsgemeenschappen. We zijn met de gemeenten in gesprek over de vraag hoe we deze en andere initiatieven vanuit de rijksoverheid kracht kunnen bijzetten.

### *Aanpak desinformatie*

Het bieden van feitelijke en juiste informatie tegenover desinformatie heeft de hoogste prioriteit. Het doel is de informatiepositie van burgers te verstevigen. De geïntensiveerde aanpak volgt twee routes:

1. Meer kennis over desinformatie verspreiden en zo bewustwording creëren.



- Er is een «Handreiking Desinformatie in coronatijd»<sup>84</sup> voor zorgprofessionals opgesteld en verspreid. Deze handreiking is bedoeld voor mensen in de zorg, onderwijs of andere publieke beroepen. Deze brochure is door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap verspreid in het onderwijsveld.
  - Tips en handvatten uit de handreiking delen we via onder andere social media in de vorm van teasers en filmpjes.
2. Meer middelen verspreiden over specifieke onderwerpen waarover veel desinformatie rond gaat.
- Via monitoring, webcare en samenwerkingspartners zoals het RIVM, CBG, IGJ en Lareb weten we wat er speelt en op welke onderwerpen aanvullende informatie nodig is om mensen te informeren en daarmee de desinformatie te ontkrachten.
  - We verspreiden continu de feitelijke informatie over deze onderwerpen en werken hiervoor samen met experts, zoals artsen. Dit doen we met behulp van artikelen, folders, social mediaberichten, filmpjes en intensieve webcare.
  - Ook starten we met een interactieve manier waarop mensen in gesprek kunnen gaan over de genoemde onderwerpen en desinformatie in het algemeen.

Met deze geïntensiverde aanpak desinformatie geef ik invulling aan de motie de leden Van der Voort en Backer (D66) over «Informatievoorziening en desinformatie betreffende corona».<sup>85</sup>

### (Zelf)testen

In de aanloop naar de feestdagen wordt de communicatie over zelftesten geïntensiveerd. Daarbij wordt ingezet op het bevorderen van het gebruik van zelftesten voordat je op bezoek gaat of bezoek ontvangt.

De Steffie-module met uitleg voor laaggeletterden over zelftesten is aangepast en vertaald naar meerdere talen. De huidige animaties worden aangepast en een nieuwe animatie is in de maak over wanneer en waarom je een zelftest doet. Extra aandacht over de betrouwbaarheid van zelftesten komt binnenkort op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl), deze teksten zijn op dit moment in bewerking. Dat geldt ook voor de informatie over het afnemen van zelftesten bij kinderen.

Een online campagne over het zelftesten is gestart op 11 december jl. en loopt in elk geval tot 31 december. De landelijke feestdagencampagne op radio en tv is gestart op 12 december jl., hierin is de boodschap om preventief zelf te testen voor je op bezoek gaat of bezoek ontvangt meegenomen.

In het funderend onderwijs is het zelftestadvies uitgebreid: voor leerlingen van de groepen 6, 7 en 8 in het primair onderwijs, alle leerlingen van het voortgezet onderwijs en alle leraren geldt: twee keer per week thuis een preventieve zelftest doen, zo nodig met behulp van ouders of andere verzorgers. Leraren en leerlingen ontvangen de zelftesten via de school. Alleen al in het primair onderwijs gaat het om zo'n 1,2 miljoen zelftesten per week extra voor de leerlingen.

<sup>84</sup> [www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2021/12/02/handreiking-desinformatie-voor-zorgprofessionals-in-coronatijd](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2021/12/02/handreiking-desinformatie-voor-zorgprofessionals-in-coronatijd).

<sup>85</sup> Kamerstuk 35 899, nr. L.

Op 1 december zijn 917 schoolbesturen en 6.615 scholen in het basisonderwijs en speciaal (basis)onderwijs per brief geïnformeerd over de uitwerking van dit besluit.<sup>86</sup> Scholen konden vervolgens ouders/verzorgers verder inlichten. Om hierbij te helpen zijn de volgende materialen gemaakt en beschikbaar gesteld via [www.lesopafstand.nl/](http://www.lesopafstand.nl/) zelftesten:

- Handreiking zelftesten voor de school
- Voorbeeldbrief ouders/verzorgers (Nederlands, Engels, Turks en Arabisch)
- Instructievideo's zelftesten en flyer voor ouders/verzorgers
- Lesmateriaal voor docenten

### Quarantaine

De publiekscampagne over quarantaine wordt nu al een aantal weken ingezet, deze wordt per half december verlengd op de online kanalen zoals social media en display banners. Doel is om de naleving van quarantaine/thuisblijven te blijven stimuleren. De gebruiksvriendelijke Quarantainecheck – [quarantainecheck.rijksoverheid.nl](http://quarantainecheck.rijksoverheid.nl) – staat hierbij centraal.

