

Vergaderjaar 2021–2022

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1468

Ontvangen ter Griffie op 2 november 2021.

De vastgestelde ministeriële regeling kan niet eerder inwerking treden dan op 9 november 2021.

De vastgestelde ministeriële regeling vervalt van rechtswege indien de Kamer, op voorstel van vijftig leden uiterlijk 8 november 2021 te kennen geeft niet in te stemmen met de regeling.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 november 2021

Het epidemiologisch beeld is ernstig. Met gemiddeld 7.711 besmettingen per dag en een 7-daagsgemiddelde van 103,6 ziekenhuis- en 19,6 IC-opnames stijgen de cijfers sneller dan verwacht. Dit betekent dat we vanaf vandaag in het hoogste risiconiveau, «ernstig» zitten.¹ We wisten dat de cijfers in het najaar weer zouden stijgen, maar de huidige waarden zitten aan de bovenkant van de bandbreedte van de eerdere prognoses van het RIVM. De verwachting is dat, als we de trend in de cijfers niet weten te keren, half december tweemaal zoveel mensen op de IC liggen. Dat betekent dat te veel mensen, in te korte tijd, ernstig ziek worden. Mijn stelling uit mijn vorige stand van zakenbrief² blijft staan: voor mensen die zich niet laten vaccineren is het niet de vraag *of*, maar *wanneer* zij besmet raken. Door deze nieuwe golf van besmettingen staat de gehele zorg opnieuw onder enorme druk.

Dankzij de hoge vaccinatiegraad in Nederland, is de verwachte piek van deze aankomende golf lager dan we eerder hebben gezien. Toch wordt deze golf hoger dan we verantwoord achten. Wanneer de zorg overbelast wordt, heeft dat gevolgen voor ons allemaal. Dit betekent namelijk dat de zorg voor anderen weer uitgesteld moet worden. Door vaccinatie bescherm je niet alleen jezelf, maar ook anderen en help je mee in het beschermen van de zorg tegen overbelasting.

Het is daarom noodzakelijk om in te grijpen. Het kabinet heeft daarom – na advies van het OMT – met het huidige pakket aan maatregelen getracht een balans te vinden tussen enerzijds zo veel mogelijk beperken van verspreiding van het virus en het aantal besmettingen, en anderzijds het behouden van zo veel mogelijk vrijheden voor ons allemaal, gevacceerden en niet-gevaccineerden. Daarbij is bewust gekozen voor

¹ Bron: Stichting NICE via het RIVM. Inschaling is op basis van het 7-daagsgemiddelde ziekenhuisopnames van 22–28 oktober en het 7-daagsgemiddelde IC-opnames van 23–29 oktober.

² Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

maatregelen die beschermend zijn, maar voor de meeste mensen niet onnodig beperkend. Het betreft maatregelen die een wettelijke grondslag hebben, zodat deze op korte termijn ingevoerd kunnen worden. Daarnaast starten we begin december met boostervaccinatie voor de 80 plussers, vanaf januari volgen de 60 plussers. In december starten we ook met de zorginstellingen. Ook de zorgmedewerkers gaan we zo snel mogelijk de booster aanbieden.

Een goede naleving van deze maatregelen is essentieel. Daarvoor zijn we met elkaar verantwoordelijk. Door ons te houden aan de basisregels, ons te laten vaccineren en door de andere maatregelen te respecteren. Als iedereen in hoge mate opvolging geeft aan de basismaatregelen, kunnen we de virusverspreiding fors reduceren en is verdere verzwaring niet nodig.

Naast de maatregelen die het kabinet nu al kan treffen, werkt het kabinet aan wetswijzigingen om voorbereid te zijn om extra maatregelen te kunnen treffen. Het gaat om:

- Het aanwijzen van niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening als CTB-plichtige sectoren, zoals winkels die niet zien op de verkoop van primaire levensbehoeften en bij pret- en dierenparken.
- Het verplichten van een CTB voor werknemers in de sectoren waar een CTB al verplicht is voor bezoekers en deelnemers.
- Het creëren van de mogelijkheid (zonder verplichting) om werkgevers in alle sectoren en werksituaties de bevoegdheid te geven om hun werknemers onder voorwaarden te vragen een CTB te tonen.
- Het creëren van de mogelijkheid (zonder verplichting) om zorginstellingen de bevoegdheid te geven om hun bezoekers onder voorwaarden te vragen een CTB te tonen voor het verlenen van toegang tot de zorginstelling.
- In de komende periode zal het kabinet adviezen inwinnen van het OMT, het Centraal Planbureau, het Sociaal en Cultureel Planbureau, van gedragswetenschappers en communicatiedeskundigen en de adviezen van de burgemeesters in het Veiligheidsberaad. Ook zal intussen overleg plaatsvinden met sectoren, werknemers- en werkgeversorganisaties en andere betrokken partijen.

Het kabinet voorziet op 12 november aanstaande een nieuw weegmoment. Het kabinet zal dan besluiten of en hoe het eerste wetsvoorstel (CTB voor niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening) al in procedure gebracht moet worden. Hierover zal ik uw Kamer informeren.

Voor een toelichting op alle voorziene maatregelen verwijs ik uw Kamer naar de paragraaf Maatregelen van deze brief.

Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid, de Minister van Infrastructuur en Waterstaat en de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over de stand van zaken omtrent Covid-19.

Aanbieding regelingen

Hierbij bied ik u mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, ter uitvoering van artikel 58c, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid, de navolgende regeling aan:

- Regeling van 2 november 2021 houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met de toevoeging van enkele uitzonderingen op de inzet van coronatoegangsbewijzen bij en de sluitingstijd van eet- en drinkgelegenheden, testverplichtingen en de quarantaineplicht³.

De overlegging geschiedt in het kader van de wettelijk voorgeschreven nahanprocedure (artikel 58c, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid). Op grond van de aangehaalde bepaling treedt de regeling niet eerder in werking dan een week na deze overlegging. Indien de Tweede Kamer binnen die termijn besluit niet in te stemmen met deze regeling, vervalt deze van rechtswege. In verband met de beoogde inwerkingtredingsdatum van 10 november 2021 is het van belang om deze regeling vandaag naar u toe te zenden.

Tevens bied ik u mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, ter uitvoering van artikel 58c, derde lid, van de Wet publieke gezondheid, de navolgende regeling aan:

- Regeling van 2 november 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met de verbrede inzet van coronatoegangsbewijzen en een uitbreiding van de mondkapjesverplichting⁴.

Ik doe een beroep op de spoedprocedure van artikel 58c, derde lid, van de Wet publieke gezondheid. Het doorlopen van de standaardprocedure, zoals opgenomen in artikel 58c, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid zou tot gevolg hebben dat de regeling op zijn vroegst een week na vaststelling en gelijktijdige overlegging aan beide Kamers in werking kan treden op 10 november 2021. De bepalingen over onder meer de mondkapjesplicht en de verbreding van de inzet van het coronatoegangsbewijs dienen gezien de epidemiologische situatie zo spoedig mogelijk in werking te treden. De inwerkingtreding van deze regeling is vastgesteld op 6 november 2021, zodat de betreffende ondernemingen zich kunnen voorbereiden op de nieuwe maatregelen. Naar ons oordeel kan 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. Daarom is toepassing gegeven aan de spoedprocedure van artikel 58c, derde lid, Wpg.

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.

Na verzending van deze Kamerbrief verstrekken we ook de beslisnota's die ten grondslag liggen aan de diverse passages. Deze besluitvormende documenten zijn afkomstig van het Ministerie van VWS.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

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; dilemma's, analyse en richting; de maatregelen, de Tijdelijke wet maatregelen, gevolgd door de doorontwikkeling van het Dashboard en een update over de rioolwatermonitoring en hoe het coronatoegangsbewijs terug wordt laten komen (paragraaf 1 t/m 8).
- het EU Digitaal Corona Certificaat, reizen, ventilatie, testen en traceren, verbetering digitale ondersteuning/CoronaMelder, vaccins en innovatieve behandelingen (paragraaf 9 t/m 14).
- Onder «Zorgen dat de zorg het aankan» ga ik in op: de zorg voor patiënten in de keten (paragraaf 15).
- Onder «Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid» ga ik in op: bescherming kwetsbare personen (paragraaf 16).
- Onder «Andere onderwerpen» ga ik in op: de communicatie, de arbeidsmarkt, het Caribisch deel van het Koninkrijk, reactie op het KPMG rapport, chemische veiligheid van mondkapjes, Verlenging tegemoetkoming ongeplaceerde evenementen en Catshuisstukken (paragraaf 17 t/m 23).

Hiermee voldoe ik aan de volgende moties en toezeggingen:

- De toezegging aan uw Kamer om u te informeren over de verkenning door het LNAZ of COVID-zorg ten tijde van de piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden, bijvoorbeeld door concentratie van COVID-zorg op een beperkt aantal plekken die flexibel kunnen worden ingericht;
- De toezegging aan het lid Bikker dat bij verlenging van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 per wetsartikel nader dient te worden toegevoegd waarom het wordt behouden;
- De toezegging aan het lid Nicolai dat voorafgaand aan het slaan van het verlengings-KB wordt geïnformeerd over wat de inhoud van het verlengings-KB gaat worden, zodat daarop geïntervenieerd kan worden;
- De toezegging aan het lid Gündoğan om het RIVM te vragen te adviseren over de verhouding tussen het aantal ziekenhuisopnames wat je aankunt en welk besmettingsniveau daarbij hoort;
- De toezegging om uw Kamer te informeren over het beleggen van de maatregelen voor informatievoorziening op de middellange en lange termijn;
- De toezegging aan uw Kamer om te kijken of er behoefte is aan centraal ingekochte laboratoriumcapaciteit voor het najaar waarbij het uitgangspunt blijft dat er te allen tijde voldoende testcapaciteit moet zijn om aan de testbehoefte te voldoen;
- De toezegging aan het lid Agema om regelmatig campagnematig over ventilatie te communiceren;
- De toezegging aan het lid Agema over welk type communicatie we gebruiken ten aanzien van de thuissituatie;
- De toezegging aan uw Kamer om Staatssecretaris Knops te vragen de ontwikkeling van de CoronaMelder-app te evalueren en lessen te trekken om de omgang van de overheid met ICT te verbeteren;
- De toezegging aan het lid Van Haga om te kijken wat er voorhanden is over de risico's van een geldigheidsduur van 24 uur, 48 uur en 72 uur ten behoeve van een testbewijs;
- De toezegging aan het lid Agema om de nieuwste dataset van het aantal gevaccineerden in het ziekenhuis in de stand van zakenbrief op te nemen.
- De motie van het lid Sjoerdsma c.s. om iedere Nederlander gratis de mogelijkheid te bieden om, ten behoeve van het Europees Digitaal

Certificaat, zich deze zomer te laten testen met een test naar keuze (Kamerstuk 21 501–20, nr. 1668);

- De motie van het lid Pouw-Verweij c.s. over een snelle toelaatbaarheid van serologische testen, zodat deze als grond voor een herstelbewijs kunnen gelden (Kamerstuk 25 295, nr. 1436);
- De motie van het lid Westerveld c.s. om ook speekseltesten beschikbaar te maken voor kinderen en het gebruik aan te moedigen op scholen, in zorginstellingen en op testlocaties (Kamerstuk 25 295 nr. 1430);
- De motie van het lid Van der Plas om er zorg voor te dragen dat mensen binnen een half uur reistijd een test kunnen laten afnemen en om het aantal testlocaties daarop aan te passen (Kamerstuk 25 295, nr. 1446);
- De motie van het lid Bikker c.s. om extra inspanning te leveren om bewoners in kwetsbare wijken te bereiken met informatie over vaccinatie en met vaccinatiemogelijkheden (Kamerstuk 25 295, nr. 1432);
- Motie van de leden Bikker en Kuiken over extra inspanning om in kwetsbare wijken niet-gevaccineerde bewoners een vrijwillige vaccinatie aan te bieden (Kamerstuk 25 295, nr. 1370);
- Motie van de leden Van den Berg en De Vries over opschalen van mobiele prikbusen waar zonder een afspraak een vaccin gehaald kan worden (Kamerstuk 25 295, nr. 1365);
- De motie van het lid Stoffer c.s. over zich in Europees verband inspannen om tot overeenstemming te komen met producenten van kansrijke (antivirale) middelen (Kamerstuk 25 295, nr. 1438);
- De motie van het lid Kuiken c.s. om een uitzondering te maken op de verplichting van het gebruik van coronatoegangsbewijzen voor buitenterrassen in de horeca (Kamerstuk 25 295, nr. 1427);
- De motie van de leden Kuiken en Paternotte over het mogelijk maken dat een coronatoegangsbewijs niet noodzakelijk is bij alleen afhalen van eten en drinken (Kamerstuk 25 295, nr. 1428);

Zicht op en inzicht in het virus

1. OMT-advies, incl. epidemiologisch beeld

128^e OMT-advies

Het OMT is 29 oktober jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak⁵. 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. Maatregelen
3. Inzet CTB in werksettings en in de zorg
4. Voorbereidingen voor eventueel verzwarende maatregelen
5. Onderwijs
6. Testen personeel
7. BCO

Ad 1) Verloop van de epidemiologie

In de afgelopen 7 kalenderdagen (20-27 oktober) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen gestegen met 56% in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Het aantal meldingen nam toe in alle regio's, maar

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

er is wel een grote regionale variatie in het aantal positieve testen. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners betroffen Zuid-Holland Zuid, Limburg-Noord, IJsselland, Hollands Midden, Gelderland Zuid en Gelderland Midden. Dit beeld is consistent met de hogere virusvrachten vastgesteld in rioolwatermonsters. Het aantal meldingen nam in alle leeftijdsgroepen verder toe in de afgelopen week. Het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners betrof de leeftijdsgroepen 25–29 en 30–39 jaar.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties laat een geleidelijke stijging zien in de afgelopen weken, over de laatste week 16% hoger ten opzichte van de 7 dagen ervoor. Het bijbehorende percentage positieve testen in de GGD-teststraten was 15,7% gemiddeld in de afgelopen 7 kalenderdagen, in vergelijking met 12,4% in de week ervoor. Het is van belang te beseffen dat het aantal bij de GGD geteste personen momenteel een mix is van personen mét en personen zonder klachten, al dan niet naar aanleiding van een nauw contact getest (d.i., in kader van BCO), en al dan niet getest na een tevoren positief bevonden zelftest (de zogenaamde confirmatietesten). Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) was het percentage positieve testen 0,4% in de afgelopen kalenderweek, vergeleken met 0,2% in de kalenderweek ervoor.

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 24 oktober 87,3% voor de volwassen bevolking, en 83,8% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar is dit respectievelijk 85,2% en 81,8%. Voor de leeftijdsgroepen van jonger dan 40 jaar ligt de vaccinatiegraad op dit moment overall nog onder de 75%.

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen nam toe. In de afgelopen kalenderweek werden 603 opnames in het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 115 op de IC, vergeleken met respectievelijk 440 en 83 de week daarvoor (bron: stichting NICE). Het gemiddeld dagelijkse aantal opnames op verpleegafdelingen was in de afgelopen week gemiddeld 100 ten opzichte van 63 de week daarvoor, en 18 versus 15 op de IC (bron: LCPS, 21-27 oktober).

De eerder vastgestelde hoge vaccineffectiviteit tegen zowel ziekenhuisopname als IC-opname in Nederland persisteert in de meest recente data t/m afgelopen week (95% en 97%). Deze is consistent iets lager in de oudste leeftijdsgroep: gemiddeld 90% voor ziekenhuisopname en 95% voor IC-opname, respectievelijk, voor de bevolking vanaf 70 jaar. Het aantal besmettingen in verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen laat een stijging zien die overeenkomstig is aan de toename van de thuiswonende bevolking vanaf 70 jaar.

De meest recente schatting van het reproductiegetal R_t , zoals berekend op basis van de meldingen van positief geteste personen, is voor 11 oktober op basis van de Osiris: gemiddeld 1,19 (95%-interval 1,16–1,23) besmettingen per geval. Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant.

Op basis van de recente toename in meldingen, is de verwachting voor de komende week dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames verder gaat stijgen, met schattingen tot circa 175–200 ziekenhuisopnames per dag en tot circa 30–40 IC-opnames per dag.

Het OMT geeft aan dat de onzekerheid over het tijdstip waarop een piek in de opnames en bedbezetting bereikt wordt, groot is en dat de piekwaarde van de IC-bezetting aanzienlijk kan variëren binnen wat mogelijk geacht wordt door een seizoenseffect, effect van vaccinatie op transmissie en infectie. Het OMT geeft aan dat er vier scenario's zijn uitgewerkt, waarvan

voor elk van de scenario's geldt dat de onzekerheidsmarge een brede range aan mogelijke waarden bestrijkt; zowel waarden die vallen binnen de beschikbare zorgcapaciteit als waarden die uitkomen boven de beschikbare zorgcapaciteit. Bovendien geeft de modelprognose een optimistisch beeld in de zin dat de vaccineffectiviteit tegen transmissie als constant wordt verondersteld.

Ad 2) Maatregelen

Het OMT is van mening dat er zo spoedig mogelijk aanvullende maatregelen nodig zijn om de toename van de ziekenhuisopnames, en daarmee IC-opnames te keren, en deze in de tijd te spreiden zodat de zorgcapaciteit in brede zin voor zowel patiënten binnen de reguliere zorg als voor COVID-19-patiënten geborgd blijft. Ook de kwetsbaren in de samenleving moeten worden beschermd tegen de toegenomen circulatie van het virus. Hiertoe moeten aanvullende maatregelen worden genomen om de transmissie van het virus af te remmen; dit kan door maatregelen te nemen dat het aantal, de intensiteit en/of de duur van contacten doet afnemen.

Voor een uitgebreide beschrijving van de maatregelen, wordt verwezen naar het advies in de bijlage. Hieronder volgt een korte samenvatting.

Vaccinatie

Getuige de spreiding van de toename van besmettingen en de gegevens uit de rioolwatersurveillance, circuleert het SARS-CoV-2 virus breed in Nederland, maar zijn de meldingen en ziekenhuisopnames het hoogst in gebieden met een vaccinatiegraad die onder het gemiddelde van Nederland liggen. Duiding van de epidemiologie maakt eveneens duidelijk dat ongevaccineerde personen onverminderd een grotere kans hebben om besmet te raken en in zorg te komen, dan gevaccineerde personen. Vaccinatie is met name zeer effectief gebleken in het voorkomen van ernstige ziekte en ziekenhuis- en IC-opname. Daarom blijft het vooreerst van belang om in te blijven zetten op het verhogen van de vaccinatiegraad.

Respecteer de basisregels

Het OMT geeft aan dat het van essentieel belang is dat de basisregels worden nageleefd. Een opsomming van de basismaatregelen is in het advies opgenomen.

Het OMT benadrukt de urgentie van maatregelen om, ondanks de toename van de belasting op de zorg door COVID-19 infecties bovenop de (door inhaalzorg al drukke) reguliere zorg, de zorg voor iedereen toegankelijk te houden, ongeacht de vaccinatiestatus. Hiertoe moet de verspreiding van het virus geremd worden, door maatregelen te nemen waarmee het aantal contacten dat tot transmissie van het SARS-CoV-2 virus leidt, terug gebracht worden. Dergelijke maatregelen moeten effectief zijn tegen de virusverspreiding en op korte termijn zijn in te voeren; het betreft dan liefst maatregelen waarvan ook op korte termijn-effect te verwachten is.

Het OMT adviseert vooralsnog om niet regionaal, gemeentelijk of op wijkniveau maatregelen in te stellen. Immers, uit de surveillance data blijkt dat het virus in heel Nederland circuleert en landelijke, generieke maatregelen kunnen de communicatie erover eenduidig houden en bespoedigen. Alleen maatregelen nemen of veranderingen in gedrag nastreven in lage vaccinatiegraadgebieden, is onvoldoende om de circulatie in de rest van het land beduidend te doen dalen. Bovendien acht

het OMT de afweging van dergelijke op specifieke regio's of groepen gerichte maatregelen aan de politiek.

Naast heldere communicatie en handhaving, is het ook belangrijk om zoveel mogelijk de (omgevings)voorwaarden te scheppen waardoor men zich aan de maatregelen kan houden. Het OMT heeft eerder voorgerekend dat als men in hoge mate opvolging geeft aan de basisregels – waaronder de meest essentiële bronisolatie maatregel «bij klachten blijf je thuis, en laat je je testen» – de virusverspreiding al fors kan reduceren. Helaas toont gedragsonderzoek hoe moeilijk het gevonden wordt deze basisregels op te volgen. Aangezien elke aanvullende maatregel bovenop deze basisregels een belangrijke beperking oplevert in het handelen van iedereen, benadrukt het OMT – wederom – dat elke verzwaring van maatregelen begint met benadrukking van en opvolging van de basisregels. Als op voorhand duidelijk is dat de opvolging aan basisregels ter discussie zal worden gesteld en beperkt zal zijn, dan zal afname van de verspreiding van het virus en belasting voor de zorg onvoldoende geborgd zijn en is het tevens nodig beperkende maatregelen, zoals verderop benoemd in het advies, in te stellen.

Tenminste 50% van de werktijd thuis te werken

Aangezien een belangrijk percentage van infecties opgedaan wordt op het werk, adviseert het OMT om het huidige advies om «thuis te werken als het kan» beter en meer uniform opvolging te doen geven. Denk daarbij aan tenminste 50% van de werktijd, met spreiding in bezetting. Het advies om bij binnenlandse reizen drukte onderweg te vermijden en buiten te spits te reizen is hierop een goede aanvulling.

Uitbreiden van situaties waarin een mondneusmasker gedragen wordt
Het OMT adviseert om de verplichting tot het dragen van mondneusmaskers weer in te voeren in ruimtes waar men gedurende enige tijd bijeen staat in een binnenruimte, zoals publieke ruimtes (bijvoorbeeld bibliotheken, detailhandel), en in het OV in stations en op de perrons. Bij contactberoepen zien we de laatste tijd consistent een relatief hoog percentage positieve testen; ook voor contactberoepen zou een mondneusmasker moeten worden gebruikt.

Uitbreiding toepassing coronatoegangsbewijs

Breder inzetten van het CTB is een gerichte maatregel die effect kan hebben op de doorgifte van het virus. Voor de onderbouwing ervan verwijst het OMT naar haar eerdere adviezen hierover, maar hecht eraan op te merken dat het gebruik van CTB een gunstige invloed heeft op te verwachten ziekenhuisopnames, ook nu recent is gebleken dat vaccinatie de transmissie van het virus recent weliswaar minder lijkt te onderdrukken dan eerder het geval was. De prevalentie van besmettingen is immers nog steeds hoger in het ongevaccineerde deel van de bevolking en de kans op transmissie bij een besmetting na vaccinatie is kleiner. Hierbij vindt het OMT het van belang dat er onderscheid wordt gemaakt in activiteiten en situaties die incidenteel en vrijwillig zijn en situaties die een meer permanent karakter hebben zoals opleiding, werk en zorg.

Het OMT adviseert in de volgende situaties het CTB ook in te gaan zetten:

- in kunst- en cultuurbeoefening (vanaf 18 jaar);
- buitenterrassen bij horeca;
- doorstroomlocaties (zoals musea, kermis, etc.);
- sportbeoefening (vanaf 18 jaar), met name daar waar het binnensport betreft, waaronder ook sportscholen;
- publiek bij amateurwedstrijden.

Dergelijke uitbreiding van toepassing van het CTB is alleen effectief indien de afspraken ook worden gehandhaafd, waarbij naast het CTB ook de identiteit van de persoon moet worden gecontroleerd.

Ad 3) Inzet CTB in werksettings en in de zorg

Het Arbo Managementteam (AMT) heeft aan de hand van de arbeidshygiënische strategiemethodiek een inschatting gemaakt van het mogelijke effect van de invoering van het CTB voor werknemers op de virusverspreiding. Het AMT is van mening dat het invoeren van een CTB voor werknemers niet nodig wordt geacht in werkomstandigheden, waarbij er voldoende andere (subsidiare) mogelijkheden zijn tot risicoreductie, zoals thuiswerken, thuisblijven bij klachten en gespreid werken én als deze mogelijkheden worden benut. Uit de epidemiologische cijfers blijkt echter, dat er sinds de versoepelingen sprake is van een toename van het aantal werksituatie gerelateerde infecties. Deze discrepantie tussen het AMT-advies is waarschijnlijk een gevolg van onvoldoende naleving van de beheersmaatregelen die op dit moment van kracht zijn. Het OMT is dan ook van mening dat, nu deze discrepantie al maanden blijft voortduren, er geen bezwaar zou kunnen zijn om onder bepaalde omstandigheden een CTB voor werknemers in te voeren.