Daarnaast loopt de campagne voor de quarantaineplicht ook de hele maand december door. Deze wordt specifiek ingezet op relevante plekken voor reizigers uit zeer hoog risicogebieden. Hier wordt onderscheid gemaakt tussen reizigers uit zeer hoog risicogebieden zonder en met zorgwekkende virusvariant (bijvoorbeeld Zuid-Afrika in verband met de omikronvariant).

De Quarantaine Reischeck – [reizertijdenscorona.rijksoverheid.nl](http://reizertijdenscorona.rijksoverheid.nl) – speelt hier een prominente rol om reizigers die (terug) komen naar Nederland te voorzien van juiste en persoonlijke informatie. Ook zijn er flyers ontwikkeld om de reizigers o.a. op Schiphol te voorzien van informatie, zoals het testadvies na terugkomst in Nederland en de quarantaineplicht.

### Ventileren

Van 12 november tot 12 december is een online campagne gevoerd over ventileren. Een animatie met het hoe en waarom van ventileren is ingezet als voorfilmpje bij uitgesteld televisiekijken en op YouTube voor filmpjes en programma's. Daarnaast is in verschillende berichten aandacht gevraagd: in verschillende posts op Twitter, Instagram, Facebook en LinkedIn.

Tijdens de persconferentie van 12 november is het belang van ventileren uitgebreid toegelicht door de Minister-President. Het «waarom» van ventilatie in de thuissituatie wordt binnenkort nogmaals toegelicht in een video en ventilatie is een van de onderwerpen in de radio en televisie-spotjes rond de feestdagen die de basisregels onder de aandacht brengen.

### CoronaMelder

Omdat het aantal besmettingen nog steeds onverminderd hoog is, is het belangrijk dat mensen snel weten of ze bij iemand in de buurt zijn geweest met corona. Daarvoor is de Coronamelder-app beschikbaar. De Coronamelder-app wordt in bestaande communicatiemiddelen meege-

<sup>86</sup> [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/12/01/brief-scholen-aangescherpte-coronamaatregelen-in-het-basisonderwijs-en-speciaal-basisonderwijs](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/12/01/brief-scholen-aangescherpte-coronamaatregelen-in-het-basisonderwijs-en-speciaal-basisonderwijs).

nomen. Daarnaast worden er enkele advertorials gemaakt over het nog sneller anoniem kunnen doorgeven van een besmetting via de app op coronatest.nl. De communicatietoolkit voor partners wordt geactualiseerd, een radioitem over Coronamelder is ingepland en een nieuwe poster en folder voor in de GGD-test- en vaccinatiestraten komen binnenkort beschikbaar.

### Coronadashboard

De informatie op coronadashboard.rijksoverheid.nl is op 7 december jl. uitgebreid. Op het dashboard is nu ook informatie over boosterprikken en derde prikken terug te vinden. Het gaat om de volgende gegevens:

- Totaal aantal gezette boosterprikken en derde prikken. N.B. Getal is inclusief derde prikken en geschatte boosterprikken gezet door overige uitvoerders.
- Aantal boosterprikken gezet door de GGD (deze zijn geregistreerd)
- Aantal geschatte boosterprikken gezet door overige uitvoerders, omdat de registraties vertraagd binnen komen.
- Aantal derde prikken gezet door de GGD (deze zijn geregistreerd)

### Reizen

De vliegverboden zijn gecommuniceerd via een nieuwsbericht van het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (IenW) op rijksoverheid.nl (met updates voor Mozambique en Malawi op respectievelijk 26 en 27 november). Ook is er een aparte webpagina op rijksoverheid.nl aangemaakt en is er via sociale media van de verschillende departementen (Ministeries van IenW, VWS en BZ) aandacht gevraagd voor de vliegverboden (op 26 en 27 november) en voor de aanvullende maatregelen.

Webcare-afdelingen van betrokken ministeries hebben de publieksvragen afgehandeld. Vliegtuigmaatschappijen zijn per direct geïnformeerd via een NOTAM (Notice to Airmen). Het Ministerie van BZ heeft de website nederlandwereldwijd.nl aangepast aan de nieuwe situatie en de buitenlandse posten geïnformeerd. Informatie over de inreismaatregelen en aanscherping van de quarantaineregels is op alle websites en in de communicatiemiddelen direct aangepast.

Voor de kerstvakantie start de campagne «Winterreizen». Deze heeft met name een informerend karakter en legt uit dat reizigers zich goed moeten voorbereiden op hun reis. En ook tijdens de reis goed geïnformeerd moeten blijven over eventuele nieuwe ontwikkelingen.

## **16. Arbeidsmarkt**

### ***Inzet Nationale zorgreserve en Defensie***

In de Kamerbrief van 12 november jl.<sup>87</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd dat Defensie en de Nationale Zorgreserve gedurende een korte periode bijstand kunnen verlenen om de piekbelasting bij zorgorganisaties te ondervangen. Beide bronnen beschikken over een beperkte capaciteit en fungeren als *last resort*. Om deze inzet zo optimaal mogelijk te verdelen over organisaties in nood, zijn afspraken gemaakt. Zorgorganisaties dienen een aantal stappen te doorlopen voordat crisisinzet vanuit deze bronnen aan de orde is:

- Stap 1: Het benutten van de eigen interne en externe flexibele schil.

<sup>87</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1519.

- Stap 2: Samenwerken in de regio, gericht op patiëntenspreiding, het delen van zorgmedewerkers en regionale COVID-opvang buiten het ziekenhuis.
- Stap 3: Beroep doen op het Rode Kruis voor mensen in ondersteunende werkprocessen.

Als dit onvoldoende is, is een beroep op de Nationale Zorgreserve mogelijk, waarbij getoetst wordt of sprake is van een kortdurende crisisinzet. Aanvragen bij de Nationale Zorgreserve ten behoeve van regionale opvang voor COVID-zorg buiten het ziekenhuis gaan in de prioritering voor individuele aanvragen van zorgorganisaties. Inmiddels zijn er 1.200 actieve zorgreservisten geregistreerd bij de stichting Extra Zorg Samen. In november zijn meer dan 350 diensten ingevuld door zorgreservisten. De stichting Extra Zorg Samen beheert het huidige reservistenbestand en blijft reservisten werven. De ervaring leert dat gerichte regionale en lokale wervingscampagnes het meest effectief zijn. Ook ben ik bezig met de inrichting van de Nationale Zorgreserve. In de volgende fase worden de juridische en uitvoerings- en financieringsvraagstukken van dit voorstel uitgewerkt. Het streven is de Nationale Zorgreserve te operationaliseren na de zomer van 2022. Schiet de bijstand van de Nationale Zorgreserve tekort, dan is de inzet van Defensie mogelijk, op het moment dat een *fact finding mission* de noodzaak daarvan heeft bevestigd. Defensie is sinds begin december actief bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht in het kader van de landelijke patiëntenspreiding. Vanaf 6 december jl. is Defensie ingezet bij twee ziekenhuizen in Limburg, namelijk het Viecuri Ziekenhuis en het Zuyderland Ziekenhuis. De crisisinzet in Limburg wordt in principe voor het einde van 2021 beëindigd.

### **Amendement Ellemeet herstel van zorgprofessionals**

Het aangenomen amendement Ellemeet/De Vries resulteert in € 10 miljoen voor het herstel van zorgprofessionals. Zeggenschap is een belangrijke voorwaarde voor effectief herstelbeleid. Om professionele zeggenschap te verbeteren, zijn door de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de brancheorganisaties al eerder werkagenda's opgesteld. Hierover wordt momenteel overleg gevoerd met de partijen. Los daarvan zullen de onderhavige financiële middelen (€ 10 miljoen) ten goede komen aan verpleegkundigen, verzorgenden en/of begeleiders. Zij worden ondersteund door het samenwerkingsverband van V&VN, de Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW) en brancheorganisaties. Deze aanpak biedt zorgprofessionals ondersteuning bij het verwerven van vaardigheden door middel van intervisie, een leernetwerk en tijd en ruimte om binnen de werkcontext vorm en inhoud te geven aan zeggenschap. Daarnaast zetten partijen in op zeggenschap bij herstelbeleid.

### Manifest «Waardering, Zeggenschap & Resultaten»

Ik heb kennisgenomen van het manifest «Waardering, Zeggenschap & Resultaten» dat het collectief van (IC-)verpleegkundigen Nurse Mind 22 november jl. aanbod aan uw Kamer. Het collectief roept op tot meer waardering, zeggenschap en resultaten ten aanzien van de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek in de zorgsector. Deze uitgangspunten zijn herkenbaar in de bestaande beleidskoers, al ligt de eerste verantwoordelijkheid voor de onderwerpen in het manifest bij zorgorganisaties. Het is de werkgever die met medewerkers bespreekt wat zij nodig hebben om inzetbaar te blijven of meer uren te werken. Het manifest spreekt ook de UMC's en de NFU aan op verantwoordelijkheden. Voor het Ministerie van VWS biedt het manifest input voor beleid in het kader van de «Herijking

Aanpak Najaar», waarin we komende periode nagaan wat nodig is om de optimale inzet van personeel te ondersteunen. Tevens biedt het manifest input voor het herstel van zorgprofessionals, zoals hierboven onder het kopje «Amendement Ellemeet herstel van zorgprofessionals» toegelicht.

### **Zorgprofessionals met langdurige gezondheidsklachten na een COVID-19-besmetting**

Voor hen die te maken hebben met langdurige gezondheidsklachten na COVID-19 besmetting (ook wel aangeduid als «Long COVID») kan dat ingrijpende gevolgen hebben. Niet alleen in medisch en sociaal opzicht, ook financieel. D66 en FNV hebben gevraagd iets te doen voor zorgprofessionals die door langdurige coronaklachten te maken hebben met inkomensgevolgen. In reactie op die vragen heb ik in de brief aan uw Kamer van 20 september jl.<sup>88</sup> toegezegd uw Kamer dit najaar te informeren over de vervolgstappen die ik rondom het vraagstuk van inkomensgevolgen van Long COVID voor zorgprofessionals ga zetten. Op 7 december jl. heb ik u mijn reactie op het schriftelijk overleg over de brief van 20 september jl. gestuurd. Met deze brief heb ik u in algemene zin geïnformeerd over de laatste ontwikkelingen rondom Long COVID.<sup>89</sup>