Hierbij wil het OMT wel benadrukken, dat deze afweging op een zorgvuldige wijze dient te gebeuren aan de hand van een nauwgezette risico-inventarisatie, criteria van proportionaliteit en subsidiariteit en met betrokkenheid van de personeelsvertegenwoordiging.

Inzet in de zorg

Het streven in de gezondheidszorg is om besmetting van patiënten door zorgmedewerkers altijd zoveel als mogelijk te voorkomen. Daarom geldt vanaf risiconiveau zorgelijk (dat is sinds najaar 2020) voor alle gezondheidszorgmedewerkers het advies om bij verpleging, verzorging of behandeling binnen 1,5 meter van de patiënt een medisch mondneusmasker te dragen. Dit advies geldt ook voor gevaccineerde medewerkers, want ook zij kunnen – zonder klachten te hebben – geïnfecteerd zijn en het coronavirus verspreiden. Het is niet duidelijk of de inzet van het CTB voor zorgmedewerkers meerwaarde heeft voor de gezondheid van kwetsbare patiënten. Bij goede naleving van de basismaatregelen en andere preventieve maatregelen, lijkt de meerwaarde van het CTB bij het voorkómen van infecties klein. Voor de gezondheid van kwetsbare patiënten is naast het voorkómen van infecties ook de continuïteit van zorg van groot belang. Toepassing van het CTB en dagelijks testen zou bij ongevaccineerde medewerkers tot demotivatie en mogelijk zelfs vertrek uit de zorg kunnen leiden, terwijl er al personeelskrapte is.

Bij inzet van het CTB voor bezoekers in de zorg(instellingen) geldt dat niet-gevaccineerde bezoekers voor elk bezoek getest worden en zij mogen bij een positieve test niet op bezoek komen. Het is niet bekend hoeveel infecties bij kwetsbare patiënten hierdoor voorkomen worden.

Voor de gezondheid van kwetsbare patiënten is naast het voorkómen van infecties ook het contact met hun naasten van groot belang. Met name in de langdurige zorg – waar patiënten lange tijd wonen – kan het veelvuldig testen voor ongevaccineerde partners, ouders of kinderen van patiënten een grote belasting vormen. Het weigeren van bezoekers of begeleiders zonder CTB kan de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare patiënten negatief beïnvloeden.

Daarom adviseert het OMT om in de zorg geen CTB in te voeren, maar in te zetten op aanscherping en betere naleving van de basismaatregelen en gebruik van mondneusmaskers door alle gevaccineerde en ongevaccineerde medewerkers en bezoekers.

Het OMT adviseert om het advies voor zorgmedewerkers – zowel in als buiten het ziekenhuis – om bij verpleging, verzorging of medische behandeling van patiënten binnen 1,5 meter preventief een medisch mondneusmasker te dragen opnieuw onder de aandacht te brengen van de medewerkers en beter toe te zien op de naleving van dit advies. In instellingen of op afdelingen waar veel zeer kwetsbare personen verblijven (dit zijn patiënten met onderliggend lijden die niet gevaccineerd zijn of een ernstig verzwakte afweer hebben), kunnen de medewerkers continu preventief medische mondneusmaskers gebruiken om introductie van coronavirus en andere luchtwegvirussen te voorkomen.

Wat betreft een wettelijke mondneusmaskerplicht voor bezoekers van openbare ruimtes in zorginstellingen, adviseert het OMT om hierin de regelgeving voor openbare binnenruimtes te volgen. Daarnaast kunnen zorginstellingen op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) hun bezoekers verplichten om mondkapjes te dragen. Dit gebeurt ook al op veel plaatsen. Tevens adviseert het OMT aan zorginstellingen om de basismaatregelen opnieuw onder de aandacht te brengen bij hun bezoekers en weer een gezondheidscheck uit te voeren. Hiervoor zijn al eerder door de sector adviezen opgesteld.

Ad 4) Voorbereidingen voor eventueel verzwarende maatregelen

Het OMT acht de verschillende voorstellen voor verzwarende maatregelen momenteel nog niet opportuun voor directe uitvoering. Het OMT adviseert om nu de noodzakelijke voorbereidingen te treffen voor eventueel verzwarende maatregelen om contacten breed te beperken door bijvoorbeeld: restrictie van openingstijden en herinvoeren van placheringsplicht en de 1,5 meter veilige afstand, sluiten van niet-essentiële sectoren, verbreding van inzet van coronatoegangsbewijzen (bijvoorbeeld ook voor de situaties waarin nu alleen mondneusmaskers worden geadviseerd zoals contactberoepen, detailhandel en sommige publieke ruimtes) en in situaties het beperken van CTB door gebruik te maken van 2G. Het OMT adviseert het effect van eerdergenoemde maatregelen ten minste 2–3 weken af te wachten. Indien er geen negatieve trend ontstaat in het aantal infecties en ziekenhuisopnames, zal het OMT over aanvullende en veel verdergaande maatregelen adviseren, zoals bijvoorbeeld het beperken van het aantal bezoekers thuis en bovenstaande. Uiteraard zal dit eerder gebeuren als de epidemiologische duiding daartoe noopt.

Ad 5) Onderwijs

Wat betreft het onderwijs adviseert het OMT het regime in het primair en voortgezet onderwijs zoals nu te continueren. Ten aanzien van het middelbaarberoepsonderwijs en hoger onderwijs (mbo, hbo, en universiteit) adviseert het OMT de invoering van het CTB om transmissie van SARS-CoV-2 te verminderen.

Echter, invoering van het CTB in het onderwijs kan voor een deel van de studenten betekenen dat zij zich dagelijks moeten laten testen om deel te nemen aan fysiek onderwijs. Dit zal mogelijk niet haalbaar blijken. Een alternatief hiervoor kan zijn dat studenten (zonder CTB) zich tweemaal per week verplicht laten testen, dan wel gebruik maken van zelftesten onder directe supervisie.

Uiteraard blijven alle basismaatregelen essentieel, voor leerlingen en studenten, en onderwijspersoneel. Zoals eerder benoemd, adviseert het OMT om hybride onderwijs weer mogelijk te maken, zodat leerlingen en studenten die klachten hebben of een quarantaineadvies hebben gekregen, de mogelijkheid hebben om thuis te blijven en tegelijkertijd zo weinig mogelijk onderwijs missen.

Het gebruik van mondneusmaskers in het mbo en ho kan bijdragen aan een verlaging van de transmissie, en kan overwogen worden als de specifieke situatie daarom vraagt, zoals het noodzakelijkerwijze opeen verblijven in krappe ruimten.

Ad 6) BCO

De huidige adviezen voor huisgenoten en nauwe contacten die naar verwachting afweer tegen SARS-CoV-2 hebben opgebouwd door infectie en/of vaccinatie, zijn gebaseerd op gegevens over de *attack rate* van gevaccineerde contacten en de bescherming tegen transmissie door vaccinatie.

Ten opzichte van eerdere OMT-adviezen (116 en 117 (Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1297)) over de vaccineffectiviteit tegen infectie en de transmissie, zijn er aanwijzingen dat de vaccinatie-effectiviteit tegen transmissie (dat wil zeggen, doorgeven van een besmetting) licht gedaald is. Uit de Nederlandse gegevens en de literatuur is een afname van vaccineffectiviteit tegen infectie met de deltavariant en na langere tijd sinds vaccinatie beschreven. Mogelijk wordt de afname van vaccineffectiviteit tegen transmissie versterkt door het seizoenseffect. De kans voor gevaccineerde contacten om een infectie op te lopen en zelf besmettelijk te worden, blijft wel duidelijk lager dan die voor ongevaccineerde contacten: wat dit betreft wordt berekend dat vaccinatie voor 63% beschermt tegen overdracht.

Daarom acht het OMT het niet nodig om aan gevaccineerde contacten een quarantaine-advies te geven. Wel is het van belang om infecties bij zowel huishoudcontacten als nauwe contacten op te sporen. Het OMT adviseert daarom voor contacten die volledig gevaccineerd zijn of door doorge maakte infectie naar verwachting een afweer hebben tegen SARS-CoV-2, het volgende testadvies:

- huishoudcontacten: zo spoedig mogelijk en op dag 5 nadat de index getest is
- nauwe contacten: op dag 5 na het contact met de besmettelijk index
- voor huishoudcontacten en nauwe contacten: altijd testen bij klachten (ook als men eerder negatief is getest).

Het OMT heeft aangegeven in een volgend advies terug te komen op het gebruik van antigeentesten in de prio-straten van de GGD en het gebruik van zelftesten in de werkomgeving.

BAO-advies

Het BAO dat 1 november heeft plaatsgevonden, vindt het OMT-advies navolgbaar. Het BAO onderstreept het belang van goede naleving (en daarmee van communicatie, randvoorwaarden, controle en handhaving) van de maatregelen en het belang dat het OMT hecht aan de basismaatregelen.

Het BAO ziet het belang van thuiswerken, de door het OMT genoemde 50% is daarin het minimum. Daar waar het kan, zou zoveel mogelijk moeten worden thuisgewerkt. Het BAO onderstreept ook de verantwoordelijkheid die werkgevers en werknemers hebben bij het naleven van de basismaatregelen in de werksituatie. Deze verminderen het risico op overdracht in belangrijke mate. In de zorg wordt gewerkt met protocollen en beschermende maatregelen. Het BAO is van mening dat in die bedrijven waar dat niet goed mogelijk is, het gebruik van het CTB niet hoeft te worden uitgesloten. Het BAO benadrukt het belang van laagdrempelig testen en geeft in overweging het beleid met betrekking tot het BCO voor huisgenoten en overige nauwe contacten gelijk te trekken. Dit betekent voor beide groepen het advies om zo snel mogelijk en op dag 5 te testen zonder klachten.

2. Sociaal Maatschappelijke Reflectie en maatschappelijk beeld en uitvoeringstoets

Voor de besluitvorming van 2 november 2021 is er, naast het epidemiologisch beeld en OMT-advies, opnieuw rekening gehouden met het maatschappelijk beeld volgens de inzichten van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), reflecties op de maatregelen volgen de inzichten van het SCP en de Ministeries van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (de «Trojka»). Ook zijn uitvoeringstoetsen uitgevoerd door andere departementen, de gedragsunit van het RIVM, de Nationale Politie, de veiligheidsregio's en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). De gedragsreflectie op het maatregelenpakket van het SCP en RIVM Corona Gedragsunit treft uw Kamer aan in de bijlagen⁶.

Maatschappelijk beeld en reflectie SCP

Het SCP geeft aan dat enkele sectoren, waaronder de culturele sector, de horeca en evenementenbranche hard zijn geraakt door de crisis en bijbehorende maatregelen. De vrijetijdsbesteding die deze gelegenheden bieden, zijn voor veel mensen belangrijke activiteiten die bijdragen aan ontplooiing, ontspanning, plezier en ontmoeting. Het vasthouden van de bezoekersnormen en sluitingstijden van de horeca brengt financiële gevolgen voor de getroffen sectoren met zich mee. Het SCP geeft aan dat er twijfels bestaan over de effectiviteit van deze maatregelen. Het SCP noemt het van belang dat het doel en de effectiviteit van bestaande maatregelen helder worden onderbouwd en inzichtelijk worden gemaakt. Zij refereren aan een onderzoek van de RIVM gedragsunit waaruit blijkt dat met name de hygiënemaatregelen nog altijd goed worden nageleefd. Afstand houden van anderen kan in de praktijk echter niet altijd worden gerealiseerd. Ook het

geldende thuiswerkadvies blijkt steeds lastiger in praktijk te brengen. Bijna zes op de tien deelnemers van het onderzoek zegt dat het lukt om voldoende afstand te houden, ruim vier op de tien lukt dat dus niet.

Volgens het SCP is het te verwachten dat de mensen die het hardst zijn geraakt door de crisis, in het najaar en de winter nog niet of onvoldoende hersteld zijn. Verdere negatieve gevolgen en ervaringen komen daar bovenop, stelt het SCP, en kunnen bovendien ook negatieve invloed hebben op het draagvlak en naleving vanuit deze groep. Het SCP geeft aan dat hoe restrictiever het pakket aan maatregelen is en hoe langer dit voortduurt, hoe lager het (gemiddeld) psychisch welbevinden van burgers, en hoe hoger de (gemiddelde) gevoelens van eenzaamheid. De hoge bezettingsgraad van coronapatiënten in de ziekenhuizen leidt tevens tot uitgestelde zorg met nadelige gevolgen voor zowel de gezondheid als kwaliteit van leven. Ook zijn een aantal groepen in de samenleving harder geraakt door de coronacrisis dan andere groepen. Het SCP wijst erop dat de sociaal-maatschappelijke gevolgen van de crisis zich minder snel herstellen dan de besmettingscijfers. Het is van belang de ontwikkeling in sociaal-maatschappelijke effecten in het oog te houden en rekening te houden met een mogelijk verhoogde vraag naar ondersteuning vanuit het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg – ook in de periode na de crisis.

Ten behoeve van het draagvlak in de samenleving, vertrouwen in de instituties en het bereiken van ongevaccineerde kwetsbare groepen benadrukt het SCP het belang van heldere, transparante communicatie en

⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

toegankelijke informatievoorziening. Ook beveelt het SCP aan dat er in de communicatie voldoende aandacht wordt besteed aan de betekenis van de gedeelde (en eigen) verantwoordelijkheid van mensen voor de gezondheid van zichzelf en anderen. Bij alle communicatie, zowel over maatregelen als over het vaccinatiebeleid, is het belangrijk aandacht te hebben hoe informatie iedereen bereikt en welke kanalen daarvoor gebruikt kunnen worden. De meer fundamentele boodschap over de uitlegbaarheid van besluiten en het belang van een betrouwbare overheid wordt volgens het SCP bevestigd door onderzoek van het RIVM naar de voorkeuren van mensen over mogelijke opschaling van maatregelen dit najaar. Hieruit komt naar voren dat er moet worden gekozen voor effectieve maatregelen, maatregelen die tot weinig negatieve (lange termijn) effecten leiden. Ook wordt hierin geadviseerd te kiezen voor generieke maatregelen die een specifieke groep of een specifiek gebied raken. Tot slot doet het SCP de aanbeveling te waken voor het stigmatiseren van bevolkingsgroepen waarbij voorkomen wordt dat gehele groepen – zoals op dit moment niet-gevaccineerden – worden weggezet als onwillig, onwetend of onverantwoordelijk. Het SCP adviseert de verschillende perspectieven en zorgen van mensen te erkennen en nadrukkelijk mee te nemen in de communicatie en informatievoorziening. Volgens het SCP zou dit kunnen voorkomen dat tegenstellingen tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden verder worden verscherpt en tot grotere spanning in de samenleving leidt.

Sociaal-maatschappelijke en economische reflectie Trojka

De sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de Ministeries van SZW, EZK en FIN geeft prioriteit aan het inzetten op maatregelen die tijdig, gericht en effectief bijdragen aan het tegengaan van overbelasting van de zorg. De Trojka adviseert in te zetten op maatregelen met zo laag mogelijke sociaal-maatschappelijke en economische kosten zoals betere naleving van maatregelen, het thuiswerkadvies, het advies om een veilige afstand te houden en het opnieuw verplichten van mondkapjes. De Ministeries van SZW, EZK en FIN benadrukken dat de verbreding van het CTB-regime naar het onderwijs en de werksfeer gepaard met grote sociaal-maatschappelijke en economische kosten.

De Trojka beveelt aan om in te zetten op het versterken van de naleving van het CTB, daar waar mensen kwetsbaar zijn of een lage immuniteitsgraad kennen. Zij adviseren dat de (lokale) overheid en ondernemers in CTB-sectoren gezamenlijk zouden kunnen optrekken ten behoeve van de naleving, waarbij ook het opleggen van sancties niet moet worden uitgesloten. Ook het inzetten op gedragsinterventies zou de naleving van de basisregels versterken. Daarmee kan worden voorkomen dat er zwaardere (sectorale) maatregelen worden genomen. Er wordt geadviseerd om het thuiswerkadvies aan te scherpen naar «werk waar mogelijk maximaal de helft van de werktijd op kantoor of locatie». Hiermee wordt ook ruimte gelaten aan werkgevers en werknemers die het advies letterlijk opvolgen. Vanuit sociaal-maatschappelijke en economisch perspectief is dit wenselijk om sociale isolatie te voorkomen en werkprocessen zo min mogelijk te verstoren. De sociaal-maatschappelijke en economische effecten van het verbreden van het CTB binnen de huidige door de wet aangewezen sectoren zijn relatief beperkt vanwege de beperkte schaal van doorstroomlocaties en terrassen. Op individueel niveau heeft het verbreden van de inzet van het CTB echter wel impact. De Trojka benadrukt dat het advies om overal waar mogelijk weer anderhalve meter afstand te houden, aanzienlijke sociaal-maatschappelijke en economische schade met zich meebrengt, omdat dit innig contact met naasten in de weg zou staan. Zij vinden het daarom wenselijk om een veilige afstand te adviseren. Een advies tot veilige afstand draagt bij aan het bewustzijn en kan daarmee ook als gedragsinterventie worden gezien. Het gebruik van

mondkapjes kan helpen in settings waar afstand houden moeilijk is of waar het CTB-regime niet van toepassing is. De inzet van mondkapjes heeft bovendien beperkte sociaal-maatschappelijke en economische effecten.

Tot slot brengen de Ministeries van SZW, EZK en FIN naar voren dat de sociaalmaatschappelijke en economische kosten van de verbreding van CTB naar werk en onderwijs groot zijn. Het CTB in het mbo en ho heeft tot gevolg dat grote groepen jongeren een hoge drempel tot toegang tot onderwijs opgelegd krijgen. Dit zal leiden tot schooluitval. Zij geven aan dat op de lange termijn de economische kosten van het uitblijven van onderwijs groot zijn. Voor wat betreft het vragen van een CTB in de werksfeer leidt dit mogelijk tot het uitvallen van werknemers in verschillende sectoren, waaronder in de zorg en de horeca. Voor werknemers die geen CTB willen overleggen is de maatschappelijke impact van uitbreiding zeer groot als zij daardoor hun werk niet meer kunnen uitoefenen. Naast genoemde uitbreiding van de CTB-inzet wordt ook de verbreding naar niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening voorbereid middels een wetswijziging. Een sociaal-maatschappelijke en economische reflectie hiervan is nog niet gedaan, deze zal worden opgeleverd ten behoeve van het volgende weegmoment. De Ministeries van SZW, EZK en FIN stellen daarbij dat de verbreding van CTB het gevoel van een tweedeling in de maatschappij vergroot. Tot slot geeft de Trojka aan dat de sociaal-maatschappelijke en economische kosten van regionale maatregelen verhoudingsgewijs kleiner zijn vanwege de kleinere schaal van ingrijpen.

3. Mogelijk verzwaarde maatregelen: verbrede inzet coronatoegangsbewijzen

In de inleiding van deze brief heb ik toegelicht welke dilemma's, als gevolg van de oplopende vaccinatiegraad, steeds meer aan de orde zijn in de samenleving. Deze dilemma's dwingen ons om na te denken over welke maatregelen effectief en doeltreffend zijn, zonder dat de hele samenleving er weer onder gebukt moet gaan. In de brief van 14 september jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 1422) heb ik uw Kamer aangegeven dat ik verkenningen uit zou voeren of en zo ja op welke wijze registratie dan wel coronatoegangsbewijzen in de relatie tussen werkgevers en werknemers gebruikt zouden kunnen worden. Dit vooral met het oog op het waarborgen van een veilige werkomgeving. De afgelopen weken heb ik hier samen met de Staatssecretaris van SZW gesprekken over gevoerd met de sociale partners op centraal niveau, vertegenwoordigers van werknemers en werkgevers in de voor bezoekers en klanten CTB-plichtige sectoren, en met werkgevers- en werknemersorganisaties in de zorg. Daarnaast heb ik het OMT om advies gevraagd ten aanzien van de voorgenomen verbredingen van de inzet van het CTB naar de werkplek. Een samenvatting van dit advies is opgenomen in de paragraaf OMT advies, eerder in deze brief. In zijn advies geeft het OMT aan dat inzet van het CTB effect kan hebben op de doorgifte van het virus, en dat gebruik van het CTB ook een gunstige invloed heeft op te verwachten ziekenhuisopnamen. De verbrede inzet van het CTB past ook binnen de doelstellingen van het kabinetsbeleid: het beheersbaar houden van de druk op de zorg, het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving, zicht houden op het virus en aandacht voor structurele maatschappelijke en economische schade en voorkomen dat de lasten onevenredig neerslaan bij bepaalde groepen.

Op basis van het OMT en de gevoerde consultatiegesprekken, heeft het kabinet ervoor gekozen om registratie van de vaccinatie- en herstelstatus van werknemers in de zorg vooralsnog niet mogelijk te maken. Het

kabinet kiest er voor om wetswijzigingen in procedure te brengen om de inzet van coronatoegangsbewijzen te verbreden. Om verbrede inzet van het coronatoegangsbewijzen mogelijk te maken, bereidt het kabinet een aantal wetswijzigingen voor om de tijdelijke bepalingen in hoofdstuk Va van de Wet publieke gezondheid (Wpg) uit te breiden met de mogelijkheid om bij het treffen van maatregelen ter bestrijding van Covid-19 regels te kunnen stellen over het tonen van een CTB. De volgende wetswijzigingen zijn in voorbereiding:

- Het aanwijzen van niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening als CTB-plichtige sectoren. Hiermee kan aan bezoekers een CTB gevraagd worden in bijvoorbeeld winkels die niet zien op de verkoop van primaire levensbehoeften en bij pret- en dierenparken.
- Het creëren van de mogelijkheid om voor sectoren waar een CTB momenteel verplicht is voor bezoekers en deelnemers, een CTB ook verplicht te stellen voor werknemers.
- Het creëren van de mogelijkheid (zonder verplichting) om werkgevers in alle sectoren en werksituaties de bevoegdheid te geven om hun werknemers onder voorwaarden te vragen een CTB te tonen.
- Het creëren van de mogelijkheid (zonder verplichting) om zorginstellingen de bevoegdheid te geven om hun bezoekers onder voorwaarden te vragen een CTB te tonen voor het verlenen van toegang tot de zorginstelling.

De urgentie om deze wetswijzigingen voor te bereiden wordt mede gecreëerd door het huidige, verslechterende beeld van het verloop van de Covid-19 epidemie. Er is sprake van een veranderde situatie ten opzichte van het voorjaar, toen slechts een klein gedeelte van de mensen gevaccineerd en daarmee beschermd was. De inzet van het CTB, zoals eerder beschreven, heeft als nadrukkelijke doel om gericht risico's te mitigeren en daarmee een (gedeeltelijke) (her)sluiting van de hele samenleving te voorkomen. Het kabinet wil er voor zorgen dat de gereedschapskist aan maatregelen goed genoeg gevuld is zodat snel en adequaat maatregelen kunnen worden genomen als de epidemiologische situatie daarom vraagt.

Afhankelijk van het verloop van de epidemie, wordt besloten of, en zo ja op welke wijze, bovengenoemde wetswijzigingen verder in gang worden gezet. Het is belangrijk om deze verzwaarde maatregelen gereed te hebben en in te kunnen zetten op het moment dat de epidemiologische situatie hierom vraagt. Het kabinet zal hierover besluiten bij het volgende weegmoment, mede op basis van een volgend advies van het OMT. Ik ga hierover uiteraard tijdig in gesprek met uw Kamer.

4. Maatregelen

Zoals uw Kamer bekend zijn de doelstellingen van het kabinet ongewijzigd: een acceptabele belasting van de zorg, het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving en het zicht houden op het virus. Het OMT adviseert in haar 128^e advies om zo spoedig mogelijk maatregelen te nemen om de toename van de ziekenhuis- en IC-opnames te keren en deze in de tijd te spreiden. Dit zorgt er voor dat de zorgcapaciteit en toegankelijkheid in brede zin voor zowel patiënten binnen de reguliere zorg als voor COVID-19-patiënten geborgd blijft. Het kabinet neemt dit advies over en ziet aanleiding om aanvullende maatregelen te nemen. Bij de besluitvorming ten aanzien van het maatregelenpakket zijn verschillende factoren meegewogen. Zo adviseert het OMT dat maatregelen effectief dienen te zijn in het tegengaan van de verspreiding van het virus in het huidige epidemiologische beeld, dienen deze zo spoedig mogelijk ingevoerd te kunnen worden en op relatief korte termijn effect te hebben. Daarnaast dient er in het pakket een balans te zijn tussen enerzijds het niet onnodig treffen van gevaccineerden en anderzijds het niet «bestraffend»

zijn voor ongevaccineerden. Daarbij dienen maatregelen op zoveel mogelijk draagvlak te kunnen rekenen zodat deze niet onnodige polarisatie en radicalisering aanwakkeren. Vanzelfsprekend worden bij deze afweging de grondrechten, sociaal, maatschappelijke en economische effecten, de uitvoeringstoetsen op de maatregelen door andere departementen, de gedragsunit van het RIVM, de Nationale Politie, inspecties, veiligheidsregio's en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten meegewogen in de besluitvorming.