In mijn brief van 20 september jl. heb ik reeds aangegeven dat bij langdurige ziekte in principe het stelsel van sociale zekerheid volstaat: dat mensen langdurige coronaklachten hebben is geen aanleiding om aanvullende maatregelen op het terrein van de sociale zekerheid te treffen en de periode van loondoorbetaling of ziekengeld te verlengen. Een nieuw ziektebeeld brengt met zich mee dat er nog geen onomstreden, breed gedragen definitie van het ziektebeeld is. Hierdoor kan niet goed worden vastgesteld om hoeveel mensen het gaat, noch in hoeverre mensen hierdoor (al dan niet) worden getroffen en welke impact dat op hen heeft. Ook staat nog niet vast wat de perspectieven op herstel zijn en in hoeverre sprake is van (permanente) restklachten. Daarom blijf ik de situatie van zorgprofessionals en andere mensen met langdurige coronaklachten volgen, om te kunnen beoordelen of de bestaande ondersteuning voldoende aansluit bij de situatie van deze groep.

Het gebrek aan inzicht in de omvang en impact van de problematiek laat onverlet dat diegenen die te maken hebben met langdurige gezondheidsklachten na COVID-19 zich gehoord en gezien willen voelen en geholpen willen worden (in het omgaan) met deze klachten. Dit blijkt ook uit gesprekken met patiënten. Uit de kennis en ervaring met dit nieuwe ziektebeeld tot nu toe, komt naar voren dat de gevolgen sterk wisselen. Een deel van de patiënten herstelt na een relatief korte of langere periode van de klachten, terwijl een ander deel (vooralsnog) klachten houdt. De impact van de gezondheidsklachten zal daarmee per patiënt verschillen.

Om mensen met langdurige gezondheidsklachten na COVID-19 op dit moment te helpen, zet ik in op een goede ondersteuning van deze patiënten, gericht op herstel en re-integratie. Deze inzet moet eraan bijdragen dat zij zich gehoord en gezien voelen en hen een adequate ondersteuning wordt geboden. Dit betreft een generieke inzet, gericht op eenieder die te maken heeft met langdurige coronaklachten, niet alleen op zorgprofessionals.

---

<sup>88</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1453.

<sup>89</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1453.

## Korte termijn: Ondersteuning, herstel en re-integratie

In de brief van 20 september jl.<sup>90</sup> heb ik uitgebreid toegelicht welke generieke activiteiten worden ondernomen, gericht op zowel de Long COVID-patiënt als op werkgevers. In het kort gaat het om:

### *Spoor 1: Onderzoek om beter beeld te krijgen van de klachten en effectieve behandeling van Long COVID*

- vanuit ZonMw en het RIVM loopt onderzoek naar de aard en omvang van de Long COVID klachten en effectieve herstel- en nazorg. Overigens zal ik op verzoek van de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op een later moment reageren op de bevindingen van het onderzoek van het RIVM, waarbij ik ook desgevraagd in zal gaan op onderzoek en behandeling van Long COVID bij kinderen.
- de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor COVID-19-nazorg die rekening houdt met het gegeven dat Long COVID-patiënten zowel lichamelijke als psychische problematiek kunnen ervaren. Deze richtlijn voor zorgprofessionals die zorg verlenen aan COVID-19-patiënten zal eraan bijdragen dat voor COVID-patiënten de best passende behandeling wordt ingezet.

### *Spoor 2: Ondersteuningsaanbod voor Long COVID-patiënten*

- C-support biedt op het gebied van gezondheid, werk, inkomen en sociaal leven ondersteuning aan COVID-19-patiënten die langer dan 3 maanden klachten houden en werkt daarbij samen met alle professionals waarmee de patiënt te maken heeft. Ook wordt training en nascholing gegeven aan zorgverleners, zoals huisartsen, bedrijfsartsen, UWV en GGZ-artsen;
- ondersteuning van Long COVID-patiënten via coronaplein.nu waar een plek is gecreëerd voor onder meer lotgenotencontact en contact met zorgverleners met deskundigheid op het terrein van COVID-19. Op 7 december is het amendement van het lid Paulusma c.s. om extra financiering vrij te maken ten behoeve van versterken van lotgenotencontact aangenomen. Momenteel wordt met patiëntenorganisaties, waaronder het Longfonds gesproken over invulling van het amendement;
- voor mensen die door COVID-19 last hebben van ernstige klachten of beperkingen kan (onder voorwaarden) gebruik gemaakt worden van de tijdelijke regeling paramedische herstellzorg, zoals fysiotherapie en oefentherapie.

### *Spoor 3: Ondersteuning bij werk*

- de bekendheid van Long COVID-klachten onder werkgevers wordt vergroot, bijvoorbeeld via de leidraad «Herstel & re-integratie in het kielzog van COVID-19»<sup>91</sup> en het programma «COVID-19 en werk»<sup>92</sup>. De handreikingen die vanuit dit programma zijn opgesteld voor werknemers, ZZP-ers, werkgevers en (arbo)zorgprofessionals zijn te vinden via <https://covid19.nl/tools>;
- tot slot ondersteunt SZW een onderzoeksprogramma gericht op wetenschappelijk onderbouwde inzichten over het begeleiden en ondersteunen van werkhervatting na COVID.

<sup>90</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1453.

<sup>91</sup> [nvab-online.nl/sites/default/files/Herstel%20%26%20Re-integratie%20in%20het%20kielzog%20van%20COVID-19%20-%20Post-Acute%20gevolgen%20van%20SARS%20CoV-2%20infectie%20%28PASC%29%20Versie%2010-1%20mei.pdf](https://nvab-online.nl/sites/default/files/Herstel%20%26%20Re-integratie%20in%20het%20kielzog%20van%20COVID-19%20-%20Post-Acute%20gevolgen%20van%20SARS%20CoV-2%20infectie%20%28PASC%29%20Versie%2010-1%20mei.pdf).

<sup>92</sup> [Werkcovid19.nl](https://werkcovid19.nl).



Bij eventuele signalen over de wenselijkheid van extra maatregelen die bijdragen aan erkenning, herstel en re-integratie van mensen met langdurige gezondheidsklachten na COVID-19, zal ik samen met de Staatssecretaris van SZW bezien of, en zo ja hoe, daaraan invulling te geven. Door de patiënt zo goed mogelijk te ondersteunen, bevorderen we een spoedig herstel en kan de mogelijke impact die deze gezondheidsklachten nu heeft op de sociale omgeving van de patiënt en op het deelnemen aan de samenleving, worden ingeperkt. Daar ligt nu de eerste prioriteit, niet alleen voor zorgprofessionals met langdurige gezondheidsklachten als gevolg van COVID-19, maar voor eenieder die hiermee kampt.

#### Lange termijn: in beeld brengen van vraagstukken die aan de orde zijn

Naarmate de gezondheidsklachten door COVID-19 langer aanhouden en de patiënt niet (volledig) herstelt, zal de patiënt voor andere vraagstukken komen te staan. Ook voor de vraagstukken op de langere termijn is aandacht. Afhankelijk van de vraagstukken die zich bij deze groep voordoen, zal ik bezien:

- welke behoefte(n) deze groep heeft, en
- of, en zo ja, op welke wijze en door wie hierin kan worden voorzien.

Werkenden die langdurige gezondheidsklachten als gevolg van COVID houden, zullen – afhankelijk van de ziekteduur – in aanraking komen met de sociale zekerheid. De mogelijkheden op dit gebied heb ik u geschetst in mijn brief van 20 september jl.<sup>93</sup> Naast de sociale zekerheid, zijn er mogelijk ook vanuit cao's en/of verzekeringen voorzieningen beschikbaar voor werkenden die gezondheidsgevolgen ervaren van COVID.

Naar verwachting zal de Gezondheidsraad in het eerste kwartaal van 2022 op eigen initiatief met een advies komen over Long COVID. De Gezondheidsraad zal onder andere ingaan op de definitie (of afbakening) van het ziektebeeld Long COVID op basis van de huidige stand van de wetenschap. Op het moment dat een (voorlopige) definitie beschikbaar is, kan ik bezien of deze genoeg handvatten biedt om Long COVID te onderscheiden van andere ziektebeelden. Dan kan in kaart worden gebracht waar Long COVID-patiënten mee geholpen zijn en of specifiek voor deze groep extra activiteiten nodig zijn. Afhankelijk van de vraagstukken die naar voren komen, zal ik kijken of het nodig is om specifieke groepen, zoals zorgprofessionals, die met langdurige coronaklachten kampen, bij deze vraagstukken verder te ondersteunen en zo ja hoe en door wie hierin kan worden voorzien.

#### ***Mogelijkheden binnen Wet BIG***

Graag wil ik benadrukken dat veel mogelijk is binnen de grenzen van de Wet BIG en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), dat zorgorganisaties wellicht in staat stelt hun zorgcapaciteit tijdelijk te vergroten. Een voorbeeld daarvan is het werken onder de verlengde armconstructie: daarmee kunnen niet-BIG geregistreerde zorgprofessionals, onder toezicht van een zelfstandig bevoegde BIG-geregistreerde, voorbehouden handelingen uitvoeren, mits zij daarin bekwaam zijn. Vaccineren (injecteren) is zo'n voorbehouden handeling. Het is dus mogelijk om bijvoorbeeld niet-BIG-geregistreerde verpleegkundigen in te zetten in de boostercampagne, mits zij bekwaam zijn om te vaccineren. Toetsing van die bekwaamheid vindt plaats door de medisch eindverantwoordelijke van de regionale GGD. Maar dit geldt dus ook voor andere vormen van zorgverlening met voorbehouden handelingen en in andere settings als bijvoorbeeld de ziekenhuizen en thuiszorg. De Inspectie

<sup>93</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1453.

Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) deelt dit beeld en benadrukt dat zorgverleners in deze unieke situatie de ruimte hebben om de zorg op afwijkende manieren te organiseren, als dit nodig is om de kwaliteit en de continuïteit van de zorg te waarborgen. De zorgbestuurder is en blijft eindverantwoordelijk voor het leveren van goede en veilige zorg. Dat betekent dat de bestuurder op de hoogte is van de wijze waarop de ondersteunende inzet is georganiseerd. Het is niet nodig om de Inspectie vooraf te informeren of om toestemming te vragen voor de ondersteunende inzet. De Inspectie is uiteraard beschikbaar om hierover met bestuurders van gedachten te wisselen. Zij zijn hiervoor te bereiken via Meldpunt IGJ. Ik zal dit nogmaals actief onder de aandacht brengen van werkgevers, beroepsverenigingen en andere betrokken partijen.

In dit kader wil ik tevens wederom wijzen op de twee tijdelijke BIG-maatregelen die in maart 2020 zijn genomen om het zorgpersoneel te ontlasten en de continuïteit van zorg te blijven borgen. Allereerst is samen met beroepsverenigingen en de Inspectie een kader met voorwaarden opgesteld, om zo tijdelijk voormalige zorgprofessionals (niet-praktiserende artsen en niet-praktiserende verpleegkundigen) weer zelfstandig in te zetten in de zorg. Zo is dit kader van toepassing op voormalig verpleegkundigen met een verlopen BIG-registratie na 1 januari 2016 en op voormalig artsen met een verlopen BIG-registratie na 1 januari 2018.

Ten tweede is de herregistratie-verplichting voor alle artikel 3 Wet BIG-beroepsbeoefenaren opgeschort tot nader order. Hiermee wordt voorkomen dat de artikel 3 BIG-geregistreerde zorgprofessionals in deze tijd worden belast met uitstelbare administratieve lasten of in het BIG-register worden doorgehaald en daardoor hun bevoegdheden verliezen. Ik heb sinds 17 maart 2020 geen inschrijvingen van zorgverleners in het BIG-register doorgehaald. Ook deze maatregel geldt tot nadere orde.

### ***Publicatie gegevens zorgbonus 2021***

Afgelopen zomer konden zorgaanbieders en budgethouders met behulp van de subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19 (hierna: bonusregeling) opnieuw een bonus aanvragen als blijk van waardering voor zorgprofessionals die vanwege COVID-19 onder moeilijke omstandigheden zorg hebben verleend. In oktober 2021 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de hoogte van deze tweede bonus. Deze bedraagt netto € 384,71, op basis van een verdeling van het budget van € 720 miljoen onder het totaal van de ruim 1 miljoen zorgverleners voor wie de bonusaanvraag is goedgekeurd.

De zorgbonus 2021 wordt bekostigd met behulp van een subsidieregeling die uit publiek geld wordt betaald. De overheid wil transparant zijn over de besteding van publiek geld. In de bonusregeling staat daarom dat zorgaanbieders die de zorgbonus 2021 aanvragen, instemmen met publicatie van bepaalde gegevens. Hieraan is uitvoering gegeven met de recente publicatie van de toegekende subsidies bonusregeling 2021 op de website van de rijksoverheid.<sup>94</sup>

---

<sup>94</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/12/09/toegekende-subsidies-voor-de-zorgbonus-2021>.

## 17. Caribisch Nederland

De laatste gegevens van 13 december 2021 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

	Bonaire	St. Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)	145 (3.102)	0 (31)	0 (12)	125 (17.598)	192 (16.605)	45 (4.653)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen verpleegafdeling (op de IC)	5 (0)	0	0	2 (2)	1 (5)	0 (0)
Aantal patiënten onder behandeling in het buitenland	0	0	0	0	6 (Colombia)	0
Aantal patiënten overleden	22	0	0	182	177	75
Percentage totale bevolking volledig gevaccineerd	66% (9/12)	47% (24/11)	81% (8/12)	59% (9/12)	60% (9/12)	40% (9/12)

Na een periode van een hoog aantal besmettingen op Bonaire, lijkt dit nu af te nemen. Op Saba en Sint Eustatius zijn momenteel geen actieve casus. Het aantal besmettingen op Aruba, Curaçao en Sint Maarten is de afgelopen weken stabiel gebleven. De druk op de zorg blijft op alle eilanden echter hoog. In de stand van zakenbrief van 2 november is aangegeven dat de extra IC-verpleegkundigen en -artsen die VWS heeft ingezet via een Amerikaans uitzendbureau tot het einde van dit jaar op de eilanden blijven om de zorg te ondersteunen. Wegens de aanhoudende druk op de zorg; de mogelijke toename van het aantal besmettingen in de decembermaand; en vanwege de op termijn verwachte introductie van de Omikronvariant heeft het kabinet besloten om de COVID-steun die aan de CAS-landen geleverd wordt te verlengen tot juni 2022.