Dit heeft geleid tot een pakket aan maatregelen dat enerzijds bestaat uit aanvullende maatregelen ten behoeve van verhoging van de beschikbare IC-capaciteit en de vaccinatiegraad. Hierover treft u een toelichting in de paragraaf Zorg voor patiënten in de keten van deze brief. Anderzijds heeft het kabinet gekozen voor een verzwaring van het maatregelenpakket ten behoeve van het onmiddellijk beperken van het verspreidingsrisico. Deze verzwaring bestaat uit aanscherping van adviezen, verbreding van de inzet van CTB en het opnieuw invoeren van een mondkapjesplicht.

Daarnaast heeft het kabinet besloten tot het starten van wetgevingstrajecten die kunnen voorzien in het verder uitbreiden van het CTB naar werk, zorg en de niet-essentiële detailhandel en dienstverlening. Met deze maatregelen wil het kabinet op proportionele wijze de doelstellingen behalen. Cruciaal hierbij is een goede naleving, communicatie en handhaving. In een separate brief die u heden zal ontvangen gaat de Minister van Justitie en Veiligheid nader in op de naleving, controle en handhaving.

Benadrukking en aanscherping adviezen

Met onmiddellijke ingang wordt een aantal adviezen benadrukt en aangescherpt. In lijn met het OMT-advies benadrukt het kabinet nogmaals het belang van het naleven van de basis- en bronmaatregelen: blij thuis bij klachten en laat je zo snel mogelijk testen, ga in quarantaine na een positieve test, handen wassen, geen handen schudden en zorg voor voldoende frisse lucht. Daarnaast wordt het afstandsadvies aangescherpt van «Geef elkaar de ruimte» naar «1,5 meter is een veilige afstand, bescherm jezelf en anderen». Ook wordt het thuiswerkadvies aangescherpt naar «werk minstens de helft van de tijd thuis». Werkgevers en werknemers dienen hierbij verantwoordelijkheid te nemen om afspraken te maken over een passende verdeling, met inachtneming van de basisregels en spreiding in de bezetting, tussen het thuis werken en het op locatie werken. Werkgevers hebben hierbij oog voor het welzijn van werkenden. Tot slot wordt het binnenlands reisadvies geherintroduceerd: «Mijd drukte onderweg en reis buiten de spits».

Verder wil het kabinet het zelftestadvies nogmaals onder de aandacht brengen. Momenteel is het advies om een zelftest af te nemen na thuiskomst van vakantie, na een risicovolle activiteit (bijv. evenementen en nachthoreca), en als je als niet-immune leerling of medewerker naar het vo, mbo of ho gaat. Vanzelfsprekend geldt dit ook voor niet-immune medewerkers van het po.

Verzwaring maatregelenpakket ten behoeve van beperken van het verspreidingsrisico

Het kabinet heeft zoals gezegd besloten tot een verzwaring van het maatregelenpakket, welke onderstaand wordt toegelicht. Op 12 november 2021 heeft het kabinet een weegmoment voorzien. Vanzelfsprekend staat de ontwikkeling van de ziekenhuis- en IC-opnames daarbij centraal. Daarbij is er dan ook meer zicht of de vandaag afgekondigde maatregelen

een positief effect hebben op het gedrag en de naleving, en daarmee op de prognoses van de ontwikkeling van het virus.

Verbreden inzet CTB

Per 6 november 2021 wordt het gebruik van CTB's verbreed. Allereerst wordt de uitzondering voor doorstroom van publiek voor cultuur en evenementen opgeheven. Dat betekent dat bijvoorbeeld bezoekers aan musea, kermissen en bepaalde sportevenementen CTB-plichtig worden. Daarnaast zullen buitenterrassen, publiek bij amateursport en sport-, kunst & cultuurbeoefening onder het CTB-regime geschaard worden.

Eerder heeft uw Kamer de motie van het lid Kuiken c.s.⁷ aangenomen waarin het kabinet werd opgeroepen om buitenterrassen uit te zonderen van de CTB-plicht. Het kabinet heeft daar destijds gehoor aangegeven door de buitenterrassen inderdaad uit te zonderen van de CTB-plicht. Met het huidige epidemiologische beeld acht het kabinet het, in lijn met het OMT-advies, niet langer verantwoord om deze uitzondering te handhaven. Daarom heeft het Kabinet besloten om die uitzondering in te trekken, waardoor een CTB ook verplicht wordt op de buitenterrassen.

Daarnaast werd het kabinet, middels de motie van de leden Kuiken en Paternotte⁸, ook opgeroepen om geen CTB-plicht in te voeren bij het afhalen van eten en drinken. Het kabinet heeft gehoor gegeven aan die motie door het afhalen van eten en drinken uit te zonderen van de CTB-plicht. Deze uitzondering blijft gehandhaafd.

Uitzonderingen CTB plicht

Het kabinet heeft gemeend een aantal uitzonderingen te moeten maken op de CTB plicht. Dit is het geval bij de beoefening van sport, kunst en cultuur voor jeugd tot en met 17 jaar. Rekening houdend met het feit dat de meeste sportverenigingen- en clubs in grote mate afhankelijk zijn van vrijwilligers voor onder meer de controle en uitvoering van de CTB-plicht, is ervoor gekozen om ook voor publiek bij amateurwedstrijden (niet zijnde wedstrijden in de eredivisie en topsporten) en in de bij eet- en drinkgelegenheden behorende bij sportaccommodaties dezelfde leeftijdsgrens te hanteren. Ook in deze gevallen geldt een CTB-plicht voor personen vanaf 18 jaar.

Daarnaast zijn georganiseerde jeugdactiviteiten tot en met 17 jaar, zoals een Sinterklaasintocht, uitgezonderd van de CTB-plicht voor deelnemers tot en met 17 jaar en hun begeleiders.

Eveneens zal er geen CTB-plicht gelden bij uitvaarten, op warenmarkten, bij de reguliere exploitatie van bibliotheken en bij de reguliere exploitatie van buurt- en wijkcentra (zoals dagbesteding). Deze uitzondering geldt ook voor publiek bij kunst- en cultuurvertoning in het kader van onderwijsactiviteiten. In het kader van onderwijsactiviteiten gelden ook uitzondering voor de beoefening van sport en kunst- en cultuur. Tot slot worden ook topsporters uitgezonderd van de CTB-plicht die per 6 november 2021 gaat gelden voor sportbeoefening.

Verdere verbreding inzet CTB door middel van wetgevingstrajecten

Het kabinet heeft vandaag in aanvulling op de bovenstaande maatregelen besloten om een aantal maatregelen voor te bereiden die zien op een verdere verbreding van de inzet van CTB's. Het gaat hierbij in eerste

⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1427.

⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1428.

instantie om het mogelijk maken van de inzet van CTB's in de niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening. Daarnaast worden wetswijzigingen voorbereid om de inzet van het CTB mogelijk te maken in werk en zorg. Afhankelijk van het verloop van de epidemie, besluit het kabinet op een nader moment welke van deze wetswijzigingen verder in gang worden gezet. Het kabinet zal hierover besluiten bij het hierboven genoemde weegmoment op 12 november 2021. In paragraaf 3 van deze brief ben ik hier reeds nader op ingegaan.

Technische wijziging Twm t.b.v. uitzondering CTB voor zeemanshuizen

Van de gelegenheid maakt het kabinet tevens gebruik om een aantal technische wijzigingen in de Twm door te voeren. Gezien het belang van de zeemanshuizen voor het welzijn van zeevarenden door onder meer het aanbieden van een plek voor ontspanning aan wal, de mogelijkheid om basisartikelen aan te schaffen en in contact te komen met andere zeevarenden en familie, wordt er een uitzondering op de CTB-plicht voor zeemanshuizen geïntroduceerd. Deze wijziging wordt per 10 november 2021 van kracht.

Mondkapjesplicht

Per 6 november 2021 wordt de bestaande mondkapjesplicht uitgebreid. De mondkapjesplicht geldt reeds in (de voertuigen van) het OV, in vliegtuigen en op luchthavens vanaf de security. Vanaf 6 november 2021 moet ook weer een mondkapje worden gedragen in alle publieke binnenruimten zoals detailhandel en bibliotheken, bij contactberoepen door zowel klant als aanbieder en op stations, halteplaatsen, of andere bij het openbaar vervoer behorende voorzieningen en de daarbij behorende perrons, trappen tunnels en liften en op de gehele luchthaven. De mondkapjesplicht geldt, alleen bij verplaatsing, ook in instellingen voor het beroepsonderwijs en hoger onderwijs. Ook roep ik zorgwerkgevers op het belang van mondkapjes in de zorg te blijven benadrukken.

Het kabinet heeft een aantal uitzonderingen op de mondkapjesplicht gecreëerd. Situaties waar de CTB-plicht geldt, zoals horeca, zijn uitgezonderd van de mondkapjesplicht. Ook is er geen plicht in besloten plaatsen zoals religieuze instellingen en kantoren. Daarnaast worden ook de overige uitzonderingen die bestonden bij de eerdere mondkapjesplicht, zoals bij gezichtsbehandelingen en tijdens het sporten, opnieuw opgenomen in de regeling.

5. Tijdelijke wet maatregelen COVID-19

Verlenging Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 (Twm)

Proces omtrent verlenging Twm

Met de inwerkingtreding van de Twm op 1 december 2020 is een nieuw hoofdstuk Va aan de Wet publieke gezondheid (Wpg) toegevoegd. Dit hoofdstuk bevat de wettelijke basis voor beperkende maatregelen specifiek ter bestrijding van de epidemie van COVID-19 of een directe dreiging daarvan (artikel 58b, eerste lid, Wpg). De Twm vervalt van rechtswege na drie maanden, tenzij de werkingsduur van deze wet tijdig wordt verlengd. Op de verlengingssystematiek wordt hieronder nader ingegaan. De geldingsduur van (het merendeel van de bepalingen van) de Twm is inmiddels driemaal met drie maanden verlengd, waardoor de Twm tot 1 december 2021 van kracht is. De regering is gezien de 127^e en 128^e adviezen van het OMT voornemens de geldingsduur van de Twm, op twee bepalingen na, nogmaals met drie maanden te verlengen, derhalve

tot 1 maart 2022. De geldingsduur van de artikelen 58j, eerste lid, onderdeel c, Wpg (reguleren gebruik publiek toegankelijke voorzieningen) en 58j, eerste lid, onderdeel e, Wpg (reguleren alcoholverbod) wordt in overeenstemming met advies van het OMT niet verlengd.

Verlenging van de geldingsduur van (bepalingen van) de Twm vindt plaats bij koninklijk besluit (artikel VIII, derde lid Twm). Onderdelen uit de Twm die niet worden verlengd, vervallen daarmee automatisch. Voorafgaand aan de vaststelling van een koninklijk besluit wordt de afdeling Advisering van de Raad van State gehoord over de geldende maatregelen (artikel 58t Wpg). Na plaatsing in het Staatsblad van een vastgesteld koninklijk besluit, dient onverwijld een voorstel van wet tot goedkeuring van dat koninklijk besluit te worden ingediend (artikel VIII, vierde lid, Twm). Deze nahangprocedure is, sinds de inwerkingtreding op 17 juli 2021 van de wet waarmee bepalende zeggenschap van beide Kamers over verlenging van de Twm werd geregeld, voorgeschreven in de Twm.⁹ Deze wet beoogt beide Kamers van de Staten-Generaal het wettelijk recht te geven om een bij koninklijk besluit vastgestelde verlenging ongedaan te maken en daarmee de werkingsduur van de Twm definitief te beëindigen.¹⁰ Indien de Tweede of de Eerste Kamer een wetsvoorstel houdende goedkeuring van een koninklijk besluit tot verlenging van de geldingsduur van (bepalingen van) de Twm, binnen de verlengingstermijn verwerpt, vervallen met vrijwel onmiddellijke ingang alle bepalingen waarvan de werkingsduur bij koninklijk besluit werd verlengd.¹¹ In deze nahangprocedure wordt anders dan voorheen in de Twm werd voorgeschreven, geen ontwerp van het koninklijk besluit voorgehangen bij beide Kamers. Evenwel hecht het kabinet eraan om uw Kamer vroegtijdig te betrekken bij de verlenging van de Twm. Daartoe dient dit onderdeel van deze brief.

Systematiek verlenging Twm

Voor alle bepalingen in hoofdstuk Va van de Wpg geldt dat ze tijdelijk van aard zijn, omdat bij de totstandkoming van de Twm onvoorzienbaar was hoe de epidemie en de bestrijding ervan zouden verlopen. Voor de verlengingsbevoegdheid van de regering en de wetgever geldt dat deze slechts mag worden toegepast voor zover dat noodzakelijk (en evenredig is) is voor bestrijding van de epidemie van COVID-19 of een directe dreiging daarvan in het Europees deel van Nederland, respectievelijk het Caribisch deel van Nederland.

Als bepalingen van de Twm zijn vervallen, is dat een voldongen feit. Bepalingen die zijn vervallen, kunnen niet bij koninklijk besluit weer worden «aangezet». Indien naderhand blijkt dat een vervallen bepaling toch nog of weer nodig is, moet een nieuw wetstraject worden opgestart waarbij die bepaling wederom in wetgeving wordt vervat. Zolang het verloop van de epidemie en de volgende fase moeilijk te voorspellen zijn, is terughoudendheid bij het laten vervallen van de bepalingen daarom geïndiceerd. Dit geldt in het bijzonder omdat er bepalingen in de Twm staan die de grondslag vormen om bij ministeriële regeling verschillende specifieke maatregelen te nemen. Deze grondslagen worden gebruikt voor diverse maatregelen. Ook is het belangrijk te onderkennen dat de grondslagen steeds gelden voor zowel Europees als Caribisch Nederland. Een besluit tot het al dan niet verlengen van een bepaling betreft de

⁹ Wet van 14 juli 2021 tot wijziging van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 in verband met regeling van het vereiste van goedkeuring bij wet van een koninklijk besluit tot verlenging als bedoeld in artikel VIII, derde lid, van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19. Stb. 2021, nr. 359.

¹⁰ Kamerstuk 35 874, nr. 3, p. 1.

¹¹ De bepalingen vervallen met ingang van de tweede dag nadat het wetsvoorstel is verworpen (artikel VIII, vijfde lid Twm).

gehele grondslag en kan niet toegespitst worden op de hieruit voortvloeiende afzonderlijke maatregelen in de ministeriële regeling of op alleen Europees dan wel Caribisch Nederland.

Het is tevens van belang te benadrukken dat verlenging van een bepaling van de Twm niet automatisch betekent dat ook de op grond van die bepaling vastgestelde beperkende maatregelen worden verlengd en dus blijven gelden. Het is mogelijk om de werkingsduur van bepalingen van de Twm te verlengen zolang een directe dreiging van een COVID-19 epidemie bestaat, terwijl de maatregelen in de ministeriële regeling, die op die wettelijke bepalingen zijn gebaseerd, zijn ingetrokken en dus op dat punt geen beperkingen meer gelden. Op basis van deze «slapende» bepalingen kunnen bij ministeriële regeling en bij AMvB wel met de nodige snelheid weer maatregelen getroffen worden, indien onverhoopt de epidemiologische situatie daartoe zou nopen.

Verlenging Twm tot 1 maart

Met de huidige immuniteitsgraad (dd. 11 oktober 2021) geeft het OMT in zijn advies naar aanleiding van het 127^e OMT (Kamerstuk 25 295, nr. 1464) aan dat de orde van grootte van het aantal personen voor wie vanwege een SARS-CoV-2-infectie opname in een ziekenhuis nodig zal zijn, geschat is op ruim 23 duizend. Het aantal mensen waarvoor IC-opname nodig is vanwege COVID-19 wordt geschat op ongeveer 4.800. Om de druk op de zorg beheersbaar te houden, is het daarom zaak de besmettingen te spreiden in de tijd, zodat de zorgvraag als gevolg van deze besmettingen niet de zorgcapaciteit overstijgt. Het OMT adviseert noch op korte termijn maatregelen te versoepelen, noch op langere termijn de mogelijkheid te laten vervallen om maatregelen in te kunnen stellen. Het OMT adviseert dit gezien het geschetste beeld van het verloop van de epidemie, het aantal meldingen, de Rt-waarde en de modellen over de verwachting van de ziekenhuis- en IC-opnames (zoals hierboven beschreven) en de onzekerheden door het uiteenlopen van de prognosemodellen die zowel gelden voor de korte termijn, als in grote lijnen voor de lange termijn. Het OMT geeft in zijn advies naar aanleiding van het 128^e OMT, van 1 november 2021, aan dat er zo spoedig mogelijk aanvullende maatregelen nodig zijn om de toename van de ziekenhuis-, en daarmee IC-opnames, te keren. Deze aanvullende maatregelen moeten, zo geeft het OMT aan, genomen worden om de transmissie van het virus af te remmen.

Het 127^e OMT-advies is voor het kabinet aanleiding om te constateren dat vanaf 1 december 2021 in ieder geval sprake is van een directe dreiging van de COVID-19-epidemie, waardoor in de winter van 2021/2022 maatregelen noodzakelijk kunnen zijn ter afwending van die dreiging. Het kabinet acht het, indachtig het OMT-advies, noodzakelijk om de werkingsduur van de bepalingen van de Twm te behouden (behoudens de artikelen 58j, eerste lid, onderdeel e Wpg en 58j, eerste lid, onderdeel c, Wpg), zodat deze winter, indien noodzakelijk, op basis van de aldus in stand gehouden bepalingen met de nodige snelheid maatregelen getroffen kunnen worden. Ook dan blijft gelden dat maatregelen enkel worden genomen indien dat noodzakelijk is en evenredig aan het beoogde doel (artikel 58b, tweede lid, Wpg). Of en welke maatregelen nodig zijn bij een opleving in de winter zal worden beoordeeld aan de hand van de dan actuele (epidemiologische) situatie. Het kabinet laat zich hierin adviseren door het OMT en er vindt een sociaalmaatschappelijk economische reflectie plaats.

Het 127^e OMT-advies is voor het kabinet ook aanleiding om de werkingsduur van twee artikelen niet te verlengen. Het gaat hier om de artikelen die zien op het gebruik van publiek toegankelijke voorzieningen en het alcoholverbod. Over beide artikelen merkt het OMT in zijn 127^e advies op dat deze kunnen vervallen. Artikel 58j, eerste lid, onderdeel e, Wpg geeft de grondslag om maatregelen te kunnen treffen omtrent alcoholhoudende drank. Bij de derde verlenging van bepalingen van de Twm is deze grondslag voornamelijk gecontinueerd om eventuele maatregelen te kunnen treffen teneinde te voorkomen dat een waterbed-effect ontstaat door verplaatsing van drukte van publieke plaatsen, bijvoorbeeld in de horeca, naar openbare plaatsen. De regering interpreteert het OMT-advies op dit punt aldus dat deze maatregel niet meer noodzakelijk is, ook niet bij oplevingen van het virus in de aankomende winterperiode. Artikel 58j, eerste lid, onderdeel c, Wpg geeft daarnaast een grondslag om het gebruik van voorzieningen die voor het publiek toegankelijk zijn, zoals openbare toiletvoorzieningen, te kunnen reguleren. In het OMT-advies wordt geadviseerd om deze grondslag te laten vervallen. Verwacht wordt dat de grondslag voor maatregelen op publieke plaatsen en voor evenementen zullen blijven voldoen om eventueel noodzakelijke maatregelen te treffen voor publiek toegankelijke voorzieningen. Bij het laten vervallen van de hiervoor genoemde bepalingen volgt het kabinet dan ook dit advies van het OMT.

In de nota van toelichting bij het koninklijk besluit over de verlenging van de Twm zal, conform mijn toezegging aan het lid Bikker, per wetsartikel nader worden toegelicht waarom het wordt behouden.

6. Doorontwikkeling Dashboard en update rioolwatermonitoring

Indicatoren en signaalwaarden

In het kader van de Aanpak Najaar, waarover uw Kamer op 14 september¹² en 12 oktober jl.¹³ is geïnformeerd, is een nieuwe landelijke inschalingssystematiek in werking getreden. In de nieuwe inschalingssystematiek geldt dat door middel van een risiconiveau uitdrukking wordt gegeven aan de druk op de zorg door patiënten met COVID-19. Afhankelijk van het 7-daagsgemiddelde van het aantal ziekenhuisopnames en het aantal IC-opnames, vindt inschaling plaats in een risiconiveau (waakzaam, zorgelijk of ernstig). Deze inschaling vindt wekelijks plaats en geeft de kwantitatieve druk op de zorg aan door patiënten met COVID-19. Voor de berekeningen van het 7-daagsgemiddelde van het aantal ziekenhuisopnames en het aantal IC-opnames, wordt uitgegaan van de cijfers van Stichting NICE. De meest recente dagen tellen niet mee in het gemiddelde, omdat de cijfers over deze dagen nog niet compleet zijn.

Ik heb als onderdeel van de Aanpak Najaar aan het RIVM voorgelegd in hoeverre het mogelijk is om mij te adviseren over de verhouding tussen het aantal ziekenhuisopnames dat de zorg aankan en het besmettingsniveau dat daarbij hoort. Het RIVM heeft mij laten weten dat dit op dit moment niet goed mogelijk is in verband met de waargenomen en te verwachten veranderingen in het testbeleid en de testbereidheid. Ik blijf hierover in overleg met het RIVM. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan Kamerlid Gündoğan gedaan in het debat van 18 augustus jl.

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 1464.

Sinds de lancering in juni 2020, levert het Coronadashboard een belangrijke bijdrage aan het zicht houden op de ontwikkeling van het coronavirus. Het verloop van de pandemie is steeds bepalend geweest voor de inzet van het dashboard. Sinds de laatste «stand van zakenbrief» van 14 september jl.¹⁴ is een aantal nieuwe indicatoren aan het dashboard toegevoegd¹⁵.

De focus is verschoven van besmettingscijfers naar indicatoren die de druk op de zorg monitoren. Daarmee sluit het dashboard aan bij de Aanpak Najaar. Op de actueel-pagina worden nu de 7-daagsgemiddelden van de ziekenhuis- en IC- opnames getoond en is de vaccinatiegraad te zien. Aangezien in de Aanpak Najaar wordt gewerkt met een landelijk risiconiveau in plaats van regionale risiconiveaus, is ook deze wijziging doorgevoerd op het dashboard. Tevens is in de zomer een varianten-pagina toegevoegd, waarmee we zicht houden op de verschillende mutanten van het virus.

Op het gebied van vaccinaties is ook een aantal vernieuwingen doorgevoerd. Het dashboard toont de totale vaccinatiegraad en de vaccinatiegraad per leeftijdsgroep, gemeente en veiligheidsregio. De cijfers zijn uitgesplitst in een percentage opkomst 1^e prik en een percentage volledig gevaccineerd. Nu iedereen de mogelijkheid heeft gehad om zich te laten vaccineren en er nog voldoende vaccins zijn voor mensen in Nederland, die zich alsnog willen laten vaccineren, is bepaalde informatie minder relevant. Daarom is een aantal grafieken gearhiveerd. De informatie blijft beschikbaar, maar wordt niet meer geactualiseerd.

Rioolwatermonitoring

In mijn brief van 18 juni jl.¹⁶ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van de intensivering van de rioolwatersurveillance in het kader van het Programma Nationale Rioolwatermonitoring. De inzet voor 2021 was om toe te werken naar dagelijkse bemonstering van alle rioolwaterzuiveringsinstallaties (RWZI's) en de relevante monsters te analyseren. Op 14 september jl. heb ik van het RIVM het advies ontvangen dat, als nadere invulling van «relevante monsters», maximaal vier analyses per RWZI per week voldoende zijn om virustrends in het rioolwater vroegtijdig te signaleren. Het RIVM acht frequentere analyses en daarmee de inzet van meer middelen met de huidige kennis niet doelmatig. In overleg met de betrokken partijen van dit programma heb ik dit advies opgevolgd. Met vier analyses kan rioolwatersurveillance dienen als monitoringsindicator, zoals is opgenomen in de Aanpak Najaar. De stijging van de hoeveelheid virus in het riool was vroegtijdig waar te nemen en is gebruikt voor de duiding van de epidemie. Op dit moment analyseert het RIVM drie monsters per week per RWZI. De huidige planning is dat dit per 1 december 2021 wordt opgeschroefd naar vier monsters per week. Dit is enige vertraging ten opzichte van de planning die ik met uw Kamer in de brief van 6 juli jl.¹⁷ heb gedeeld.

Naast dat rioolwatermonitoring wordt ingezet als landelijke monitoringsindicator, wordt rioolwaterdata gebruikt om lokale trends te signaleren. Hiertoe heeft het RIVM samen met de GGD'en een lokaal stappenplan

¹⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

¹⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

¹⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1297.

¹⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1356.

ontwikkeld¹⁸. Dit stappenplan gebruiken GGD'en om de rioolcijfers lokaal te duiden en passende acties te nemen bij bepaalde trends, bijvoorbeeld als er sprake is van een (her)opleving van het virus. Op de korte termijn volgt een eerste evaluatie van dit stappenplan door de betrokken partijen.

7. Technische uitvoering coronatoegangsbewijzen

Coronatoegangsbewijzen

Gevolgen behouden coronatoegangsbewijzen na een positieve test

Ik zie het als de eigen verantwoordelijkheid van mensen om thuis te blijven als je positief getest bent en de eerder uitgegeven QR-code dan niet te gebruiken voor toegang, want als je besmet bent blijf je thuis. Dat is een van de basisregels en daarmee voorkom je dat je anderen besmet. Als iedereen zich aan deze afspraak houdt, zie ik geen reden om de QR-code in te trekken. Het is te vergelijken met een rijbewijs. Dat geeft aan dat je bevoegd bent om auto te rijden, maar niet onder alle omstandigheden, bijvoorbeeld als je een gebroken been hebt. Zo geeft het vaccinatiebewijs aan dat je gevaccineerd bent, het is niet logisch dat in te trekken. Maar dit ontslaat je niet van de plicht om je verantwoordelijkheid te nemen.

Bovendien kan een coronatoegangsbewijs dat op basis van een volledige vaccinatie is afgegeven niet worden ingetrokken zonder afbreuk te doen aan de hoge eisen van gegevensbescherming die ik heb gesteld aan het ontwikkelen van de CoronaCheck-app.

Bij de ontwikkeling van het Nederlandse CTB (zowel digitaal in de CoronaCheck-app als ook geprint op papier) is een afweging gemaakt in de balans tussen de bescherming van persoonsgegevens en het tegengaan van misbruik. In die afweging heb ik uw Kamer in februari van dit jaar meegenomen.¹⁹ De CoronaCheck-app is ontwikkeld volgens de principes van privacy- en security by design waarbij verschillende maatregelen zijn getroffen om de privacy van burgers te borgen. In het geval van een Nederlands coronatoegangsbewijs zijn bijvoorbeeld slechts summiere persoonsgegevens opgenomen in de QR-code, is de bron van het bewijs (een vaccinatie, een test of een doorgemaakte COVID19-infectie) niet zichtbaar en zijn mensen ook niet te volgen waar ze hun QR-code laten zien. Daarbij zijn de gegevens alleen op de telefoon van de gebruiker beschikbaar nadat deze zelf zijn opgehaald en kan de app zonder verbinding met het internet worden gebruikt.

Deze ontwerpkeuzes staan automatisch intrekken van codes in de weg. Intrekken kan daarnaast ook niet over de volle breedte omdat op papier uitgegeven coronatoegangsbewijzen niet ingetrokken kunnen worden. Wel zou, in theorie, aan de kant van de scanner een controle kunnen plaatsvinden om betreffende QR-code als ongeldig aan te merken. Om dat mogelijk te maken moeten coronatoegangsbewijzen technisch zo aangepast worden dat elk bewijs aan een specifiek persoon te koppelen is. Dit leidt ertoe dat kwaadwillenden CoronaCheck gebruikers kunnen gaan volgen. Ook is het nodig dat de positieve testresultaten in een of andere vorm beschikbaar gemaakt worden voor alle scanners. Dat kan op twee manieren, namelijk door alle testresultaten aan alle scanners te distribueren of de scanner bij elke controle een database te laten raadplegen waarmee altijd een verbinding met internet beschikbaar moet zijn.

¹⁸ Rioolcijfers inzetten voor bestrijding COVID-19 | LCI richtlijnen (rivm.nl).

¹⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 995.

Testresultaten beschikbaar stellen heeft het risico dat positieve testresultaten in verkeerde handen komen.

De Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit doet nu bijvoorbeeld onderzoek naar een mogelijk datalek bij een bepaalde versleutelde lijst met ruim 39.000 codes die gebruikt wordt om QR-codes te blokkeren bij scannen. De voordelen van het wel kunnen intrekken van bewijzen wegen voor mij niet op tegen de nadelen hiervan en risico's die daarbij ontstaan.

Dus als je positief getest bent – ook na volledige vaccinatie – blijf je thuis. Die maatregel gold vanaf het begin van deze crisis en nu nog net zo.

Vaccinatiebewijs voor mensen die in Nederland woonachtig zijn maar geheel of gedeeltelijk elders binnen de Europese Unie (EU) zijn gevaccineerd

Volgens de Europese verordening over het EU Digitaal Corona Certificaat (DCC) zijn lidstaten verplicht om automatisch of op verzoek van de gevaccineerde een DCC te verstrekken aan mensen die binnen hun lidstaat worden gevaccineerd. Toch zijn er signalen dat Nederlandse burgers die elders binnen de EU zijn gevaccineerd daar geen DCC krijgen. Het gaat hierbij om mensen die een eerste vaccinatie in Nederland en een tweede vaccinatie in een andere lidstaat hebben gekregen, maar ook om mensen die beide vaccinaties in een ander lidstaat hebben gekregen. Voor de mensen die hun 1^e prik elders maar hun 2^e prik in Nederland hebben gekregen wordt dit moment door de GGD gewerkt aan een technische oplossing die ervoor zorgt dat er toch een volledig vaccinatiebewijs kan worden afgegeven. Deze is naar verwachting half november werkzaam.

Ik verwacht dat in de loop van de tweede helft van november ook een oplossing is gerealiseerd voor mensen die woonachtig zijn in Nederland maar elders in Europa zijn gevaccineerd. Binnen de juridische kaders die de EU-verordening over het DCC biedt, zouden deze mensen dan een CTB kunnen krijgen op basis van de vaccinaties die zijn gezet elders in de EU. Uw Kamer ontvangt hiervoor zo spoedig mogelijk een aanpassing van Tijdelijke Regeling Maatregelen COVID-19. Ik zal dit vraagstuk daarom ook agenderen in EU-verband, met als inzet dat op basis van de verordening ook een DCC uitgegeven kan worden aan Nederlanders die geen DCC kunnen krijgen in de lidstaat waar ze zijn gevaccineerd.

Vaccinatiebewijs voor mensen die deelnemen aan klinische trials

Een bijzondere aandachtsgroep in dit kader zijn personen in Nederland die hebben meegedaan aan vaccinonderzoeken. De deelnemers hebben hiermee een zeer belangrijke bijdrage aan de wetenschap geleverd. Deze groep valt uiteen in verschillende subgroepen. Allereerst mensen die tijdens het onderzoek niet of niet volledig gevaccineerd zijn en daarmee onvoldoende beschermd tegen COVID-19, hebben zich inmiddels in overleg met hun onderzoekers via de reguliere weg via de GGD kunnen laten vaccineren. Op basis daarvan kan men een reguliere DCC en CTB verkrijgen. Daarnaast zijn er de deelnemers die tijdens en/of na het onderzoek als volledig beschermd zijn beoordeeld door de onderzoekers. Via de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek is gebleken dat het maar om een beperkt aantal mensen gaat (minder dan 5% van de in totaal 3131 deelnemers) in Nederland. Hoewel ook deze groep te allen tijde een aanvullende vaccinatie kan halen bij de GGD waarmee ze zowel een DCC als een CTB kunnen ontvangen, ben ik voornemens een CTB op basis van hun vaccinatie uit te geven. Omdat het in deze gevallen gaat om een niet door de EMA of WHO goedgekeurd (trial)vaccin vergt dit aanpassing van nationale regelgeving (Tijdelijke Regeling Maatregelen COVID-19). Ik heb dit inmiddels in werking gezet en verwacht dat dit binnen enkele weken

gerealiseerd kan zijn. Het uitgeven van een DCC op basis van een onderzoekvaccin is op basis van de EU-verordening juridisch echter niet mogelijk. Ik zal dit vraagstuk rondom de onderzoekvaccins in EU-verband inbrengen. Nederland zal hierbij pleiten voor een aanpassing van de EU-verordening, zodat onderzoekvaccins ook kunnen leiden tot een DCC.

8. EU Digitaal Corona Certificaat

In deze paragraaf ga ik in op actuele ontwikkelingen rond het EU Digitaal Corona Certificaat (DCC). Voor de laatste stand van zaken over coronatoegangsbewijzen, verwijs ik u graag naar paragraaf 3 «Dilemma's, analyse en richting», waarin ik ben ingegaan op de inzet van coronatoegangsbe- wijzen, en de paragrafen 7 «Technische uitvoering coronatoegangsbe- wijzen» en 11 «Testen en traceren», waar ik in ben gegaan op de uitvoe- ringskant van coronatoegangsbe- wijzen. Over de (oplossing van) technische issues met betrekking tot CoronaCheck en de uitzonderings- routes kunt u meer lezen in paragraaf 12 «Digitale Ondersteuning».

Juridische grondslagen

In de brief van 8 oktober 2021²⁰ heb ik een wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen Covid-19 aan u ter nahan- g aangeboden. Ook heb ik u de Tijdelijke spoedregeling aanwijzing GGD Groningen toegezonden. Deze regelingen, die op 16 oktober 2021 in werking zijn getreden, maken het onder andere mogelijk dat naast de GGD regio Utrecht ook andere GGD'en worden aangewezen die DCC's en CTB's mogen uitgeven voor bepaalde categorieën van personen die in een derde land zijn gevacci- neerd. Op 2 november 2021 heb ik besloten om ook GGD regio Rotterdam-Rijnmond hiervoor aan te wijzen.

Interoperabiliteit

In de Kamerbrief van 13 augustus jl.²¹ heb ik een toelichting gegeven op de DCC equivalentieprocedure van de Europese Commissie. Deze procedure maakt het mogelijk om COVID test-, herstel- en vaccinati-ecerti- ficaten uit derde landen als equivalent van het DCC te erkennen zolang zij aan de technische vereisten gebied van betrouwbaarheid en interoperabi- liteit voldoen. Op 29 oktober jl. hebben ook Armenië en het Verenigd Koninkrijk deze procedure succesvol doorlopen. Met deze landen zijn op dit moment 18 non-EU landen aangesloten op het DCC. Reizigers die beschikken over een bewijs uitgegeven in een land dat de Europese equivalentieprocedure heeft doorlopen kunnen dit bewijs ook in Nederland als coronatoegangsbe- wijz gebruiken.

Caribisch deel van het Koninkrijk

Na technische ondersteuning van het Ministerie van VWS geven Aruba, Curaçao en Sint Maarten vaccinatie-DCC's uit, die voldoen aan de Europese eisen. Momenteel worden de laatste voorbereidingen getroffen voor de uitgifte van test- en herstel-DCC's, die ook zullen voldoen aan de Europese eisen.

²⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1463.

²¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1396.

9. Reizen

Uitzondering herstelde reizigers quarantaineplicht

Op dit moment zijn reizigers uit een zeer hoogrisicogebied die in het bezit zijn van een geldig herstellbewijs niet uitgezonderd van de quarantaineplicht. In het Protocol bron- en contactonderzoek COVID-19 van het LCI van 15 oktober jl. worden personen die een corona-infectie hebben doorgemaakt, beschouwd als immuun. Dit betekent dat het LCI geen thuisisolatie adviseert. Reizigers uit een zeer hoogrisicogebied die in het bezit zijn van een geldig herstellbewijs (uitgegeven binnen de EU, delen van het Koninkrijk of derde landen die de DCC-equivalentieprocedure met succes hebben doorlopen) worden daarom per 17 november 2021 uitgezonderd op de quarantaineplicht. De quarantaineplicht voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden blijft gelden voor reizigers die niet volledig zijn gevaccineerd, die niet beschikken over een geldig herstellbewijs, en die niet onder een van de andere uitzonderingscategorieën vallen.

Uitzondering asielzoekers op testplicht in het kader van Dublinverordening

De EU-Dublinverordening (nr. 604/2013) regelt welke EU-lidstaat verantwoordelijk is voor het inhoudelijk behandelen van een asielverzoek. Het komt voor dat asielzoekers zich niet willen of kunnen laten testen voordat zij in Nederland aankomen. Dit bemoeilijkt de overdracht tussen lidstaten onder de Dublinverordening. Het kabinet heeft daarom besloten om in bilateraal verband met andere EU-landen afspraken te maken over bijvoorbeeld een verplichte quarantaineperiode als alternatieve veiligheidsmaatregel voor asielzoekers, vóórdat zij in het kader van de Dublinverordening aan Nederland worden overgedragen. De bilaterale afspraken zullen wederkerig zijn, wat wil zeggen dat ten aanzien van asielzoekers die door Nederland worden overgedragen aan het andere EU-land ook de testvoorwaarde wordt vervangen door een alternatieve veiligheidsmaatregel. Het epidemiologisch risico van het vervallen van de testvoorwaarde wordt gemitigeerd door een andere veiligheidsmaatregel.

Beëindiging project Testen voor Reizen

Van 1 juli tot 1 oktober konden reizigers die vanuit Nederland naar het buitenland reisden en een coronabewijs nodig hadden, zich gratis laten testen. Dit bood mensen die nog geen kans hadden gehad zich volledig te laten vaccineren de gelegenheid om zonder kosten voor testen op reis te gaan. Hiermee werd voldaan aan de motie van het lid Sjoerdsma c.s.²².

In de periode van 1 juli tot 1 oktober zijn er in totaal ruim 3,3 miljoen testen afgenomen, waarvan 1,35 miljoen antigeen en 1,95 miljoen PCR, door 21 gecontracteerde testaanbieders in het kader van het project Testen voor Reizen en de GGD. Er waren 912 testlocaties met een totaal van 1829 teststraten waar reizigers zich konden laten testen. Het bedrag dat over de hele looptijd zal worden betaald aan de testaanbieders is naar verwachting circa € 135 miljoen. Dit bedrag omvat alleen de kosten van de testaanbieders, niet de totale projectkosten.

In de periode tot en met 28 oktober is in totaal circa € 68 miljoen aan facturen betaald. Het controleren van de facturen is een tijdrovend proces. Dit wordt veroorzaakt doordat een aantal testaanbieders facturen niet juist heeft ingediend en/of onvoldoende heeft onderbouwd waardoor de betaling (nog) niet heeft kunnen plaatsvinden. De kosten van het project,

²² Kamerstuk 21 501-20, nr. 1668.

inclusief operationele kosten, ICT-diensten, helpdesks, accountantscontroles etc., passen binnen het geraamde bedrag van € 249 miljoen. Deze kosten zijn voorgelegd aan de Kamer in de Vijfde Incidentele Suppletoire Begroting ienW. Na volledige afronding van het project zal de Kamer worden geïnformeerd.

Wijzigingen Europese Veilige Landenlijst

De Europese lidstaten hebben op 27 oktober jl. besloten om Argentinië, Colombia, Namibië en Peru weer op de Europese lijst van veilige landen te plaatsen in het kader van het EU-inreisverbod. Zoals bij uw Kamer bekend wordt dit besluit genomen op basis van een risico-inschatting met zo objectief mogelijke criteria over de gezondheidssituatie in de betreffende landen en de daar geldende maatregelen. Er is onder andere gekeken naar het aantal nieuwe besmettingen. Dat aantal moet lager zijn dan 75 per 100.000 inwoners over een periode van 14 dagen. Ook is gekeken naar de algehele reactie op COVID-19 in de betreffende landen. Hierin worden onder andere het aantal uitgevoerde coronatests, bron- en contactopsporing en beheersmaatregelen meegenomen. Gezondheidsorganisaties zoals het ECDC en de WHO leveren daarvoor de benodigde informatie. De implementatie van dit besluit is aan de lidstaten zelf.

Het aantal besmettingen in Argentinië, Colombia, Namibië en Peru ligt onder de door de EU vastgestelde drempelwaarde. Ook is de trend ten aanzien van het aantal nieuwe besmettingen in deze landen gedaald. In dat verband heeft het kabinet besloten dat het inreisverbod naar Nederland voor reizigers met bestendig verblijf in Argentinië, Colombia, Namibië en Peru per 4 november 2021 (00.01 uur) wordt opgeheven.

10. Ventilatie

Belang van goede ventilatie

Goede ventilatie is belangrijk voor een gezond binnenklimaat en draagt bij aan het beperken van de overdracht van respiratoire infectieziekten zoals COVID-19.

In de afgelopen periode is daarom het belang van ventilatie en luchten extra onder de aandacht gebracht en opgenomen als vierde basismaatregel. Met een publiekscampagne gericht op ventilatie wordt ook tegemoet gekomen aan de toezegging aan het Kamerlid Agema om regelmatig campagnematig over ventilatie te communiceren.

Voor gebouweigenaren en gebouwbeheerders is met behulp van TNO en een aantal experts een handreiking opgesteld. Deze handreiking helpt hen om met vijf praktische tips de bestaande ventilatievoorzieningen goed te kunnen gebruiken. Op www.ventilerenzogedaan.nl en op de webpagina van de rijksoverheid zijn deze tips, de handreiking en achtergrondinformatie te vinden. De belangrijkste toegevoegde waarde in het bewerkstelligen van een gezond binnenklimaat is aandacht voor juiste gebruik van de beschikbare ventilatievoorzieningen, zowel thuis als in publieke gelegenheden. De basismaatregel «frisse lucht» en de handreiking «ventileren zo gedaan» hebben dit ook als uitgangspunt: «gebruik wat je hebt en doe dat op de goede manier». Meer informatie over de communicatie gericht op ventilatie is te vinden onder paragraaf 17 «Communicatie».

De Minister van OCW stuurt uw Kamer op 2 november, onder de naam «Verzamelbrief moties en toezeggingen primair en voortgezet onderwijs» een brief over het verdiepend onderzoek naar ventilatie in scholen en de uitwerking van de motie van de leden Westerveld en Kuiken²³.

Onderzoek naar ventilatienormen voor infectieziektebestrijding

Om meer zicht te krijgen op de toereikendheid van de ventilatie-eisen uit het Bouwbesluit voor infectieziektebestrijding en om tegemoet te komen aan de motie van het lid Agema²⁴ voert het RIVM een modellering uit. Doel is om meer inzicht te krijgen in het effect van verschillende ventilatiewaarden op het beperken van aerogene transmissie van SARS-CoV-2. Hierin worden onder meer de ventilatie-eisen uit het Bouwbesluit meegenomen. Op dit moment zijn er namelijk geen eenduidige uitkomsten bekend, waaruit de relatie tussen het niveau van ventilatie en het risico op besmetting blijkt. Daarom houden we in Nederland het advies aan om *minimaal* te voldoen aan de eisen uit het Bouwbesluit en geldende landelijke (arbo)richtlijnen.

Het RIVM heeft de modellering bijna afgerond en presenteert haar bevindingen met risicoschattingen in november. Daarnaast wordt gekeken welke overwegingen de basis hebben gevormd voor het opstellen van de huidige eisen uit het Bouwbesluit. Op basis hiervan wordt door de Minister van BZK bekeken of verder onderzoek naar een aanpassing van de ventilatie-eisen in het Bouwbesluit met het oog op infectieziektebestrijding nodig is. Hierover zal ik uw Kamer nader informeren.

11. Testen en traceren

Het testbeleid heeft twee doelstellingen:

1. Testen om het virus op te sporen en te bestrijden;
2. Testen om de samenleving stapsgewijs te openen.

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 neemt sinds de eerste week van augustus (20.000 testen per dag) weer toe. In week 41 (11 t/m 17 oktober) zijn ca. 32.000 testen per dag afgenomen, in week 42 (18 t/m 24 oktober) zijn circa 35.000 testen per dag afgenomen. Met name afgelopen week 43 (25 t/m 31 oktober) was een forse stijging te zien, per dag zijn ca. 45.000 testen afgenomen. Dit heeft mogelijk te maken met het seizoenseffect en de stijging van het aantal besmettingen. In mijn vorige brief zond ik u de roadmap Q4 van de GGD-en en GGD-GHOR NL toe waarin de GGD-en aangeven dat het basispad testcapaciteit 40.000 testen per dag is. Gezien de huidige testvraag zijn de GGD-en conform de roadmap opgeschaald om de groeiende testvraag aan te kunnen. GGD-GHOR NL geeft aan dat deze opschaling vloeiend verloopt al is het vinden van het juiste personeel in de huidige arbeidsmarkt niet eenvoudig. De GGD'en bezien wekelijks of opschaling of afschaling nodig is. Het uitgangspunt voor de testprognose van de eerste helft 2022 is dat de

²³ Kamerstuk 25 295, nr. 1370.

²⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1352.

testvraag aansluit bij Q4 2021. Bij een veranderende epidemiologische situatie kan worden besloten op- of af te schalen.

Het kabinet heeft 26 oktober jl. besloten de huidige test- en traceercapaciteit van spoor 1 te verlengen tot en met eind juni 2022. Hiervoor is al een deel van de middelen beschikbaar gesteld op de begroting van het Ministerie van VWS. Een aanvulling staat gereserveerd op de Aanvullende Post en deze zal spoedig (gedeeltelijk) overgeheveld worden naar de begroting van het Ministerie van VWS middels een nota van wijziging op de begroting van 2022. Hoewel de immuniteitsgraad in de bevolking door vaccinatie sterk is verhoogd, circuleert het virus nog steeds en is de immuniteitsgraad nog niet hoog genoeg om oplevingen van het virus te voorkomen. We zien nu al dat de huidige opleving leidt tot een hogere zorgbelasting, gelet op de huidige cijfers van ziekenhuis- en IC-opnames. Het afgelopen jaar heeft ons geleerd dat oplevingen van het virus snel tot een grotere test- en traceerbehoefte kunnen leiden. Om goed zicht te behouden op het virus en om klaar te staan bij oplevingen van het virus, is het belangrijk dat er voldoende capaciteit is voor testen en bron- en contactonderzoek (BCO).

Dienstverleningsovereenkomsten GGD GHOR Nederland

De reguliere processen en procedures waren niet in alle gevallen toegerust op de nieuwe taken en gevraagde werkzaamheden waardoor deze zijn weerslag hebben gehad op het financieel beheer en de kwaliteit van de interne beheersing van de Stichting Projectenbureau Publieke Gezondheid en Veiligheid Nederland van GGD GHOR NL in 2020. Er is geen volledige zekerheid over de prestatielevering van gecontracteerde dienstverleners voor het uitvoeren van bron- en contactonderzoek en het Klant Contact Centrum. De accountant heeft daarvoor een oordeelont-houding bij de jaarrekening 2020 van de stichting geformuleerd. VWS heeft de nieuwe overeenkomsten in overleg met GGD GHOR Nederland aangescherpt om meer zicht te krijgen op de prestatielevering en daarmee de facturen van derden aan GGD GHOR Nederland die voortvloeien uit de DVO's. VWS voert daarnaast frequent overleg met GGD GHOR Nederland om afspraken te maken hoe de verantwoording te verbeteren.

Wettelijke taken voor GGD-GHOR NL

Aan het begin van de SARS-CoV-2 uitbraak was het noodzakelijk dat een aantal taken in het kader van de pandemiebestrijding met spoed werd uitgevoerd. Destijds is geconcludeerd dat GGD-GHOR NL namens de GGD'en als enige in staat was om deze taken met de vereiste spoedei-sendheid uit te voeren. Ook in de huidige context heeft GGD-GHOR NL bewezen de aangewezen instantie te zijn om de landelijke taken in het kader van de pandemiebestrijding uit te voeren. Hierbij is meegewogen dat de landelijke pandemiebestrijding gebaat is bij een heldere, consis-tente en eenduidige aansturing. De GGD-GHOR NL voert deze taken altijd uit in relatie tot de wettelijke taken van de regionale GGD'en en in samenwerking met de regionale GGD'en. De betreffende taken voor GGD-GHOR NL houden immers nauw verband met de vertrouwensband tussen GGD-GHOR NL enerzijds en de regionale GGD'en en DPG-en anderzijds.

Met het bestuur van GGD-GHOR NL heb ik de afspraak gemaakt dat de stichting via de eenzijdige opdracht van mijn kant op grond van de Wpg aan de voorzitters van de veiligheidsregio's, met ingang van 1 januari 2022 belast wordt met de betrokken werkzaamheden. Daarmee wordt de GGD-GHOR NL krachtens de wet een rechtspersoon met een wettelijke taak. Hierdoor kan het Ministerie van VWS de GGD-GHOR NL voor de

landelijke taken die zij voor de pandemiebestrijding uitvoert, rechtmatig financieren.

Ik zal samen met de GGD-GHOR NL vaststellen wat voor het jaar 2022 precies onder werkzaamheden op landelijk niveau valt en hoe de controle en verantwoording hierover zal plaatsvinden. Hierover zal ik uw Kamer informeren.

Spoor 2 – om de samenleving stapsgewijs te openen

Spoor 2a: testen ten behoeve van een coronabewijs

In mijn stand van zakenbrief van 14 september jl. kondigde ik aan dat op 11 oktober 2021 zou worden overgestapt naar een nieuwe Open House regeling van Stichting Open Nederland (SON)²⁵. Deze nieuwe open house regeling houdt in dat SON op een andere manier dan voorheen de testcapaciteit heeft gecontracteerd. Vanaf 11 oktober jl. mogen alle testaanbieders die voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen en aansluitvoorwaarden testcapaciteit leveren voor het testen voor een coronatoegangsbewijs tegen een vaste prijs per test. Met deze nieuwe regeling wordt een groter deel van de markt benut en wordt niet meer vergoed voor het louter paraat stellen van testcapaciteit.

Tot op heden zijn 38 inschrijvingen van testaanbieders goedgekeurd door SON en deze testaanbieders zijn toegelaten tot het aansluitproces van SON. Afspraken bij testaanbieders zijn te boeken na goedkeuring en aansluiting van de testaanbieder door zowel SON als het Ministerie van VWS. Enkel wanneer een testaanbieder kan aantonen dat aan alle privacy- en kwaliteitseisen en afspraken is voldaan, worden de locaties van de testaanbieder toegevoegd aan het totaal aantal te boeken testlocaties. Op 11 oktober waren dit 11 testaanbieders, inmiddels zijn 21 verschillende testaanbieders volledig aangesloten. Dit alles heeft geleid tot een toename in het aantal testlocaties van ruim 120 op 10 oktober jl. naar 614 testlocaties verspreid door heel Nederland.

Als gevolg van de nieuwe open house regeling is de fijnmazigheid, zoals verwacht, toegenomen. De kanttekening hierbij is wel dat hierop minder sturing kan worden uitgevoerd. Testaanbieders zijn vrij zich te vestigen waar en wanneer zij dat willen en daarom is het niet ondenkbaar dat testaanbieders wegens bedrijfseconomische redenen testlocaties kunnen terugtrekken. In enkele gevallen zou dit kunnen leiden tot een langere reistijd dan de 30 minuten waar de Kamer om heeft verzocht middels de motie van het lid Van der Plas (BBB)²⁶. Op dit moment is het voor vrijwel heel Nederland mogelijk om zich te laten testen binnen een reistijd van 30 minuten. Wanneer de reistijd in een bepaalde regio zal toenemen tot langer dan 30 minuten, dan zal SON doorlopend een actieve rol als marktmeester innemen door de testvraag en -aanbod met elkaar te verbinden en partijen daarbij binnen de kaders van de open house te ondersteunen en motiveren. Concreet betekent dit dat zij de markt informeren over enerzijds de testbehoefte en anderzijds de testlocaties en/of door als makelaar op te treden en gesprekken aan te gaan met zowel gemeenten als testaanbieders. Ook deelt SON historische data en actuele informatie om de markt beter in staat te stellen testcapaciteit af te stemmen op de testvraag.

²⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

²⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1446.

Met bovenstaand maatregelen pakket zal de testvraag mogelijk toenemen. Ik verwacht dat dit spoedig door de markt geacommodeerd kan worden, waarbij het opschalen voor de testaanbieder uiteraard enige tijd kan kosten. Hierdoor kan tijdelijk lokale krapte ontstaan.

Handhaving en naleving coronatoegangsbewijs

Voor een kabinetsreactie van het 128^e OMT-advies ten aanzien van de handhaving en naleving van het CTB verwijs ik u naar de brief die door de Minister van J&V op 2 november aan uw Kamer wordt verzonden.

Terugblik SON tot 11 oktober

Sinds 11 oktober jl. is het Testen voor Toegang in een nieuwe fase terecht gekomen. Daarom blik ik graag terug op de inzet van Stichting Open Nederland sinds de start van Testen voor Toegang.

In het najaar van 2020 nam de pandemie een vlucht waardoor nieuwe beperkende maatregelen moesten worden afgekondigd. Zowel maatschappelijke²⁷ als politiek²⁸ werd gevraagd om door inzet van sneltesten te zorgen dat mensen weer veiliger toegang kregen. Daartoe is Stichting Open Nederland opgericht. SON kreeg een kwartiermakerfunctie en later een coördinerende functie om een landelijk dekkend netwerk van beschikbare testcapaciteit via marktpartijen te realiseren ten behoeve van Testen voor Toegang. Het kabinet heeft besloten om SON de opdracht te geven om de testinfrastructuur te realiseren, waaronder testafname, genereren van de uitslagen in een ICT-systeem en de koppeling van de testuitslag aan het testbewijs mogelijk te maken.²⁹

De opbouw van het landelijke netwerk voor Testen voor Toegang is gefaseerd gegaan. Van de eerste kwartiermakersfase in februari 2021 tot en met de volledige opbouw van de antigeenteststraten die in hoogtijdagen een capaciteit hadden tot 225.000 testen gemiddeld per dag met een mogelijke piekbelasting van 360.000 testen per dag. Deze capaciteit kon worden behaald met gecontracteerde testaanbieders, de exploitatie door SON van de acht XL-testpaviljoens. De opbouw van de testcapaciteit is zo snel en zorgvuldig als mogelijk gebeurd. Hierbij moest rekening worden gehouden met een enerzijds lage testvraag – voordat de tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen van kracht ging en anderzijds het mogelijk maken van politieke besluitvorming, door het tijdig klaar staan met opgeschaalde capaciteit. Deze opbouw heeft uiteindelijk geleid tot meer dan 120 testlocaties op 10 oktober jl. door heel Nederland, waarbij het voor

alle Nederlanders mogelijk was om binnen 30 minuten reistijd bij een testlocaties te zijn. Over de opbouw van de testcapaciteit voor Testen voor Toegang, heb ik uw Kamer geïnformeerd.

Het overgaan op de open house per 11 oktober maakte dat ook alle acht XL-testpaviljoens die sinds medio juni zijn gebouwd op 11 oktober, gesloten konden worden. De XL-testpaviljoens in Den Bosch en Zwolle waren overigens eind augustus al afgebouwd. Deze XL-testpaviljoens waren initieel bedoeld om innovatieve testmethoden zoals de niet-invasieve ademtest en de snelle, sensitieve LAMP-test te kunnen faciliteren. Helaas heb ik, op basis van de adviezen van het OMT en de

²⁷ VNO-NCW. 7 november 2021. <https://www.vno-ncw.nl/nieuws/ingrid-thijssen-testsamenleving-biedt-nederland-uitweg-uit-coronacrisis>.

²⁸ Kamerstuk 35 653, nr. 2.

²⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 995.

LCT, moeten besluiten om de ademtest en LAMP-test niet in te zetten voor Testen voor Toegang. Daarom zijn in de XL-testpaviljoens uiteindelijk alleen reguliere antigeensneltesten gebruikt tussen 25 september en 11 oktober.³⁰

De hierboven beschreven testcapaciteit is gerealiseerd om een aantal sectoren eerder te kunnen openen door het gebruik van Testen voor Toegang ten behoeve van het coronatoegangsbewijs. In de periode van februari tot eind augustus 2021 zijn er in totaal ruim 1.7 mln. testen uitgevoerd. Binnen deze periode golden er verschillende maatregelen. Tussen augustus en 11 oktober zijn nog eens circa 767 duizend testen afgenomen. Daarvan zijn er ruim 22 duizend in de XL teststraten afgenomen.

Testen voor Toegang

Testen voor Toegang heeft er voor gezorgd dat Nederland eerder van het slot kon gaan. Sinds 5 juni jl. konden ondernemers door Testen voor Toegang eerder in staat gesteld worden om weer meer te ondernemen dan zonder Testen voor Toegang mogelijk was. Mede hierdoor kon ook worden begonnen aan het afbouwen van de steunpakketten. Ook konden bezoekers door Testen voor Toegang weer gebruik maken van alle activiteiten die plaats konden vinden binnen de geldende maatregelen. Op diverse momenten heeft de LCT stuurgroep toegangsbewijzen aan SON gevraagd om de testcapaciteit vooraf te vergroten om het zo mogelijk te maken dat besluiten over de maatregelen ook snel konden ingaan. Bij de totstandkoming van de opdracht aan SON ging het kabinet nog uit van een maximale begroting van 1,1 mld. tot eind augustus.^{31, 32} In de ze begroting zijn onder de kosten voor de werkzaamheden van Stichting Open Nederland, de vaste lasten voor het ter beschikking stellen van de testcapaciteit door testaanbieders, de variabele lasten voor betaling aan de testaanbieders afhankelijk van het aantal afgenomen testen en de uitgaven aan de opbouw van XL-testpaviljoens opgenomen. Later kon het budget voor Stichting Open Nederland en de gecontracteerde testaanbieders naar beneden worden bijgesteld naar tussen de € 500 miljoen en € 700 miljoen voor diezelfde periode.³³ Inmiddels is duidelijk dat ook dit bedrag naar beneden bijgesteld kan worden. De begroting bedraagt nu 357 miljoen.

In dit budget zit ook de begroting van de acht XL-testpaviljoens voor het Testen voor Toegang. Deze was origineel begroot op ca € 30,8 miljoen gedurende vijf maanden. Dat is nu bijgesteld naar ca € 23,5 miljoen. De exploitatie werd vergoed via SON voor een vaste prijs per test.

De daadwerkelijke uitgaven voor Testen voor Toegang worden bepaald op grond van nacalculatie. In het jaarverslag van mijn ministerie zal ik inzichtelijk maken wat de definitieve kosten voor spoor 2a in 2021 zijn geweest.

Appreciatie Testen voor Toegang tot heden en toekomstvisie

Op 11 oktober jl. werd de nieuwe systematiek geïntroduceerd waardoor vraag en aanbod steeds beter op elkaar aansluiten. Hierdoor worden de financiële middelen doelmatiger besteed. Indien de maatregelen ertoe leiden dat meer testvraag ontstaat, kan de markt daarop inspelen.

³⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

³¹ Handelingen II 2020/21, nr. 69, item 14.

³² Kamerstuk 25 295, nr. 1131.

³³ Kamerstuk 35 804, nr. 57.

Naar aanleiding van het 127^e OMT-advies³⁴ heb ik besloten om de uiterlijke geldigheidsduur van een coronatoegangsbewijs op basis van een in Nederland uitgegeven herstelbewijs te verlengen van 180 naar 365 dagen. De basis voor dit besluit ligt in recente wetenschappelijke inzichten over de duur van de natuurlijke immuniteit die ontstaat na een doorgeemaakte infectie. Deskundigen ondersteunen de aanname dat deze immuniteit langer aanhoudt dan eerst was aangenomen. Net als bij vaccinatiebewijzen bestaat ook bij herstelbewijzen de mogelijkheid dat iemand toch positief test. mensen moeten dan hun eigen verantwoordelijkheid nemen en in isolatie gaan. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan het lid Van Haga tijdens het Begrotingsbehandeling van het Ministerie van VWS om uw Kamer op zo kort mogelijke termijn te informeren over de geldigheidsduur van een herstelbewijs.

Dit besluit heeft consequenties voor een buitenlands DCC herstelbewijs dat is afgegeven in een ander Europees land dan Nederland. Het herstelbewijs dat verkregen is uit een DCC, heeft voor alle Europeanen een geldigheid van uiterlijk 180 dagen na afname van de positieve PCR-test. Voor de meeste landen verloopt daarna de QR-code. Het gevolg is dat het technisch niet mogelijk is om deze daarna te gebruiken. Een bezoeker uit een andere lidstaat kan daarom tussen dag 180 en dag 365 zijn DCC-herstelbewijs niet gebruiken voor een coronatoegangsbewijs. Ik onderschrijf het belang van een gelijke behandeling tussen Nederlanders en andere EU burgers, doch accepteer ik dat dat in deze niet kan. Ik ga mij er in EU verband wel hard voor maken dat in de verordening een herstelbewijs naar 365 dagen verlengd wordt.

De geldigheid van het in Nederland afgegeven DCC herstelbewijs, waarmee gereisd kan worden, blijft overigens onveranderd tot 180 dagen na de positieve PCR-test geldig. Dit is conform EU regels.

Inzet serologie ten behoeve van een coronatoegangsbewijs

Het kabinet heeft met betrekking tot de inzet van serologie voor een coronatoegangsbewijs besloten het OMT te volgen in haar 127^e advies. Ik had graag – zoals ik ook eerder, mede naar aanleiding van de motie van het lid Pouw-Verweij c.s., met uw Kamer besprak – serologie mogelijk gemaakt als middel om een herstelbewijs te krijgen. Het OMT adviseerde echter in haar vorige advies om serologie niet in te zetten voor het coronatoegangsbewijs omdat:

1. Met een serologische test het tijdstip van infectie niet is vast te stellen, derhalve kan geen termijn aan het CTB worden gekoppeld.
2. Een grote diversiteit aan antistoftesten bestaat. De meest sneltesten zijn ongeschikt of niet gevalideerd om een kwantitatieve waarde te geven waarmee beoordeeld kan worden in hoeverre antistofniveaus vergelijkbaar zijn met waarden die gevonden worden bij recent geïnfecteerde of gevaccineerde personen.
3. Er geen internationaal geaccepteerde afkapwaardes (*correlate of protection*) bekend zijn tussen het aantonen van de antistoffen en de mate van bescherming.

Ook de EU heeft recentelijk bevestigd dat er op dit moment voor het DCC geen rol voor serologische testen is. Zowel nationaal als op EU niveau wordt dus aangegeven dat het niet logisch zou zijn om serologie in te zetten om via een herstelbewijs een coronatoegangsbewijs te krijgen. Hiermee heb ik dus wel voldaan aan de motie van het lid Pouw-Verweij c.s. om mij in te zetten voor de snelle toelaatbaarheid van serologische

³⁴ 127^e advies Outbreak Management Team | Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1464.

testen, zoals deze als grond voor een herstelbewijs kunnen gelden.³⁵ Maar moet ik desondanks besluiten dat serologie nu geen plek krijgt in dit systeem. Mocht de stand van de wetenschap veranderen, dan zal ik mij opnieuw beraden. Wel is het zo dat iedereen die positief getest is geweest bij een commerciële testaanbieder was, sinds half oktober ook een herstelbewijs als toegangstest in de app op kan halen, welke dan 365 dagen geldig is.

Onderbouwing geldigheidsduur testbewijs

Graag kom ik tegemoet aan mijn toezegging aan het lid Van Haga om te kijken wat er voorhanden is over de risico's van een geldigheidsduur van 24 uur, 48 uur en 72 uur ten behoeve van een testbewijs. Het lid Van Haga verwijst naar de praktijk in andere landen, maar het is van belang om onderscheid te maken tussen de geldigheidsduur bij testen voor reizen, en bij testen voor toegang. In Nederland is de maximale geldigheidsduur voor toegang 24 uur, en voor inreizigers 48 uur. Dat onderscheid wordt ook in andere landen gehanteerd. Zo is de geldigheidsduur van het Belgische Safe Ticket voor toegang 24 uur voor antigeentesten en 48 uur voor PCR-testen, en is dat voor reizen respectievelijk 48 en 72 uur. Voor Duitsland gelden dezelfde inreisbeperkingen, en is het testbewijs voor toegang in de meeste deelstaten korter.

In het 122e advies (Kamerstuk 25 295, nr. 1392), heeft het OMT ook geadviseerd over de geldigheidsduur van de testen, naar aanleiding van de besmettingspiek in juli. De clusterrapportages van afgelopen zomer laten zien dat, ook toen de deltavariant al volop in Nederland rondwaarde, een derde van de ruim 1.000 besmette bezoekers hoogstwaarschijnlijk al besmet was bij aankomst op het evenement. Ondanks Testen voor Toegang. Dit was voor een deel ter verklaren door de geldigheidsduur van 40 uur tot het begin van een activiteit.

Op basis van de ervaringen in de zomer is besloten om de geldigheidsduur van een antigeensneltest te verkorten tot maximaal 24 uur vanaf de testafname tot aanvang van een evenement. Met een geldigheidsduur van een negatieve antigeensneltest van 72 uur zijn geen ervaringen opgedaan, maar lijkt op basis van de ervaringen met een geldigheidsduur van 40 uur met de huidige epidemiologische situatie niet verstandig. Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging aan het lid Van Haga om te kijken wat er voor handen is over de risico's rondom een 24 uur, 48 uur en 72 uur geldigheidsduur van een testbewijs.

Amendement Bikker – Uitzonderingsroute voor mensen die zich om geestelijke of lichamelijke redenen niet kunnen laten testen en niet gevaccineerd zijn

Ten eerste spreek ik mijn dank uit aan die mensen die mij op de hoogte hebben willen brengen van de effecten die de inzet van coronatoegangsbewijzen heeft op hun welbevinden of dat van hun naasten. Ik heb er groot begrip voor dat dit voor een aantal mensen heel ingrijpende consequenties heeft. En het is het kabinet er veel aangelegen om ook voor hen een oplossing te vinden. Het coronatoegangsbewijs is er immers om, zoveel als kan, mogelijk te maken voor zo veel mogelijk mensen, op een zo veilig mogelijke manier. Zodat ook de mensen die niet gevaccineerd zijn of een verminderde respons hebben op het vaccin, zich ook zo veilig als mogelijk is in de maatschappij kunnen begeven.

³⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1436.

Wij zoeken daarom naar de beste manier om mensen die niet op een van de drie gebruikelijke routes een toegangsbewijs kunnen verkrijgen, hiervoor uit te zonderen. Mede hierom heb ik in samenwerking met de GGD Regio Utrecht een pilot gestart. Mensen die zich eerder bij het Ministerie van VWS hebben gemeld, omdat zij aangaven niet getest en niet gevaccineerd te zijn, konden deelnemen aan de pilot. Pas als we beter begrijpen waarom deze mensen niet getest en niet gevaccineerd kunnen worden, kunnen we een procedure beschrijven waarmee voor deze groep een uitzondering kan worden gemaakt. Het is belangrijk te beseffen dat iemand met een uitzonderingsbewijs daarmee niet beschermd is tegen besmetting en het virus ook aan andere ongevaccineerde mensen of mensen met een verminderde respons op het vaccin kan doorgeven.

Uit tussentijdse evaluaties met de GGD Regio Utrecht blijkt dat de mensen die hiervoor in aanmerking lijken te komen, lijden aan zeer uiteenlopende lichamelijke of geestelijke aandoeningen. Uit de gesprekken die wij hebben gehad met medische experts, lijkt het om enkele honderden mensen te gaan. Ervaringen uit de pilot ondersteunen verder het idee dat een uitzondering alleen te geven is op basis van een medische verklaring. Door de onderliggende verscheidenheid van oorzaken is het nog niet mogelijk gebleken om een toetsingsprocedure te vinden voor een verzoek tot uitzondering voor testen. Over de opgedane inzichten van de pilot wordt op dit moment overlegd met onder andere (koepels van) artsen om tot een oplossing te komen voor mensen die anders tussen wal en schip dreigen te vallen. De doelgroep van deze pilot is mensen die niet getest en niet gevaccineerd kunnen worden, daarom wordt de allergische reactie op een vaccinatie buiten beschouwing gelaten. In de paragraaf Vaccinaties ga ik daar dieper op in. Mijn streven is om zo spoedig mogelijk tot een definitieve oplossing te komen.

Spoor 2c: preventief testen in het onderwijs

Het preventieve zelftestbeleid voor leerkrachten in het primair onderwijs (po) en voor leerlingen, studenten en personeel in het voortgezet (speciaal) onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs (mbo) en hoger onderwijs (ho) is na de zomervakantie gecontinueerd voor personen die als «niet-immuun» worden beschouwd door vaccinatie of doorgemaakte infectie. Het OMT heeft na haar 128^e bijeenkomst geadviseerd het huidige preventieve zelftestbeleid in het primair en voortgezet onderwijs te continueren. In het eerdere 126^e OMT advies werd reeds geadviseerd om vooralsnog het preventieve zelftestbeleid in alle onderwijslagen te continueren. Gezien de oplopende infectiedruk zal deze winter het huidige preventieve zelftestbeleid voor personen die als niet-immuun worden beschouwd daarom voor alle onderwijssectoren worden gecontinueerd tot het epidemiologisch beeld aanleiding tot wijziging geeft.

In de distributie van zelftesten naar onderwijslocaties is voor alle sectoren overgegaan naar een *pull*-systeem: het enkel op aanvraag distribueren van zelftesten. Hierdoor krijgen onderwijsinstellingen meer regie op hun voorraden. In de periode tussen 6 september jl. en 22 oktober jl. zijn circa 8 miljoen zelftesten uitgeleverd aan onderwijsinstellingen en individuen. Het Ministerie van OCW zal daarom evalueren of de huidige distributiesystemen (IPKD en SURF) nog doeltreffend zijn voor het preventieve zelftestbeleid in het onderwijs of dat hierin wijzigingen nodig zijn.

In de stand van zakenbrief van 18 juni jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 1297) informeerde ik uw Kamer over de start van een onderzoek naar de monitoring van het gebruik van zelftesten in het onderwijs en de kinderopvang. In dit onderzoek werden ook gedrag en motivatie meegenomen. De Minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media heeft

de onderzoeksresultaten op 8 oktober jl. reeds met uw Kamer gedeeld. Hiermee beschouw ik deze toezegging als afgedaan.³⁶

Zelftesten

Cijfers zelftesten

Bij een positieve testuitslag krijgen mensen het advies om bij de GGD een confirmatietest te doen. Tijdens de technische briefing van 18 augustus jl. bent u al geïnformeerd dat een groot deel van het aantal positieve testen bij de GGD een confirmatietest van een zelftest betrof. Er is wederom een stijging te zien in het aantal confirmatie testen (van de zelftest) die worden afgenomen bij de GGD. In week 42 werden circa 2.560 confirmatietesten per dag uitgevoerd waarvan 90% positief bleek. In week 43 werden circa 3.600 confirmatietesten per dag uitgevoerd waarvan 88% positief bleek. Het aandeel positieven voortkomend uit een confirmatietest ten opzichte van het totaal aantal positieven is circa 45%. Het is en blijft van groot belang is om snel na een positieve zelftest een confirmatietest te doen bij de GGD, zodat het BCO gestart kan worden.

Resultaten zomeroffensief

In de stand van zakenbrief van 14 september jl. informeerde ik uw Kamer over de bewustwordingscampagne van afgelopen zomer die erop gericht was om de noodzaak van testen en de meerwaarde van zelftesten extra onder de aandacht te brengen. Ondertussen is het zomeroffensief ten einde en kan ik de resultaten met uw Kamer delen.

- Huishoudens. Tot en met 1 oktober jl. konden huishoudens, als onderdeel van deze bewustwordingscampagne, twee zelftesten bestellen. In totaal hebben hier ruim 3.4 miljoen huishoudens gebruik van gemaakt. Dit is overeenkomstig aan een responsepercentage van 42,77%. De totale kosten van het traject zijn binnen het budget van ISB9 en ISB10 gebleven.
- Terugkerende reizigers. Tot en met 30 september werden op Nederlandse luchthavens zelftesten verspreid door werknemers van de lokale GGD'en. In totaal zijn circa 2.2 miljoen zelftesten via de verschillende luchthavens verspreid. De totale kosten van het traject zijn binnen het verkregen budget gebleven.
- (Jongeren)camping. Op verzoek van een aantal lokale GGD'en zijn circa 6.000 zelftesten beschikbaar gesteld voor preventief gebruik op jongerencampings.
- De totale kosten van het zomeroffensief zijn lager uitgevallen dan de € 20 miljoen die ik bij de negende incidentele suppletoire begroting aan uw Kamer had medegedeeld.

Aanvullend is een analyse gemaakt op basis van het totaal aantal huishoudens dat via www.zelftestenbestellen.nl zelftesten hebben aangevraagd. De analyse laat een aantal dingen zien:

1. Het percentage aanvragen in het zuiden van Nederland ligt hoger dan het percentage aanvragen in het noorden van Nederland.
2. Het percentage aanvragen in de grotere steden is lager dan gemiddeld.
3. De doelgroepen die relatief weinig aanvragen plaatsen (ten opzichte van het gemiddelde) werden veelal ook via andere routes voorzien van zelftesten zoals via school of de Voedselbank.
4. De doelgroepen die relatief veel aanvragen plaatsen (ten opzichte van het gemiddelde) werden veelal niet via andere routes voorzien van zelftesten.

³⁶ Kamerstuk 35 925 VIII, nr. 14.

Begeleid zelftesten

In mijn stand van zakenbrief van 18 juni jl. informeerde ik uw Kamer reeds over de invulling van de motie over «onderzoek naar het gebruik van zelftesten voor toegang» van het lid Paternotte en het lid Westerveld. Sindsdien is verder gewerkt aan de mogelijke inzet van begeleid zelftesten voor toegang. Naar aanleiding van het eindrapport «Afwegingsmatrix begeleid zelftesten»³⁷ en het vervolgadvis van de werkgroep zelftesten voor toegang³⁸, acht ik drie opties kansrijk. Deze opties zijn een aanvulling op het testlandschap en kunnen een oplossing bieden voor bepaalde situaties en doelgroepen, met name wanneer de reistijd naar een testlocatie toeneemt.

De drie kansrijke opties zijn: digitaal begeleid zelftesten, fysiek begeleid zelftesten in de thuisomgeving en fysiek begeleid zelftesten op een (test)locatie. De meerwaarde van deze opties liggen bij elke afzonderlijke optie net anders en daarom heb ik besloten om de drie opties uit te werken in drie pilots. De optie digitaal begeleid zelftesten biedt met name mogelijkheden voor lange reistijden en witte vlekken. Tevens kan met het opzetten van deze pilots lessen worden geleerd die een bijdrage kunnen leveren aan de invulling van de motie³⁹ van het lid Van der Plas (BBB) die oproept om zorg te dragen dat mensen binnen een half uur reistijd een test kunnen afnemen. De optie fysiek begeleid zelftesten in de thuisomgeving biedt met name mogelijkheden voor de doelgroep van amendement van het lid Bikker⁴⁰ over een uitzondering van de testplicht voor personen met een beperking of ziekte. Tot slot biedt de optie fysiek begeleid zelftesten op een (test)locatie mogelijkheden voor meerdaagse festivals en/of grote evenementen. De planning is om de pilots binnen enkele weken te starten. Over de resultaten van de pilots zal ik uw Kamer te zijner tijd informeren.

Om deze pilots mogelijk te maken, is een wijziging van de Trm nodig, dit zal voorafgaand aan de start van de pilots dienen te worden gerealiseerd en ter nahang aan uw Kamer worden aangeboden. Er zullen geen andere persoonsgegevens verwerkt worden dan dat nu al in de Trm zijn opgenomen. De Trm zal op dat punt dus niet worden aangepast. Het starten van deze pilots betekent uiteraard niet automatisch dat dit beleid na afloop ook volledig uitgerold zal worden. Hierover zal aparte besluitvorming plaatsvinden.

Toezicht op testen

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) sluit met haar toezicht aan bij het continue veranderende testlandschap. Daarom is de inspectie de afgelopen maanden doorgedaan met het bezoeken van testaanbieders. De inspectie kijkt tijdens deze bezoeken naar de kwaliteit en de veiligheid van het testen. Het gaat dan onder meer om het volgens de gebruiksaanwijzing uitvoeren van de test, infectiepreventie op de locatie en duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de testaanbieder, de betrokken arts en opdrachtgever zoals Stichting Open Nederland.

³⁷ Bijlage rapport Deloitte. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

³⁸ Bijlage vervolgadvis werkgroep zelftesten voor toegang. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

³⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1446.

⁴⁰ Kamerstuk 35 807, nr. 30.

De algemene bevindingen van het toezicht op testen zijn positief; er zijn locaties van goede kwaliteit opgezet. De inspectie ziet ook kwetsbaarheden. Bij bezoeken aan sommige locaties zagen inspecteurs dingen die dringend verbeterd moesten worden. De meeste testaanbieders pakken deze verbeterpunten goed op. Wanneer dit onvoldoende gebeurt gaat de inspectie met de aanbieder in gesprek, op het kantoor van de IGJ of op locatie. Ook legt de inspectie controlebezoeken af en treedt waar nodig handhavend op.

De inspectie ondersteunt initiatieven die mogelijk een bijdrage kunnen leveren aan het vergroten van de capaciteit van het testen en het draagvlak hiervoor, zoals het begeleiden zelftesten. De inspectie toetst of producten voldoen aan de productwetgeving en of het uitvoeren hiervan goed en veilig gebeurt. Tot slot vraagt de inspectie aandacht voor het feit dat bij het nadenken over de inrichting van het testlandschap er ook oog moet zijn voor de kwaliteit en veiligheid van het testen.

Governance Test- en Traceerketen

LCT

Eind juni heeft de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) de stuurgroep «overgangsfase» opgericht. De stuurgroep had als opdracht te adviseren over de inrichting van de testcapaciteit in de overgangsfase van de pandemische fase naar de endemische fase, waaronder ook de governance structuur. In mijn stand van zakenbrief van 14 september jl. informeerde ik uw Kamer over het eerste resultaat van deze opdracht welke zag op aanpassingen die in september nog moesten worden doorgevoerd. Voor het tweede deel van de opdracht heeft de stuurgroep gekeken naar mogelijkheden voor optimalisatie van de testketens (spoor 1 en spoor 2), de mogelijkheden voor integratie hiertussen en naar de governance structuur van de LCT. Het LCT heeft de uitgebrachte adviezen overgenomen en aan mij doen toekomen.

Voordat besluitvorming kan plaatsvinden op de integratie van testketens wordt eerst – conform het advies van de LCT – op een aantal onderdelen een uitvoeringstoets uitgevoerd.

Het advies over de governance structuur van de LCT kon wel meteen worden geïmplementeerd. De LCT behoudt haar functie als coördinatiestructuur maar de rol van onafhankelijk voorzitter is komen te vervallen. Het voorzitterschap is thans belegd binnen het Ministerie van VWS. De LCT blijft bestaan uit een gelijkwaardige afvaardiging van vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS en de verschillende uitvoerende organisaties en kennispartijen, te weten GGD, GGD-GHOR NL, Stichting Open Nederland (tot maximaal eind februari), Dienst Testen, RIVM, IGJ. Andere departementen zijn agendalid.

De implementatie van dit advies maakt dat de opdracht van de huidige onafhankelijk voorzitter, de heer Van Lint, ten einde is. Onder leiding van zijn voorzitterschap en met de inzet van alle partijen in de LCT, zijn in deze periode vele resultaten behaald. Bovenal is voldaan aan de kern van de opdracht, namelijk «de vorming en borging van een stevige governance op de testketen, een duidelijke regie op de samenwerking en een gecoördineerde, tijdige en adequate uitvoering van het nationale testbeleid». Voor zijn inzet bij het uitvoeren van deze opdracht en alle ontwikkelingen die daarbij zijn komen kijken, wil ik de heer Van Lint heel hartelijk danken.

DOTT

Op 7 oktober jl. heeft de LCT de regiegroep Digitale Ondersteuning Test- en Traceerketen (DOTT) decharge verleend. De regiegroep DOTT was een samenwerking tussen het Ministerie van VWS, GGD-GHOR NL en het RIVM. DOTT is eind 2020 ingesteld naar aanleiding van de risicoanalyse⁴¹ naar de covid-gerelateerde datastromen.⁴² De regiegroep DOTT had als opdracht de digitale ondersteuning van de ketens rond testen en traceren te verbeteren. Dit hield onder meer in dat de regiegroep DOTT regie moest voeren op het huidige digitale landschap ter ondersteuning van testen en traceren, die bij zou moeten dragen aan een betrouwbare, schaalbare en veilige IT-infrastructuur van de ketens rond testen en traceren.

Eind januari 2021 heeft een datadiefstal plaatsgevonden in de coronasystemen van de GGD'en. GGD-GHOR NL was, mede namens de GGD'en, deelnemer aan de regiegroep. In mijn brief van 2 februari 2021 heb ik uw Kamer gemeld welke korte termijnacties moesten worden uitgevoerd om te voorkomen dat er opnieuw een

datadiefstal zou kunnen plaatsvinden.⁴³ De regiegroep DOTT heeft daarin een belangrijke rol gespeeld door mij via de LCT te informeren over de realisatie van de verbeteringen in de keten.

De afgelopen maanden heb ik uw Kamer geïnformeerd over de voortgang op de verbeteringen in de informatievoorziening van de infectieziektebestrijding onder regievoering van de regiegroep DOTT. In de brief van 2 februari jl. heb ik aangekondigd dat de regiegroep DOTT actief aan de slag zou gaan met het opstellen en monitoren van de uitvoering van een ketenbreed verbeterplan. Daarnaast heb ik een externe audit op de maatregelen aangekondigd om mijzelf en de ketenpartners ervan te vergewissen dat de voorgestelde maatregelen uit het verbeterplan ook zouden leiden tot een verkleining van de kans op een volgende datadiefstal.

In mijn brief van 12 februari jl. meldde ik uw Kamer dat het verbeterplan fase 1 «de basis op orde» in concept was vastgesteld in de LCT. Ook heeft de LCT besloten op advies van de regiegroep DOTT tot het laten uitvoeren van een Gateway Review.⁴⁴ In mijn brief van 23 februari jl. informeerde ik uw Kamer onder meer over de definitieve vaststelling van het verbeterplan fase 1 waarin onder andere wordt vastgesteld dat HPZone en HPZone Lite versneld moeten worden vervangen. Een opdracht voor de vervanging van deze systemen meldde ik aan uw Kamer in mijn brief van 23 maart jl.⁴⁵ Daarnaast meldde ik dat een externe audit bij GGD-GHOR NL was gestart om objectief vast te stellen of de door regiegroep DOTT voorgestelde maatregelen daadwerkelijk waren genomen. Daarnaast werd er gekeken naar cultuuraspecten in de organisatie. In mijn brief aan uw Kamer van 11 mei jl. deelde ik de conclusies van het Gateway Review rapport en de daaruit voortvloeiende acties.⁴⁶ Het accent van het eindrapport lag op de aanpak, ketenbrede acties en rolverdeling van ketenpartners die nodig zijn om tot een duurzame ketensamenwerking te komen. De kleurcode van dit rapport was oranje-rood, wat inhield dat dringende maatregelen nodig waren om de gevonden knelpunten in de

⁴¹ Kamerstuk 27 529, nr. 252.

⁴² Kamerstuk 25 295, nr. 713.

⁴³ Kamerstuk 27 529, nr. 235.

⁴⁴ Kamerstuk 27 529, nr. 258.

⁴⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1063.

⁴⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1179.

keten weg te nemen en invulling te geven aan een middellange en lange termijn aanpak.

Naast de rapportage van Bureau Gateway werd het auditrapport dat in de stand van zakenbrief van 2 februari jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 950) was aangekondigd opgeleverd. Het rapport stelt dat de genomen maatregelen voor een belangrijk deel waren uitgevoerd. Het rapport wijst verder op een aantal aandachtspunten en benoemt het belang van de vervanging van HPZone en HPZone Lite. Deze vervanging was reeds in gang gezet. In de brief van 18 juni jl. liet ik uw Kamer weten dat eind mei is gestart met het verbeterplan fase II dat de resultaten van fase I monitort en de test- en traceerketen verder verstevigt door middel van no-regret maatregelen. Vanaf halverwege juli werd gestart met de implementatie van GGD Contact ter vervanging van HPZone Lite. Op 6 juli meldde ik uw Kamer dat de acute risico's uit de verbeterplannen waren gemitigeerd.⁴⁷

Inmiddels kan ik melden dat de implementatie van GGD Contact ter vervanging van HPZone Lite over alle GGD'en is gestart en dat alle GGD'en GGD Contact in gebruik hebben genomen.

Eind augustus heeft GGD-GHOR NL mij op de hoogte gesteld van de resultaten van de cultuuraudit⁴⁸ bij GGD'en en andere partnerorganisaties. In het onderzoek is gekeken naar de klacht- en meldprocedures voor het melden van vier verschillende type meldingen en klachten, zowel door medewerkers (interne meldingen) als door cliënten (externe klachten). Het onderzoek richtte zich op de 25 GGD'en en hun 17 partnerorganisaties, die in opdracht van de GGD'en werkzaamheden uitvoeren in het kader van de bestrijding van het coronavirus. Dit onderzoek concludeert dat bij alle GGD'en de vereiste functionarissen zijn aangesteld en klacht- en meldprocedures zijn opgesteld. Nog niet in alle gevallen voldoen deze aan de wettelijke vereisten, wat mede veroorzaakt wordt doordat er twee regimes op de GGD van toepassing zijn. Ten aanzien van de partnerorganisaties stelt het onderzoek dat niet alle partnerorganisaties klacht- en meldprocedures hebben vastgesteld. Wettelijk gezien zijn partnerorganisaties niet verplicht klachtenprocedures vast te stellen, maar dit wordt wel als wenselijk beschouwd. De onderzoekers adviseren dat de GGD'en om daar waar dit nog niet het geval is, volledig te gaan voldoen aan de wettelijke vereisten en dat GGD'en via hun contractuele afspraken de partnerorganisaties stimuleren om klacht- en meldprocedures vast te stellen. Deze resultaten zijn besproken door GGD GHOR Nederland, de directie van publieke gezondheid en de partnerorganisaties en zij geven aan dat zij de aanbevelingen uit het rapport reeds hebben opgepakt of zo spoedig mogelijk oppakken. De uitvoering van verbeterplan fase II is geëindigd op 30 september 2021. De eindresultaten zijn vastgesteld door Regiegroep DOTT en Stuurgroep LCT, waarna de Regiegroep is ontbonden en de voorzitter is gedechargeerd. Met de decharge van de regiegroep DOTT, het mitigeren van de acute risico's naar aanleiding van de datadiefstal en het vervangen van HPZone Lite, beschouw ik de acties uit de Kamerbrief van 2 februari 2021 als afgerond.

De resultaten van verbeterplan DOTT fase II zijn als input meegegeven aan het verkenningstraject voor duurzame informatievoorziening in infectieziektebestrijding. Dit traject is zoals toegezegd in mijn brief van 11 mei jl. kort na de Gateway Review gestart en heeft grotendeels parallel gelopen met de uitvoering van het verbeterplan fase II. De voortgang van dit traject zal ik in een volgende brief met uw Kamer delen.

⁴⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1356.

⁴⁸ Bijlage Rapportage Cultuuraudit GGD GHOR Nederland. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Op 28 oktober jl. heeft het Ministerie van VWS nog ongeveer 29,5 miljoen antigeentesten op voorraad voor professioneel gebruik. De orders voor deze antigeentesten zijn vorig jaar geplaatst om voorbereid te zijn op een brede inzet van testen om de samenleving zo veel als mogelijk open te houden. Het kabinet hecht er waarde aan om deze testvoorraad zo effectief en doelmatig mogelijk in te zetten. Hier spant de testketen zich hard voor in. Doordat de testvraag in de loop van 2021 lager uitviel dan geprognoseerd (onder andere als gevolg van aanscherpingen van de maatregelen in juli), is de voorraad minder afgenomen dan voorzien, terwijl er tegelijkertijd steeds rekening mee moest worden gehouden dat de vraag snel weer kon toenemen. Hierdoor is voor een deel van deze voorraad de uiterste houdbaarheidsdatum inmiddels overschreden. Tot en met oktober is voor ongeveer 4,1 miljoen testen de uiterste houdbaarheidsdatum overschreden; deze testen worden vernietigd, omdat de kwaliteit van de testen niet gewaarborgd kan worden. De testen komen daarom ook niet in aanmerking voor donatie of verkoop. Ook voor een tweede deel van de voorraad komt de uiterste houdbaarheidsdatum inmiddels in beeld: tot en met eind 2021 geldt dit naar schatting voor een aanvullende 5,3 miljoen testen. Voor de overige 20,1 miljoen antigeentesten ligt de uiterste houdbaarheidsdatum in 2022. We zetten alles op alles om de testen zo goed mogelijk in te zetten. Hiervoor worden momenteel verschillende opties afgewogen. Het doel is om de testen zo veel mogelijk in te zetten. Zo maken de testaanbieders van SON maximaal gebruik van de huidige voorraad antigeentesten voor professionele afname, op volgorde van het verstrijken van de houdbaarheidsdatum. Ook hebben we 100.000 antigeentesten gedoneerd aan Suriname. We onderzoeken andere mogelijkheden voor gebruik en donatie van de antigeentesten, zodat de testen zo nuttig mogelijk kunnen worden ingezet. De manier waarop we de testen zullen inzetten is mede afhankelijk van de keuzes die op korte termijn worden gemaakt.

Laboratoriumcapaciteit

Het Ministerie van VWS is op 30 juni jl. een aanbestedingsprocedure gestart voor het contracteren van moleculaire diagnostiek voor het coronavirus SARS-CoV-2. Deze aanbestedingsprocedure is gestart om er ook in de tweede helft van 2021 en in de eerste helft van 2022 zeker van te zijn dat er voldoende laboratoriumcapaciteit is zodat iedereen in Nederland zich met klachten kan laten testen. In deze aanbesteding gaat het specifiek om het contracteren van NAAT-testen en als gevolg van de aanbesteding is een maximale testcapaciteit van 92.000 testafnames per dag geborgd. Er wordt alleen betaald voor daadwerkelijk afgenomen testen. De contracten lopen tot en met 31 december 2021 waarbij ik deze contracten drie keer eenzijdig kan verlengen voor een periode van maximaal drie maanden.

De aanbesteding is ingedeeld in 24 percelen waarvan 23 percelen regionaal van aard zijn en één perceel landelijk van aard is. Het landelijke perceel is voor laboratoria die landelijk willen opereren. De dienstverlening in alle percelen richt zich niet alleen op het analyseren van de testmonsters en de diagnostiek, maar ook onder andere op het inkopen van het benodigde testmateriaal, het vervoer van de monsters en het registreren van de testresultaten in het automatiseringssysteem CoronIT. In de aanbestedingsprocedure kon een laboratorium zich inschrijven voor maximaal twee percelen. Door een maximum in te stellen aan het aantal inschrijvingen, wordt een goede marktwerking gestimuleerd en worden de kansen voor het midden- en kleinbedrijf bevorderd. Via deze procedure kan een substantieel deel van de markt daadwerkelijk worden gecontrac-

teerd, een bijkomend voordeel is bovendien dat er op deze manier geen afhankelijkheid ontstaat van een beperkt aantal partijen wat risico's mitigeert.

Op 27 oktober jl. heeft de voorlopige gunning plaatsgevonden, onder meer door een kort geding is hier enige vertraging opgelopen. Houdende eventuele bezwaren van partijen staat de definitieve gunning gepland in de komende week. Eventuele verdere vertraging in de aanbestedingsprocedure vormt geen probleem voor de beschikbare testcapaciteit, gezien de huidige contracten doorlopen tot de definitieve gunning heeft plaatsgevonden. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan uw Kamer om te kijken of er behoefte is aan centraal ingekochte laboratoriumcapaciteit voor het najaar waarbij het uitgangspunt blijft dat er te allen tijde voldoende testcapaciteit moet zijn om aan de testbehoefte te voldoen.

Innovatieve testmethoden: minder invasieve afnamen en uitkomsten speekselzelftest

Het OMT heeft in het 109^e advies⁴⁹ van 19 april jl. geadviseerd over de inzet van de mondspeelkit op basis van PCR of LAMP. Het OMT constateert dat de testsensitiviteit lager is dan bij een diepe keelneuswab, maar dat deze testafname geschikt is voor routinematige toepassing, bij voorkeur als alternatieve afnamemethode voor moeilijk te bemonsteren personen. De mondspeelkit wordt momenteel op deze wijze in een aantal GGD-teststraten ingezet. De sabbelwat wordt momenteel niet meer ingezet in de GGD-teststraten. In de praktijk bleek deze test erg tijdsintensief. Kinderen moesten soms langer dan een kwartier sabbelen en dan was er nog niet altijd voldoende materiaal verzameld. Daarom wordt in de teststraten voor kinderen tot en met 12 jaar gebruik gemaakt van een minder diepe afname (mid-turbinate-uitstrijk in plaats van de nasofarynxuitstrijk), conform de richtlijnen van het RIVM.⁵⁰ Met de invoering van deze minder invasieve afname, wordt testen laagdrempelig georganiseerd.

Van 9 september jl. tot en met 26 september jl. is in opdracht van het Ministerie van VWS een grootschalig onderzoek naar de waarde van de speekselzelftest en de neuszelftest uitgevoerd onder ruim 2.800 mensen. In de teststraten van de GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant en GGD Rotterdam Rijnmond zijn twee antigeen-zelftesten uitgedeeld – een neuszelftest en een speekselzelftest – waarvan de resultaten zijn vergeleken met de uitslag van een PCR-test (als referentiestandaard). Dit onderzoek is uitgevoerd onder leiding van prof. dr. Carl Moons van het UMCU, in samenwerking met de betrokken GGD'en, het RIVM, het Erasmus MC en Microvida. De resultaten van de neustest zijn vergelijkbaar met de resultaten van het eerdere onderzoek naar de (neus)zelftest, zoals die op 5 februari jl. in het OMT zijn besproken. De sensitiviteit van de neuszelftest is gecorrigeerd voor besmettelijkheid boven de 80%, waarmee de grote meerderheid van de besmettelijke mensen wordt gedetecteerd. Voor de groep mensen die testen wanneer ze symptomen hebben is de sensitiviteit bijna 90%. Hieruit concludeer ik dat deze neuszelftesten, ook onder veranderende epidemiologische omstandigheden met nieuwe virusvarianten en toegenomen immuniteit, nog steeds goed presteren. In de subgroep van mensen zonder enige symptomen of klachten op moment van testen, lijkt de sensitiviteit van de neuszelftest significant lager (rond de 40% na correctie voor besmettelijkheid). Kanttekening is dat deze groep in deze studie relatief klein was. Deze asymptomatische groep moeten niet verward worden met de

⁴⁹ Advies na 109^e OMT COVID-19, zie Kamerstuk 25 295, nr. 1135.

⁵⁰ COVID-19 Richtlijn, zie de alinea «Directe diagnostiek bij kinderen en speciale doelgroepen», zie https://lci.rivm.nl/richtlijnen/COVID-19#index_Diagnostiek.

uitkomsten van eerder onderzoek naar nauwe contacten zonder symptomen op het moment van testen⁵¹. Het verschil in sensitiviteit valt mogelijk te verklaren door de andere doelgroep: in het huidige onderzoek betrof het alle mensen zonder symptomen (gezien de onderzoeksperiode betreft het hier waarschijnlijk ook asymptomatische reizigers die terugkwamen van vakantie uit risicogebieden) ten opzichte van hoog-risico nauwe contacten zonder symptomen in het vorige onderzoek. Aanvullende analyses en vervolgonderzoek zijn hier op zijn plaats.

Uit de voorlopige resultaten van de speekseltest blijkt dat deze test helaas significant minder presteert dan de neustest. Op basis van onder meer dit onderzoek zie ik vooralsnog geen rol weggelegd voor antigeen-zelftesten op basis van speeksel voor grootschalige inzet. Of deze test wel inzetbaar is voor mensen die niet regulier getest kunnen worden, wordt uitgezocht. Hiermee voldoe ik aan de motie van het lid Westerveld over gevalideerde speekseltesten ook beschikbaar maken voor kinderen⁵².

Bron- en contactonderzoek (BCO)

De besmettingen lopen de afgelopen weer meer op, hierdoor worden besmettingen met een andere vorm van BCO opgevolgd omdat het aantal uit te voeren BCO's ruim boven de overeengekomen capaciteit van 4.400 BCO's per dag komt. Op dit moment zijn 1 GGD'en in staat om volledig BCO te doen met of zonder monitorgesprekken op dag 5 en dag 10 en 24 GGD'en doen risicogestuurd BCO, waarbij nog steeds indexgesprekken plaatsvinden.

Tussen 15 oktober jl. en 2 november was er sprake van een storing bij Justis. Dit betekent dat aangevraagde VOG's niet konden worden verwerkt en dat nieuwe VOG's niet konden worden aangevraagd. Onder de wachtenden zijn ook nieuwe BCO-medewerkers. GGD GHOR NL heeft in afstemming met het Ministerie van VWS voor gekozen deze mensen toch in te zetten voor het bron- en contactonderzoek met extra mitigerende maatregelen.

Daarnaast wordt vanaf 5 november a.s. BCO-op maat ingevoerd, conform het 116^e en 117^e OMT-advies. BCO op maat past meer bij de setting van een hoge vaccinatiegraad in Nederland en houdt in dat aan de hand van het indexgesprek samen met de index wordt bepaald wie de contacten van de index informeert. In veel gevallen zal de index hier zelf de regie in nemen, ondersteund door de app GGD Contact. Als de index dit wenst, of er bepaalde risicofactoren zijn voor de verspreiding van het virus, benadert de GGD (ook) zelf de contacten. Dit geeft de GGD de ruimte om extra in te zetten op situaties waar uitbreider (uitbraak)onderzoek essentieel is.

Criteria voor zo'n uitgebreid BCO kunnen bijvoorbeeld zijn:

- De index heeft een aangetoonde infectie of heeft risico gelopen op een Variant of Interest / Variant of Concern met beperkte verspreiding in Nederland;
- De index behoort tot een moeilijk bereikbare groep (bijv. taalbarrière of arbeidsmigranten);
- De index bevindt zich in een omgeving met een lage (verwachte) vaccinatiegraad/ weinig mensen die het afgelopen half jaar een besmetting hebben doorgemaakt;

⁵¹ Schout et al., «Diagnostic accuracy of rapid antigen tests in asymptomatic and presymptomatic close contacts of individuals with confirmed SARS-CoV-2 infection: cross sectional study», *BMJ* 2021;374:n1676, zie <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1676>.

⁵² Kamerstuk 25 295 nr. 1430.

- De index is onderdeel van een bekende cluster/uitbraak;
- De index kan zelf geen contactonderzoek doen vanwege diverse redenen.
- Voor het inzetten van BCO-op maat is de landelijke implementatie van GGD Contact noodzakelijk. Meer informatie over GGD Contact kunt u vinden onder het kopje «GGD Contact». Ook BCO-op maat zal verschillende fasen hebben afhankelijk van het aantal gemelde besmettingen, dit zal in de vorm van een stoplicht worden weergegeven:
- In fase groen wordt volledig BCO op maat uitgevoerd, zonder beperkingen.
- In fase oranje wordt meer capaciteit gecreëerd in een aantal stappen, bijvoorbeeld door kritischer te kijken wie in aanmerking komt voor uitgebreid BCO en door minder contexten te registreren. Hiermee komt er capaciteit vrij waardoor er meer indexen gebeld kunnen worden en dus meer BCO's uitgevoerd kunnen worden.
- In fase rood worden alleen de testuitslagen doorgegeven.

Op verzoek van uw Kamer van 26 oktober jl. heb ik het RIVM gevraagd een verdiepende analyse uit te voeren naar bestaande clusters besmettingen, specifiek in relatie tot omgevingen waar het coronatoegangsbewijs van kracht is. Deze clusteranalyse treft u aan in de bijlage van deze brief⁵³.

Tot slot heeft het BAO naar aanleiding van het 128^e OMT-advies geadviseerd om het BCO-beleid voor huisgenoten en nauwe contacten – die afweer tegen COVID-19 hebben opgebouwd door infectie en/of vaccinatie – aan te passen. Er wordt geadviseerd om bij:

- Huisgenoten zo spoedig mogelijk én op dag 5 te laten testen nadat index getest is;
- Nauwe contacten zo spoedig mogelijk en op dag 5 te laten testen na contact met de index;
- Huisgenoten, nauwe contacten en overige contacten altijd te testen bij klachten, ook wanneer men eerder negatief getest is.
- Dit beleid zal volledig ingevoerd worden vanaf 12 november 2021. Tevens zullen de LCI richtlijnen hierop aangepast worden.

⁵³ Bijlage verdiepende clusteranalyse in relatie tot coronatoegangsbewijs. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Tabel 1. Feiten en cijfers Testen en Traceren week 41–43

Indicator	Week 41	Week 42	Week 43
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen) ^{1, 2}	255.057 totaal per week 32.151 gemiddeld per dag	249.382 totaal per week 35.626 gemiddeld per dag	313.943 totaal per week 44.849 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen bij GGD testlocaties ¹	198.961 testen per week 28.423 gemiddeld per dag	233.286 testen per week 31.898 gemiddeld per dag	277.641 testen per week 39.663 gemiddeld per dag
Percentage sneltesten van het totaal aantal afgenomen testen bij de GGD ¹	4,3%	3,2%	3,2%
Totaal aantal afgenomen testen voor toegang en percentage positief ³	285.854 testen per week 0,2% positieven in testen voor toegang	351.658 testen per week 0,4% positieven in testen voor toegang	325.008 testen per week 0,5% positieven in testen voor toegang
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten ³	25.751 meldingen bij het RIVM 23.876 positieven uit de GGD-testlocaties 12,0% positieven in GGD-testlocaties	38.733 meldingen bij het RIVM 34.395 positieven uit de GGD-testlocaties 15,3% positieven in GGD-testlocaties	53.979 meldingen bij het RIVM 47.691 positieven uit de GGD-testlocaties 16,7% positieven in GGD-testlocaties
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen ⁴	30% (meting 5-11 oktober)	30% (meting 5-11 oktober)	30% (meting 5-11 oktober)
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname ¹	10,4 uur	10,3 uur	10,5 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag ¹	16,2 uur	16,2 uur	16,2 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafpraak en testuitslag ¹	26,6 uur	26,5 uur	26,7 uur
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) ¹	23,6 uur	23,3 uur	24,7 uur

¹ Bron: CoronIT en Dienst Testen lab-uitvraag (02/11/2021).

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

³ Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (02/11/2021).

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

12. Verbetering digitale ondersteuning/CoronaMelder

Digitale ondersteuning

CoronaMelder

Lessons Learned ontwikkeling CoronaMelder

Tijdens het debat van 2 september jl. heb ik uw Kamer toegezegd om Staatssecretaris Knops te vragen de ontwikkeling van de CoronaMelder app te evalueren en lessen te trekken om de omgang van de overheid met ICT te verbeteren.⁶⁵ Deze evaluatie is 4 maart jl. gestart. Het Adviescollege ICT-toetsing geeft aan hier voor het einde van dit jaar over te kunnen rapporteren.

Integratie CoronaMelder met coronatest.nl voor sneller delen GGD sleutel

⁶⁵ Handelingen II 2019/20, nr. 96, items 3 en 6.

Sinds 13 oktober jl. is het voor CoronaMelder gebruikers mogelijk om na een positieve test zelf hun GGD sleutel in te voeren op de website coronatest.nl en hiermee autorisatie te verlenen voor het versturen van waarschuwingen in de app. Hierdoor kunnen mensen die in contact zijn geweest met een besmet persoon sneller worden gewaarschuwd zonder tussenkomst van de GGD. Uit het evaluatieonderzoek naar CoronaMelder is eerder al gebleken dat CoronaMelder 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.⁶⁶ CoronaMelder gebruikers kunnen bij een positieve testuitslag daarmee op hun beurt weer sneller andere gebruikers waarschuwen. Ook de Begeleidingscommissie DOBC heeft hier eerder al over geadviseerd.⁶⁷

CoronaCheck

Cijfers en evaluatie

Op 1 november jl. was de CoronaCheck-app ongeveer 13,2 miljoen keer gedownload. Er zijn in totaal daarnaast ongeveer 57 miljoen QR-codes aangemaakt. Coronatoegangsbewijzen kunnen worden gescand met de CoronaCheck Scanner. Deze is 1,78 miljoen keer gedownload. Net als bij CoronaMelder vindt ook voor CoronaCheck een evaluatie plaats. De eerste twee tussenrapportages in het kader hiervan zijn op www.coronacheck.nl gepubliceerd. In tegenstelling tot wat ik uw Kamer eerder schreef⁶⁸, zal het eindrapport van deze evaluatie in november 2021 beschikbaar komen waarna ik het uw Kamer toe zal sturen.

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 mensen hun QR-code niet direct in de app kunnen maken. Er zijn nog enkele uitzonderingssituaties die groepen van relatief beperkte omvang en individuele personen raken. Burgers worden over alle handelingsperspectieven geïnformeerd via www.coronacheck.nl en de website van de rijksoverheid.⁶⁹

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, 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. Deze is naar verwachting half november werkzaam. Ook voor mensen die niet beschikken over een BSN, zoals bijvoorbeeld asielzoekers of arbeidsmigranten die niet de mogelijkheid hebben een DigiD aan te vragen, wordt gewerkt aan een oplossing om alsnog een QR-code uit te kunnen geven. Daartoe wordt er op korte termijn een online oplossing gerealiseerd bij de GGD-en, zodat ook deze mensen een coronatoegangsbewijs kunnen krijgen. Deze oplossing wordt de komende weken uitgerold. In de

⁶⁶ 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/>.

⁶⁷ «Zelfstandig online delen van de sleutel door een index, direct na het krijgen van een positieve uitslag, helpt tevens om meldingen van risicoblootstellingen sneller te verspreiden over nauwe contacten, en maken het BCO in zijn huidige vorm minder uitgebreid.» Zie: Advies 18, Begeleidingscommissie DOBC: Regie van CoronaMelder – juist nu! (Kamerstuk 25 295, nr. 1063).

⁶⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1396.

⁶⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-COVID-19/coronabewijs/hulp-en-vragen-over-coronabewijs/vragen-over-coronabewijs>.

tussentijd is het voor alle in derde landen gevaccineerde personen zonder BSN maar wel woonachtig in Nederland, zoals bijvoorbeeld internationale studenten en expats, mogelijk om via de GGD regio's Utrecht en Groningen een QR-code te krijgen met onbeperkte geldigheidsduur. Momenteel wordt eraan gewerkt om dit breder uit te rollen, te beginnen bij de GGD Rotterdam-Rijnmond.

Vanaf 13 oktober jl. is het daarnaast technisch mogelijk gemaakt om in CoronaCheck ook positieve testresultaten van andere testaanbieders (dan de GGD) op te halen, indien deze juist zijn doorgegeven aan de GGD. Hier kan in de app een herstelbewijs van worden gemaakt. Gezien de geldigheidsduur van een herstelbewijs, kan dit op dit moment alleen met testgegevens die maximaal 180 dagen oud zijn. Het kunnen aanmaken van een vaccinatiebewijs op basis van een positief testresultaat en een geregistreerde vaccinatie, is technisch nog niet mogelijk. Dit vergt een aanpassing waarbij ook positieve testresultaten die ouder zijn dan 180 dagen ontsloten dienen te worden.

Adviezen 26 en 27 Begeleidingscommissie DOBC

Advies 26

Op 30 september jl. heb ik van de Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning in de Bestrijding van COVID-19 (DOBC) haar zesentwintigste advies ontvangen⁷⁰. Hierin constateert de commissie dat het coronatoegangsbewijs momenteel te sterk gekoppeld is aan het installeren van een app en adviseert om een papieren versie veel toegankelijker te maken. Daarnaast gaan zij ook in op de mogelijke aantasting van het vertrouwen in huidige, maar ook toekomstige digitale ondersteuningsmiddelen en de noodzaak aandacht aan communicatie te besteden. Ik onderschrijf dat het belangrijk is om een vertrouwensband tussen burger en overheid te bereiken en te behouden waar het gaat om digitale pandemiebestrijding. Ten aanzien van de aspecten waarover de commissie heeft geadviseerd deel ik graag het volgende.

Toegankelijkheid en ondersteuning Coronatoegangsbewijzen

Toegankelijkheid en inclusiviteit zijn voor mij belangrijke aspecten. De constatering van de commissie dat het coronatoegangsbewijs te sterk is verbonden met de installatie van een app, namelijk de CoronaCheck-app, deel ik niet. Er is van begin af aan ingezet op alternatieve routes voor mensen die de app niet willen of kunnen gebruiken. Er zijn meerdere alternatieven beschikbaar waarbij geen smartphone en/of internet nodig zijn voor het aanmaken van een bewijs. Zo kan het coronatoegangsbewijs zelf of met hulp uitgeprint worden via www.coronacheck.nl/print en is het voor mensen die minder digitaal vaardig zijn of die niet beschikken over de benodigde middelen mogelijk om telefonisch een coronatoegangsbewijs aan te vragen via de CoronaCheck Helpdesk (0800-1421) of het publieksinformatienummer coronavirus (0800-1351). Deze wordt dan per post naar het huisadres opgestuurd. Inmiddels zijn via deze route al 540.000 papieren bewijzen geprint en toegestuurd. Ook is het sinds 28 september jl. ook mogelijk om via een papieren antwoordformulier een bewijs aan te vragen. Dit is inmiddels al ruim 18.000 keer gedaan, veelal met hulp van bibliotheken. Gebruikers die hulp nodig hebben bij de aanvraag van een coronatoegangsbewijs of het gebruik van CoronaCheck, kunnen voor ondersteuning ook terecht in bibliotheken bij het Informatiepunt Digitale Overheid.

Daarnaast zijn video's beschikbaar waarin uitgelegd wordt hoe CoronaCheck werkt en hoe een coronatoegangsbewijs op papier kan worden

⁷⁰ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

aangevraagd. Ook is een Steffie module over de digitale aanvraag van coronabewijzen beschikbaar. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van acties die continu worden genomen om het gebruik en het aanvragen van een coronatoegangsbewijs voor iedereen zo toegankelijk en begrijpelijk mogelijk te maken.

Verantwoorde inzet apps

Mogelijk zal in de toekomst vaker digitale ondersteuning worden ingezet. Het is daarbij goed om vooraf na te gaan aan welke voorwaarden dergelijke ondersteuning moet voldoen. Zoals aan de Eerste Kamer toegezegd, is de Gezondheidsraad gevraagd een kader met criteria te ontwikkelen voor het gebruik van gezondheidsapps voor screeningsdoel-einden, zodat ook in de toekomst apps voor publieke gezondheid verantwoord worden ingezet. Op 12 juli jl. heb ik het advies van de Gezondheidsraad over de verantwoorde inzet van apps voor publieke gezondheid naar uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 27 529, nr. 565). Op 19 oktober jl. heeft u een reactie hierop ontvangen.⁷¹ Ook voor het gebruik en inzet van gezondheidsapps in bredere context is aandacht. Het Nationaal eHealth Living Lab (NeLL) is daarvoor al eerder gevraagd om in samenwerking met veldpartijen te komen tot één breed gedragen landelijk toetsingskader. Beide kaders kunnen bijdragen aan de structurele verantwoorde inzet van mogelijk toekomstig te ontwikkelen digitale ondersteuningsmiddelen.

Advies 27

Op 15 oktober jl. ontving ik vervolgens het 27^{ste} advies van de Begeleidingscommissie waarin zij aandacht vragen voor het handelingsperspectief dat op dit moment in CoronaMelder gegeven wordt aan mensen die in bepaalde mate beschermd zijn tegen het coronavirus⁷². De commissie is van mening dat iedereen die een notificatie van nauw contact in de app krijgt, ook in afwezigheid van klachten, geadviseerd moet worden om zich te laten testen bij de GGD.

Dit onder andere om zicht te blijven houden op het virus en varianten daarvan, als ook om het draagvlak voor de app te behouden. Naar aanleiding van het 126^e OMT-advies waarin een nieuw testadvies voor huishoudcontacten en nauwe contacten is gegeven, zal ik nagaan wat dit betekent voor het handelingsperspectief van CoronaMelder gebruikers. Hier zal ik in een volgende Kamerbrief nader op ingaan.

13. Vaccinaties

Een zo hoog en zo homogeen mogelijke vaccinatiegraad is en blijft cruciaal in de bestrijding van de coronapandemie. Daarom heeft het verder verhogen van de vaccinatiegraad de hoogste prioriteit om de risico's van het virus te beheersen en de kwetsbaren in onze samenleving te beschermen. De oplopende besmettingscijfers en ziekenhuisopnamen onderstrepen wederom het belang van vaccinatie. Door vaccinatie bescherm je immers niet alleen jezelf, maar draag je ook bij aan een betere bescherming van je sociale omgeving en van de samenleving als geheel. Het verder verhogen van de vaccinatiegraad draagt bij aan de vermindering van de hoge druk op de ziekenhuizen. De druk op de ziekenhuizen is de afgelopen weken sterk toegenomen door een stijging van het aantal opgenomen coronapatiënten. In een aantal gevallen gaat dit ten koste van de reguliere medisch-specialistisch zorg, waardoor mensen onnodig langer moeten wachten op de zorg die zij nodig hebben.

⁷¹ Kamerstuk 27 529, nr. 269.

⁷² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Gelukkig melden zich nog steeds mensen voor een eerste prik tegen COVID-19. Vorige week is in Nederland de 24 miljoenste prik gezet. We zien, langzaam maar gestaag, een verdere toename van het aantal mensen dat is gevaccineerd. Van alle 18-plussers heeft 87,5% minimaal één prik gehad en is 84,1% volledig gevaccineerd. Van alle 12-plussers heeft 85,4% minimaal één prik gehad en is 82,1% volledig gevaccineerd⁷³ (bron: RIVM). Het kabinet blijft zich de komende periode vol inspannen om de vaccinatiegraad verder te verhogen. Over de aanpak daarvan wordt onder het kopje *Verder verhogen vaccinatiegraad* nader ingegaan.

Advisering Gezondheidsraad over boostervaccinatie

Op 14 september jl. heeft de Gezondheidsraad een eerste advies uitgebracht over de noodzaak van boostervaccinatie voor de algemene populatie.⁷⁴ Op basis van RIVM-data concludeerde de Gezondheidsraad op dat moment dat de in Nederland gebruikte coronavaccins zeer goed beschermen tegen ziekenhuis- en IC-opname door COVID-19 en dat boostervaccinatie daarmee nog niet aan de orde was. Wel benadrukte de Gezondheidsraad dat het van belang is te anticiperen op afnemende bescherming van de primaire COVID-19-vaccinatieserie en rekening te houden met een boostervaccinatie voor bepaalde groepen in de samenleving. In dit kader heb ik het RIVM gevraagd de vaccineffectiviteit nauwlettend te monitoren en hierover tweewekelijks te rapporteren.

Zoals eerder in deze brief aangegeven, blijkt uit deze rapportages dat de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opname nog steeds zeer hoog is. Voor de meeste leeftijdsgroepen wordt een effectiviteit van meer dan 90% gezien. Er zijn echter ook enkele (internationale) onderzoeken verschenen waarin een geleidelijke afname van de vaccineffectiviteit tegen milde COVID-19 wordt geobserveerd, met name bij ouderen. Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd met spoed een aanvullend advies uit te brengen over de boostervaccinatie. Daarbij heb ik ook aangegeven dat ik vanuit het voorzorgsprincipe beoog de mensen die het meest kwetsbaar zijn binnen afzienbare tijd een boostervaccin aan te bieden.

De Gezondheidsraad heeft mij vandaag geadviseerd te starten met een boostervaccinatie voor ouderen vanaf 60 jaar en bewoners van zorginstellingen vanaf 18 jaar.⁷⁵ De Gezondheidsraad benoemt hiervoor verschillende redenen. Allereerst bereiken ouderen na een primaire vaccinatieserie een minder hoge bescherming tegen COVID-19. Ook zijn er volgens de Gezondheidsraad inmiddels immunologische en klinische aanwijzingen dat bescherming tegen symptomatische infectie bij oudere leeftijdsgroepen sneller afneemt en dat de bescherming tegen ziekenhuisopname onder ouderen mogelijk lager is. Omdat leeftijd de belangrijkste voorspeller is voor een ernstig beloop van COVID-19, is het volgens de raad van belang om ouderen extra te beschermen tegen het coronavirus. De Gezondheidsraad geeft aan dat ook alle bewoners van instellingen van 18 jaar en ouder, zoals verpleeghuisbewoners, een boostervaccinatie zouden moeten krijgen.

De Gezondheidsraad ziet op dit moment geen medische aanleiding tot boostervaccinatie voor gezonde personen jonger dan 60 jaar waaronder personen met onderliggende ziekten. Voor de laatste groep geldt dat de mensen met een ernstig gecompromitteerd immuunsysteem reeds in aanmerking komen voor een derde vaccinatie. Verder geeft de raad aan

⁷³ Dit is inclusief het meetellen als volledig gevaccineerd van mensen die één prik hebben gehad na doorgemaakte Covid-19.

⁷⁴ Boostervaccinatie tegen COVID-19 | Advies | Gezondheidsraad.

⁷⁵ Boostervaccinatie tegen COVID-19; vervolgadvisies | Advies | Gezondheidsraad.

dat er vanuit maatschappelijk oogpunt andere redenen kunnen bestaan om specifieke groepen een boostervaccin aan te bieden, zoals zorgmedewerkers. Dergelijke overwegingen moeten volgens de Gezondheidsraad wel afgewogen worden tegen het belang van inzet van vaccins voor primaire vaccinatie ter bestrijding van de pandemie wereldwijd.

Voor personen die één dosis van het Janssen-vaccin hebben ontvangen geeft de Gezondheidsraad aan dat er momenteel geen aanwijzingen zijn voor een onvoldoende bescherming tegen ernstige ziekte onder de 60 jaar. De raad adviseert voor deze groep het oordeel van het EMA af te wachten over een extra dosis vaccin. Na het EMA-oordeel verwacht ik advies van de Gezondheidsraad. Op basis daarvan zal ik besluiten of dit advies wordt overgenomen.

De Gezondheidsraad adviseert mRNA-vaccins te gebruiken binnen de boostercampagne, ongeacht de primaire vaccinatieserie die mensen hebben ontvangen (BioNTech/Pfizer, Moderna, AstraZeneca, of Janssen). Het Europees Medicijn Agentschap (EMA) heeft inmiddels een positief advies afgegeven voor boostervaccinatie in personen van 18 jaar en ouder met de vaccins van Pfizer/BioNTech en Moderna. Een boostervaccinatie zou volgens het EMA niet eerder dan 6 maanden na de initiële vaccinatie-serie gegeven moeten worden.

Besluit

Ik neem het huidige advies van de Gezondheidsraad over. De inzet van een boostervaccin vind ik om meerdere redenen belangrijk. Allereerst draagt boostervaccinatie van 60-plussers en bewoners van instellingen bij aan het verder voorkomen van ernstige ziekte en sterfte door COVID-19. Het toenemend aantal besmettingen maakt dat we de meest kwetsbare mensen in onze samenleving nog beter moeten beschermen tegen het coronavirus. In aanvulling daarop wil ik vanuit het voorzorgsprincipe ook het zorgpersoneel in aanmerking laten komen voor een boostervaccin. De druk op de zorg blijft onverminderd hoog, mede door het toenemende aantal coronapatiënten op de IC's en andere ziekenhuisafdelingen en de hoge uitval, mede door corona besmettingen, onder zorgmedewerkers. Om zoveel als mogelijk te voorkomen dat de zorg in het gedrang komt, waardoor bijkomende gezondheidsschade op kan treden, wordt het zorgpersoneel uitgenodigd voor een booster vaccinatie. Dit kan helpen bij het voorkomen van besmettingen onder zorgpersoneel en het in stand houden van de zorgcapaciteit. Onder zorgpersoneel wordt hier verstaan personeel met direct patiëntcontact werkend in het ziekenhuis, de revalidatiezorg, de huisartsenpraktijk, ambulancepersoneel, het verpleeghuis, de intramurale gehandicaptenzorg, kleinschalige woonvormen, de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en ggz-crisisdienst, wijkverpleging.

Aangezien de Gezondheidsraad geen medische noodzaak ziet tot boostervaccinatie voor gezonde personen jonger dan 60 jaar waaronder personen met onderliggende ziekten, wil ik me vooralsnog primair richten op boostervaccinatie van 60-plussers, bewoners van instellingen en zorgpersoneel met direct patiëntcontact. Hoewel de Gezondheidsraad daar op dit moment nog geen medische noodzaak toe ziet, kan iedereen die dat wil ook de boosterprik gaan halen nadat de andere groepen aan de beurt zijn geweest.

De uitvoering van bovenstaand besluit zal gepaard gaan met uitvoeringskosten, zowel in 2021 als 2022. De omvang van de budgettaire consequenties die uitkomen boven het reeds beschikbare budget zal met een incidentele suppletoire begroting voor 2021 en een nota van wijziging

voor 2022 aan uw Kamer worden gemeld. Vanwege de snelle uitvoering van dit beleid zal ik mij in de komende ISB beroepen op artikel 2.27, tweede lid uit de Comptabiliteitswet.

Randvoorwaarden

Het Europees Medicijn Agentschap (EMA) heeft inmiddels een positief advies afgegeven voor boostervaccinatie in personen van 18 jaar en ouder met de vaccins van Pfizer/BioNTech en Moderna. Een boostervaccinatie zou volgens het EMA niet eerder dan 6 maanden na de initiële vaccinatie-serie gegeven moeten worden. Voor de boostercampagne zal conform het advies van de Gezondheidsraad gebruik gemaakt worden van de beschikbare mRNA-vaccins. Vanaf 6 maanden na de laatste vaccinatie kunnen mensen uit de verschillende doelgroepen in aanmerking komen voor een boostervaccinatie.

Uitvoering

Zoals ik in mijn brief van 14 september jl., heb aangegeven heb ik het RIVM gevraagd in samenspraak met relevante uitvoerende partijen voorbereidingen voor een boostercampagne te treffen. De afgelopen weken heeft het RIVM, samen met de GGD'en en andere betrokken partijen, scenario's ontwikkeld.

Binnen deze scenario's is onderscheid gemaakt tussen verschillende doelgroepen:

1. Leeftijdsgroep 60 jaar en ouder, mobiele mensen
 2. Leeftijdsgroep 60 jaar en ouder, niet-mobiele mensen
 3. Bewoners van zorginstellingen met een medische dienst
 4. Bewoners van zorginstellingen zonder medische dienst
 5. Zorgpersoneel met direct patiëntcontact
 6. Leeftijdsgroep 60 jaar en jonger (waaronder de «griep prik-groep»)
- Op basis van het advies van de Gezondheidsraad, dat heden is gepubliceerd, heb ik besloten te starten met het aanbieden van een boostervaccinatie aan 60-plussers, bewoners van instellingen vanaf 18 jaar, en het zorgpersoneel. De groep 60 jaar en jonger zijn aan de beurt als de andere groepen zijn geweest.

Mobiele 60-plussers

De GGD'en hebben aangegeven dat zij op 6 december zullen starten met het vaccineren van mobiele 60-plussers. Vanaf eind november zal deze groep van oud naar jong worden uitgenodigd. De verwachting is dat alle 80-plussers in december een boostervaccinatie kunnen halen.

Niet-mobiele thuiswonenden

Voor de 60-plussers die echt niet in staat zijn naar de GGD-vaccinatie locatie te gaan, bestaat de mogelijkheid aan huis te vaccineren door de GGD. Dit zal vanaf januari mogelijk zijn.

Bewoners van instellingen

Instellingen met een eigen medische dienst plannen nu de startdata. Instellingen die in december al gereed zijn voor uitvoering, kunnen in december ook al starten. Instellingen die meer voorbereidingstijd wenselijk vinden zullen in januari starten. Voor instellingen zonder eigen medische dienst zal de GGD de hoofduitvoerder van de vaccinatie worden. Voor instellingen waarbij bewoners deels onder de eigen medische dienst, deels onder de huisartsenzorg vallen, wordt in onderling

overleg bekeken wie de uitvoerder van de vaccinatie wordt, de instelling of de GGD. Deze instellingen starten vanaf januari. Onder «instellingen» vallen verpleeghuizen, kleinschalige woonvormen, instellingen verstandelijk gehandicapten, revalidatiecentra, GGZ-instellingen en instellingen voor beschermd wonen.

Zorgpersoneel met direct patiëntcontact

Voor de groep mensen die vallen onder de definitie van zorgpersoneel ben ik in gesprek met uitvoerende partijen om deze groep binnen afzienbare termijn een boostervaccinatie aan te bieden. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de wijze van registratie, de logistiek en het selectie- en uitnodigingsproces. De ziekenhuizen hebben in de eerste ronde het personeel vallend onder de acute zorg gevaccineerd. De groep zoals ik die definieer voor de booster is een significante uitbreiding. In de komende dagen en weken wordt de uitvoering van deze operatie concreet uitgewerkt. Er is met name aandacht voor het selectie- en uitnodigingsproces, de logistiek en de wijze van registratie. Ik informeer uw Kamer binnen afzienbare tijd over de uitwerking.

Doorlooptijd

In tegenstelling tot de eerste helft van dit jaar hebben we niet meer te maken met vaccinschaarste. Dat maakt de uitvoering makkelijker. Echter, er zijn drie factoren die van invloed zijn op de doorlooptijd van de boostervaccinatie. De belangrijkste factor is de beschikbaarheid van personeel. De arbeidsmarkt is nu krappere dan een jaar geleden. Dit geldt voor het ondersteunend personeel en met name voor de beschikbaarheid van artsen. De tweede factor is de complexiteit van vaccineren in instellingen, specifiek de kleinere instellingen, en bij mensen aan huis. Deze trajecten vragen maatwerk en zijn arbeidsintensief, zowel in de planning als de daadwerkelijke uitvoering. Uiteraard is ook de opkomst onder de doelgroepen heeft invloed op de doorlooptijden.

Vaccinatie beschermt goed tegen ziekenhuisopname

Het RIVM heeft op 14 oktober jl. een onderzoek gepubliceerd over de vaccinatiestatus van COVID-19-patiënten in de Nederlandse ziekenhuizen⁷⁶. Dit onderzoek laat zien dat 4 op de 5 COVID-19-patiënten op de intensive care (IC) niet gevaccineerd zijn tegen het coronavirus. Van alle in het ziekenhuis opgenomen COVID-19-patiënten zijn 3 op de 4 niet gevaccineerd. Hiermee kom ik tegemoet aan mijn toezegging aan het lid Agema tijdens de begrotingsbehandeling van 26 tot 28 oktober jl.

Voor het onderzoek van het RIVM is data gebruikt op basis van NICE-gegevens. Deze gegevens zijn vervolgens verrijkt met gegevens uit het centrale COVID-19-vaccinatieregister (CIMS). De koppeling tussen de NICE- en CIMS-gegevens vormt de meest betrouwbare bron om de mate van bescherming die de vaccinaties bieden tegen ziekenhuisopnamen te monitoren.

In het onderzoek zijn de opnamen meegenomen tussen 1 september 2021 en 3 oktober 2021. Van de in totaal 1482 COVID-19-patiënten die opgenomen zijn in deze periode was van 1369 (92%) patiënten de vaccinatiestatus bekend. Van deze groep waren 998 (73%) patiënten niet gevaccineerd, 31 patiënten (3%) deels gevaccineerd en 340 (24%) patiënten volledig gevaccineerd. In diezelfde periode zijn 311 COVID-19-patiënten opgenomen op de IC. Van deze groep was de vaccinatiestatus van 282 (91%) patiënten bekend. Van hen waren 235 (83%) patiënten niet

⁷⁶ 4 op de 5 COVID-19-patiënten op de IC is niet gevaccineerd | RIVM.

gevaccineerd, 3 (1%) deels gevaccineerd en 44 (16%) patiënten volledig gevaccineerd.

Het RIVM heeft aan mij aangegeven dat uit een eerste analyse van de nieuwste data van de ziekenhuis- en IC-opnames in NICE tot en met 31 oktober een nagenoeg onveranderde hoge vaccineffectiviteit blijkt van 94% tegen ziekenhuisopname en 97% tegen IC-opname. De verzamelde data wordt momenteel nog nader geanalyseerd en verwerkt. De heer Van Dissel zal tijdens de technische briefing van woensdag 3 november meer inzicht en duiding geven over de vaccinatiestatus van de in het ziekenhuis opgenomen COVID-19-patiënten op basis van de cijfers van NICE tot en met 31 oktober 2021.

MUMC

Vorige week tijdens het Tweede Kamerdebat over de begroting 2022 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Handelingen II 2021/22, nrs. 13 en 15, Debat over de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2022), heb ik met u gesproken over de berichtgeving van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC) dat 8 op de 10 patiënten zijn gevaccineerd op de reguliere COVID-19-verpleegafdeling. Deze waarneming wijkt echter sterk af van zowel het landelijk beeld als het bredere beeld bij het MUMC zelf. Het is daarom belangrijk om de cijfers van het MUMC nader te duiden. De gepubliceerde cijfers van het MUMC zijn een specifieke momentopname van één week, te weten van 18 tot en met 24 oktober 2021. Zo laten de opnamecijfers van de gehele maand oktober een heel ander beeld zien. Van alle patiënten die in oktober zijn opgenomen voor een COVID-19-infectie in het MUMC was 64% ongevaccineerd. Het MUMC geeft op de eigen website aan dat deze opvallende statistiek van de week 18 tot en met 24 oktober verklaard kan worden door de relatief oude patiëntenpopulatie.

Toezeggingen aan mevrouw Van der Plas

Tijdens het debat van de begrotingsbehandeling (28 oktober 2021 jl. (Handelingen II 2021/22, nr. 15, debat over de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2022) heb ik enkele toezeggingen gedaan richting mevrouw Van der Plas (BBB). Allereerst heb ik aangegeven na te zullen gaan of het mogelijk is een inschatting te geven van de groep die zich daadwerkelijk niet kan laten vaccineren. Het RIVM meldt dat er inderdaad een groep mensen is die om medische redenen nog niet (volledig) gevaccineerd kan worden maar dat deze groep erg klein is, ook in verhouding tot het totaal aantal ongevaccineerden. Dit zijn bijvoorbeeld mensen die een zeer zeldzame bijwerking hebben gekregen na vaccinatie met het AstraZeneca- of Janssen-vaccin. Mensen met deze zeer zeldzame bijwerking kunnen in enkele gevallen alsnog met een ander merk vaccin worden gevaccineerd. Daarnaast zijn er mogelijk nog specifieke ziektes of omstandigheden waarbij een medisch specialist adviseert om geen vaccinatie te nemen. Op dit moment is voor deze selecte groep mensen een volledige vaccinatie niet mogelijk. Het RIVM geeft aan dat zij op dit moment geen harde getallen hebben over de precieze omvang van deze groep maar schat deze erg klein omdat dit zeldzaam is. Mensen met een allergische reactie na de eerste dosis of bij een bekende allergie voor één van de bestanddelen van de vaccins, kunnen zich melden bij de huisarts. In de meeste gevallen is het mogelijk om onder begeleiding van een allergoloog alsnog een vaccinatie te ontvangen.

Mevrouw Van der Plas heeft mij ook gevraagd om een actueel overzicht te geven van de mensen die op de IC liggen, hoeveel daarvan ongevaccineerd zijn en hoeveel daarvan ernstig onderliggend lijden of een

medische contra-indicatie hebben. Ik beschik nog niet over een actueel overzicht. Het RIVM heeft mij gemeld dat de heer Van Dissel hier tijdens de technische briefing van 3 november 2021 in zal gaan op het aandeel ongevaccineerden dat op de IC ligt. Het RIVM beschikt niet over informatie over ernstig onderliggend lijden of contra-indicaties van COVID-19-patiënten in ziekenhuizen. Deze data wordt voor patiënten op de IC terecht komen wel bijgehouden door NICE. Deze informatie is er niet voor ziekenhuisopnamen van de reguliere COVID-19-verpleegafdelingen. De gegevens over onderliggend lijden bij IC-opname worden momenteel nog niet met het RIVM gedeeld en het is op dit moment dan ook niet mogelijk om een verrijkt beeld te geven. Ik heb het RIVM gevraagd om met stichting NICE in gesprek te gaan om te bekijken of en hoe binnen de juridische kaders rondom privacy deze gegevens ook gebruikt kunnen worden voor een nog beter inzicht. Ik zal u informeren over de uitkomst daarvan.

Daarbij is mij ook gevraagd inzichtelijk te maken wat de reden is waarom de patiënten in de ziekenhuizen niet gevaccineerd zijn. Verschillende onderzoeken bieden inzicht in de motivaties van niet-gevaccineerden om zich niet te laten vaccineren. Hierin worden vaak zorgen over de veiligheid van de vaccinaties, vertrouwen in het eigen afweersysteem, geen angst voor de gevolgen van het virus en weinig vertrouwen in de overheid en/of farmaceutische bedrijven genoemd. Daarnaast spelen er verschillende onderliggende redenen een rol zoals religieuze overwegingen, sociale normen en beperkte toegang tot informatie. Het RIVM zal in overleg met ziekenhuizen verkennen of er specifieke motivaties zijn tot niet vaccineren specifiek onder patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis.

Tot slot heb ik aangegeven het RIVM te vragen of het mogelijk is centraal een medische contra-indicatie voor vaccinatie te registreren en daarover periodiek te rapporteren. Medische contra-indicaties worden niet centraal maar in het medisch dossier van een individuele patiënt geregistreerd. Ook in ziekenhuizen wordt hier geen centrale registratie voor bijgehouden. Aangezien het naar verwachting slechts een enkele patiënt betreft die om medische redenen niet gevaccineerd kan worden, lijkt het volgens het RIVM niet opportuun dit op te nemen in hun periodieke rapportage.

Verder verhogen vaccinatiegraad

In de brief van 14 september jl. ben ik uitgebreid ingegaan op de wijk- en doelgroepgerichte aanpak om de vaccinatiegraad te verhogen. Hieronder ga ik in op extra en voortgezette inspanningen in kwetsbare wijken en bij achterblijvende doelgroepen in de komende periode. Daarmee voldoe ik aan de moties van het lid Bikker (CU) over extra inspanningen om bewoners in kwetsbare wijken te bereiken met informatie over vaccinatie en met vaccinatiemogelijkheden.⁷⁷ En de motie van de leden Bikker (CU) en Kuiken (PvdA) over extra inspanning om in kwetsbare wijken niet-gevaccineerde bewoners een vrijwillige vaccinatie aan te bieden.⁷⁸ En tot slot, de motie van de leden Van den Berg (CDA) en De Vries (VVD) over opschalen van mobiele prikbusen waar zonder een afspraak een vaccin gehaald kan worden.⁷⁹

⁷⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1432.

⁷⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1370.

⁷⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1365.

Inzicht in de groepen die zich nog niet hebben laten vaccineren: voorlichting & informatie

In mijn eerdere brief heb ik toegelicht dat de groep ongevaccineerden onder te verdelen is in ruwweg drie groepen:

- Groep A: Mensen die zich willen laten vaccineren, maar dat om wat voor reden dan ook nog niet hebben gedaan. Interventies voor deze groep zijn gericht op het wegnemen van fysieke barrières.
- Groep B: Deze groep bestaat uit twijfelaars die meer emotionele, functionele en sociale barrières ervaren.

• Groep C: Bestaande uit mensen die (vooralsnog) geen prik willen. Er zijn heel veel interventies ingezet, zoals prikken zonder afspraak, verruimen van openingstijden, pop-up-locaties en prikken in de wijk, gericht om fysieke drempels weg te nemen. Hiermee is het grootste gedeelte van de fysieke barrières al beslecht en is de groep die hierdoor nog geen prik heeft gehaald naar verwachting nog maar heel klein. Voor de groepen B en C is een aanvullende aanpak gestart, gericht op het «in gesprek gaan». Het betreft ingaan op twijfels en vragen ten aanzien van vaccinatie en het informeren hierover. Het is daarbij van belang uitleg te geven over het beschermen van de eigen gezondheid en die van de sociale omgeving. Voor een uitgebreid overzicht van voorlichting en informatie over vaccinaties verwijs ik u naar paragraaf 17.

Inspanningen gericht op stadswijken, gemeenten en doelgroepen met een lage vaccinatiegraad

Bewoners van kwetsbare wijken lopen meer risico op een besmetting of ernstig verloop van een COVID-19-besmetting. Bij deze aanpak worden, op basis van data, inzichten over waar de vaccinatiegraad achterblijft gecombineerd met de lokale kennis en expertise van de GGD om te bepalen welke inspanningen waar het beste kan worden ingezet.

Bestaande netwerken worden ingezet voor het voeren van gesprekken binnen de gemeenschap en voor informatievoorziening via vertrouwde sleutelfiguren, buurtteams of bijvoorbeeld de huisarts. Nog steeds worden bij ontmoetingsplekken binnen de gemeenschap, zoals bij een kerk of moskee, informatie en vaccinaties aangeboden. In vrijwel alle regio's geven GGD'en voorlichting bij of vaccineren in of bij gebedshuizen.

De GGD opent ook meer informatie- en priklocaties op drukbezochte of doorstroomlocaties, zoals op Hoog Catharijne in Utrecht en bij ziekenhuizen. Een van de voornaamste doelen van de inzet van de GGD op locatie is de dialoog aangaan en het goede gesprek over vaccineren te voeren. GGD GHOR Nederland ondersteunt de GGD'en en andere zorgpartners hierbij door het bieden van overzicht van mogelijke interventies, die beproefd en bewezen zijn in de verschillende regio's. In samenwerking met gemeenten zoekt de GGD steeds naar de beste plek voor mobiele vaccinatielocaties. Deze hoeven niet altijd in de kwetsbare wijken zelf geplaatst te worden omdat sociale druk in de wijk of het dorp de effectiviteit van de vaccinatielocatie sterk kan verminderen. Andere voorbeelden van informatievoorziening zijn de medisch specialisten in het Maasstadziekenhuis die het gesprek gestart zijn met hun patiënten. Daarnaast werken GGD en huisartsen samen, zoals in Staphorst waar huisartsen informatie geven over vaccinatie en in Urk waar het mogelijk wordt gemaakt dat huisartsen kunnen gaan vaccineren.

Inzet apothekers

Tijdens het debat van 16 september jl. (Handelingen II 2020/21, nr. 107, items 5 en 7) heb ik de heer Paternotte (D66) toegezegd na te gaan wat gesprekken met de apothekers hebben opgeleverd, in het licht van hun

mogelijke bijdrage bij het verder verhogen van de vaccinatiegraad. Zoals bekend heb ik eerder aan GGD-GHOR Nederland gevraagd of zij de GGD-regio's kunnen vragen een pilot te starten, waarbij een prikbus van de GGD bij een apotheek geplaatst kan worden. Er start in november een pilot in drie apotheken in Friesland, waarbij de apotheek ingezet wordt als pop-up locatie voor de GGD om te vaccineren. De apotheek zal hier een rol innemen in de voorlichting aan mensen. Apothekers zijn in Nederland niet bevoegd om vaccins te plaatsen bij mensen. Dit is een voorbehouden handeling geregistreerd onder de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). De huisartsen worden geïnformeerd en kunnen patiënten doorverwijzen naar de betreffende locatie.

Tevens heeft de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) aangegeven bereid te zijn via hun contacten informatie te verspreiden, vragen te beantwoorden en te verwijzen naar de GGD-vaccinatielocaties. Vooral apotheken in wijken met een achterblijvende vaccinatiegraad in de grote steden kunnen zo een bijdrage leveren aan het informeren van nog niet gevaccineerde mensen. Dit gebeurt al en vanaf maandag 8 november worden apotheken in wijken waar de vaccinatiegraad achterblijft actief benaderd door KNMP. Dit gebeurt met behulp van informatiemateriaal zoals posters, flyers en informatie online en zo mogelijk via filmpjes op digitale schermen in wachtruimtes. Ook hebben apothekers en GGD'en contact over gezamenlijke inzet bij het verhogen van de vaccinatiegraad. Het gaat dan bijvoorbeeld om het inzetten van een prikbus bij een apotheek. Daarnaast ondersteunt het RIVM de GGD'en en zorgprofessionals met informatiemateriaal en deskundigheidsbevordering, zoals webinars, zodat professionals met ongevaccineerden het goede gesprek kunnen voeren over ervaren barrières.

De hulp van de apothekers is ook ingezet bij het vaccineren van bewoners van zorginstellingen in de langdurige zorg. De apothekers hebben zorginstellingen ondersteunt bij het vaccineren. De zorginstellingen konden de hulp hierbij vragen van de eigen apotheek. Van dit aanbod is veel gebruik gemaakt.

Vrije inloop, pop-up locaties en prikbussen

Effectmetingen laten zien dat de inzet van mobiele prikbussen en mobiele of pop-up locaties succesvol is in wijken of bij doelgroepen waar de vaccinatiebereidheid achterblijft. Alle 25 GGD-regio's zetten deze interventie dan ook veelvuldig in. Sinds halverwege juli zijn in totaal ruim 405.000 vaccinaties gezet via vrije inloop. Jongeren maken het merendeel uit van de groep die gebruik heeft gemaakt van vrije inloop. Met de grootschalige inzet van prikbussen en het gebruik van (tijdelijke) pop-up locaties wordt ingezet op het verlagen van de (fysieke) drempel voor vaccinatie én op het verstrekken van informatie om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor vaccinatie. Deze locaties worden data gedreven gekozen en bevinden zich op plaatsen waar de vaccinatiegraad achterblijft. Hier wordt rekening gehouden met wat speelt in de wijk. Het is bijvoorbeeld erg succesvol gebleken om eerst te informeren c.q. te flyeren en door te verwijzen naar een andere, minder zichtbare locatie voor het vaccineren. Dit principe werkt ook goed in ziekenhuizen, waar nu pop-up locaties worden ingericht. Medisch specialisten verwijzen mensen met vragen over het vaccin door naar de vaccinatielocatie bij het ziekenhuis, waar zij meer informatie kunnen krijgen over het vaccin en direct gevaccineerd kunnen worden.

De website 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.

Stand van zaken vaccinatie niet-mobiele thuiswonenden

Thuisvaccinatie voert op dit moment de vaccinaties uit voor niet-mobiele thuiswonenden en de veegronde in de instellingen zonder medische dienst of waar de huisarts niet in staat is te vaccineren. Er worden nog steeds ongeveer 40 mensen per week aangemeld. Het gaat om eerste en tweede vaccinaties en inmiddels ook derde prikken voor immuungecompromitteerde niet-mobiele patiënten. Momenteel staan er circa 530 personen op de lijst voor vaccinatie. Gemiddeld worden tussen de 100 en 150 prikken per week gezet door Thuisvaccinatie. Ook de huisartsen en GGD'en, die laatste in afstemming met Thuisvaccinatie, vaccineren de niet mobiele thuiswonende doelgroep. Zo zijn er ongeveer 2.000 opgetrokken spuiten opgehaald bij de GGD'en door huisartsen, die eigen niet-mobiele patiënten hebben gevaccineerd. Daarnaast heeft de GGD ruim 400 mensen op de wachtlijst van Thuisvaccinatie gevaccineerd. In regio Haaglanden wordt momenteel geprikt door GGD-artsen met ondersteuning van het Rode Kruis. Momenteel wordt gekeken of deze samenwerking verder uitgerold kan worden.

Eerder is besloten om de opdracht aan Thuisvaccinatie te verlenen, waarbij is afgeweken van het reguliere aanbestedingsproces. Dit omdat zij op dat moment de enige partij waren die per direct beschikbaar was om deze kwetsbare groep te vaccineren. Deze opdracht liep van 29 maart tot 1 oktober 2021. Thuisvaccinatie heeft in de opdrachtperiode niet alle personen uit de doelgroep kunnen vaccineren. Deels kwam dit door de beperkte beschikbaarheid van artsen. Daarnaast is er – en dat is positief nieuws – een continue aanwas van nieuwe patiënten die via de huisarts worden aangemeld. Om de niet-mobiele thuiswonenden toch van een COVID-19-vaccinatie te kunnen voorzien is besloten de opdracht met Thuisvaccinatie met drie maanden te verlengen tot 1 januari 2022.

Stand van zaken vaccinatie van mensen met een allergische reactie na de eerste prik

Binnen de uitvoering van de vaccinatiestrategie is eerder dit jaar een aparte route ingericht om mensen met een (mogelijke) allergische reactie te kunnen vaccineren onder toezicht van een allergoloog in het ziekenhuis. Dit was toen mogelijk bij zes ziekenhuizen, inmiddels is dit opgeschaald naar tweeëntwintig ziekenhuizen. Het gaat om een kleine groep mensen die na vaccinatie een (mogelijk) allergische reactie heeft gehad. We schatten deze groep op circa 10.000 mensen. Zij hebben nog geen tweede vaccinatie ontvangen en zijn daarmee nog niet volledig beschermd. In veel gevallen zijn er wél mogelijkheden om alsnog, veilig, een tweede vaccinatie te krijgen. Ook is er een groep die vanwege een bekende of vermeende allergie voor het vaccin in het geheel nog geen vaccinatie heeft ontvangen. Daarom is sinds 21 oktober jl. een kleinschalige campagne gestart om deze groep in de komende weken te bereiken. Vanuit GGD GHOR Nederland wordt een brief gestuurd naar deze mensen met de oproep zich te melden bij de huisarts en is er publiekscommunicatie via rijksoverheid.nl beschikbaar gesteld. De laatste 2.000 brieven worden eind deze week verstuurd.

Mensen die vermoeden een allergische reactie te hebben gehad na de eerste prik wordt geadviseerd contact op te nemen met hun huisarts. De huisarts bekijkt hoe de persoon veilig gevaccineerd kan worden en verwijst indien nodig door naar de medisch specialist. Op basis van informatie vanuit het RIVM, de GGD GHOR Nederland, ziekenhuizen en huisartsen monitor ik de voortgang van dit traject.

Stand van zaken derde prik voor specifieke patiënten met een ernstig verzwakt immuunsysteem

In mijn brief van 14 september jl. heb ik aangegeven dat specifieke groepen ernstig immuungecompromitteerde patiënten in aanmerking komen voor een derde vaccinatie. Met een extra vaccindosis zou de immuunrespons van deze patiënten verhoogd kunnen worden. Deze patiënten ontvangen daarom sinds 6 oktober jl. een brief van de medische specialist waar zij onder behandeling zijn, met een uitnodiging om een afspraak te maken bij een GGD-vaccinatieplaats voor een derde COVID-19-vaccinatie. We gaan uit van een groep van 224.000 patiënten. De uitnodigingsbrief is inmiddels nagenoeg aan iedereen verstuurd. Tot en met 31 oktober zijn circa 61.000 derde prikken gezet en er staan ruim 18.000 afspraken gepland. Op basis van informatie vanuit het RIVM, de GGD GHOR Nederland, ziekenhuizen