### Vaccinatiecampagnes Caribisch deel van het Koninkrijk

De boostervaccinatiecampagnes zijn zowel op de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius, Saba) als de CAS-landen (Curaçao, Aruba, Sint Maarten) van start gegaan, waarbij net als in Europees Nederland geprikt wordt van oud naar jong en begonnen wordt met de meest kwetsbaren. Op de CAS-landen en Bonaire wordt voor zowel de primaire serie als de boostervaccinatie het vaccin van BioNTech/Pfizer ingezet.

Sint Eustatius en Saba zijn gestart met de boostervaccinatie van 60-plussers met het Moderna-vaccin. Voor personen onder de 60 jaar zullen zij het BioNTech/Pfizer-vaccin ontvangen. Omdat op deze eilanden tot nu toe enkel het Moderna-vaccin is ingezet voor de primaire vaccinatieserie, is er beperkte koelcapaciteit voor het Pfizer-BioNTech-vaccin. Het RIVM werkt daarom voor de boostervaccinatie van mensen onder de 60 jaar aan de levering van zowel het BioNTech/Pfizer-vaccin als de bijbehorende apparatuur. Sint Eustatius en Saba zullen na de levering van de apparatuur ook voor de primaire serie gebruik gaan maken van het BioNTech/Pfizer-vaccin.

Op Bonaire, Sint Eustatius en Saba heeft respectievelijk 77%, 58% en 93% van de volwassen bevolking de eerste en tweede prik ontvangen. Van de jongeren van 12 tot en met 17 jaar is dat 55%, 21% en 90%. Op Curaçao, Aruba en Sint Maarten is respectievelijk 71%, 77% en 46% van de volwassen bevolking volledig gevaccineerd (eerste en tweede prik). Van de jongeren van 12 tot en met 17 jaar is dat 36%, 57% en 22%. De (ei)landen zullen net als Europees Nederland binnenkort starten met de

vaccinatie van kinderen van 5 tot en met 11 jaar. Het RIVM zal daar vaccins met een door de producent aangepaste dosering voor leveren.

## **18. Afdoen moties/toezeggingen/verzoeken**

### Uitbreiding van de respiratoire surveillance met de Nivel peilstations

In de Stand van Zakenbrieven van 18 juni<sup>95</sup> en 6 juli jl.<sup>96</sup> heb ik aangegeven de mogelijkheden voor de uitbreiding van de respiratoire surveillance met de Nivel peilstations te onderzoeken. Het Nivel rapporteert wekelijks over het aantal patiënten met influenza/griepachtige klachten of met andere acute luchtweginfecties die bij de huisarts komen. Bij aangesloten huisartsenpraktijken, de zogenaamde peilstations, nemen huisartsen monsters af van patiënten die griepachtige klachten of een andere acute luchtweginfectie hebben en sturen deze monsters naar het RIVM. Het RIVM onderzoekt de monsters op aanwezigheid van een breed palet aan virussen die luchtweginfecties veroorzaken waaronder COVID-19 en het influenzavirus.

Momenteel zijn ongeveer 40 peilstations aangesloten bij het netwerk van Nivel. Echter, dit aantal peilstations is niet fijnmazig genoeg om een landelijk beeld te krijgen van hoe de circulatie van virussen die respiratoire infecties veroorzaken zich ontwikkelt in de bevolking in Nederland. Ik heb daarom verzocht de respiratoire surveillance van de peilstations uit te breiden. Op deze manier gaan huisartsen een belangrijke rol spelen bij het opzetten van een representatief systeem voor monitoring van virussen die luchtweginfecties veroorzaken zoals COVID-19 inclusief de verspreiding van eventuele varianten.

De monitoring via de Nivel peilstations wordt met name belangrijk voor COVID-19 wanneer het virus endemisch is en het testen via GGD-teststraten wordt afgeschaald. Op dat moment zullen de peilstations een belangrijke functie hebben in het vroegtijdig signaleren van oplevingen van het virus. En voor de andere virussen die respiratoire infecties veroorzaken. Ik houd uw Kamer op de hoogte van de voortgang van dit traject.

### Motie lid Omtzigt over onderzoek naar oversterfte

De aangenomen motie van het lid Omtzigt<sup>97</sup> waarin wordt opgeroepen om een academisch onderzoek te laten starten naar de redenen en oorzaken van oversterfte tot en met november 2021, kan momenteel nog niet worden opgepakt. Bij de CBS-oversterfte gaat het om het verschil ten opzichte van een meerjarig gemiddelde. Als het verschil groot is, is het aannemelijk dat dit komt door COVID-19, maar dit is niet zeker vanwege het ontbreken van inzicht in de onderliggende doodsoorzaken. Het inzicht in de onderliggende doodsoorzaken van de overleden personen in november en daarmee in de oorzaken van oversterfte, heeft het CBS pas begin april 2022. Deze motie kan dan verder worden opgepakt en uitgewerkt. Ik zal de Kamer hierover informeren. Daarnaast heb ik tijdens het debat van 1 december jl. over de ontwikkelingen rondom het coronavirus toegezegd aan het lid Omtzigt het CBS te vragen om bij de eerstvolgende rapportage over de sterfte naar doodsoorzaken een goede duiding te geven over de gemeten sterfte door COVID-19. In een volgende Kamerbrief zal ik u hierover nader informeren.

<sup>95</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1297.

<sup>96</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1356.

<sup>97</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1617.

## Motie lid Van der Staaij c.s. over de levering van zuurstof aan coronapatiënten thuis

De zuurstofdistributeurs ontvangen dit jaar nog zuurstofconcentratoren op orders die bij fabrikanten uitstaan. Daarnaast heeft het Ministerie van VWS nog 200 zuurstofconcentratoren extra die beschikbaar zijn gesteld aan de distributeurs. Wereldwijd is de beschikbaarheid van zuurstofconcentratoren zeer schaars desondanks is VWS in gesprek met distributeurs om er voor te zorgen dat vanaf week 52 nog apparatuur beschikbaar is voor patiënten. Om een nog grotere toestroom van patiënten die zuurstof thuis ontvangen aan te kunnen, is de GGD GHOR momenteel aan het inventariseren in de ROAZ-regio's waar locaties zijn met zuurstof uit de muur die voor deze patiënten ingezet kunnen worden. Deze inventaris moet op korte termijn duidelijk zijn, waarna gekeken kan worden hoe deze locaties ingericht en operationeel gemaakt kunnen worden. Dit zal mogelijk wel vragen om extra personele capaciteit, wat bemoeilijkt wordt door uitval van zorgpersoneel onder andere door ziekte. Hiermee is de motie van het lid Van der Staaij c.s. afgedaan.<sup>98</sup>

## Monitoring economische gevolgen inzet CTB

Op verzoek van mijn collega van het Ministerie van EZK kan ik u melden dat het kabinet regelmatig contact heeft met sectoren die door coronamaatregelen, zoals de verplichte inzet van coronatoegangsbewijzen, worden geraakt. Hiertoe is zij ook opgeroepen door de motie Grinwis.<sup>99</sup> Deze gesprekken zijn voor het kabinet belangrijke bronnen van informatie over de impact en gevolgen van de maatregelen op onder andere eventueel omzetverlies, die gebruikt worden bij het vormgeven van effectief (corona)beleid. Ook mogelijkheden voor adequate implementatie en handhaving van maatregelen zijn onderwerpen van gesprek.

## Toelichting op het lekken van kabinetsplannen

Zoals de Minister-President in de beantwoording van de vragen van de leden Ceder en Segers over het systematisch lekken vanuit het Catshuis-overleg heeft gezegd, moet het kabinet helaas constateren dat de afgelopen periode bij de voorbereiding van de besluitvorming voornemens geheel of gedeeltelijk voortijdig naar buiten zijn gekomen. Daardoor komt informatie die veelal onvolledig of soms zelfs onjuist is, in de media. Daarmee wordt uw Kamer, noch het publiek, goed geïnformeerd. Dit is onwenselijk. Tegelijkertijd kan het kabinet niet uitsluiten dat daar waar het kabinet grote belangen heeft af te wegen, waar het kabinet met verschillende belangengroepen overlegt en waar zovelen betrokken zijn, er met enige regelmaat voornemens uitlekken. Als informatie voortijdig naar buiten komt en die informatie onjuist of onvolledig is en maatschappelijke onrust veroorzaakt, dan is het bovendien soms nodig hierop te reageren en deze van context te voorzien. Ik beschik niet over informatie over de motieven of oorzaken van deze recente lekken, noch over de wijze waarop zij plaatsvonden. Ik voel me wel aangespoord er alles aan te blijven doen om het voortijdig openbaar maken van mogelijke besluiten en het lekken van informatie te voorkomen. Ik wijs binnen en buiten het kabinet met regelmaat op het belang van de vertrouwelijkheid van het besprokene.

<sup>98</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1596.

<sup>99</sup> Kamerstuk 35 420, nr. 393.

## 19. Catshuisstukken

In mijn brief van 8 december 2020 heeft het kabinet aangegeven de presentaties die voorliggen in de informele overleggen over de coronacrisis in het Catshuis openbaar te maken.<sup>100</sup> De stukken worden op de website<sup>101</sup> van rijksoverheid gedeeld voor zover daar geen zwaarwegende belangen<sup>102</sup> in de weg staan. Hier zijn vanaf heden ook de stukken die besproken zijn in het Catshuis dd. 12 december 2021 raadpleegbaar.

## 20. Slot

Net als vorig jaar zijn de feestdagen anders dan dat we gewend zijn.

Er zijn nog steeds veel besmettingen, de druk op de zorg is hoog en de opkomst van de omikronvariant brengt grote onzekerheid met zich mee. Daarom heeft het kabinet besloten het huidige maatregelenpakket te verlengen tot 14 januari 2022, de scholen een week eerder te sluiten en de boostercampagne te versnellen.

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

---

<sup>100</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 771.

<sup>101</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken>

<sup>102</sup> Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen.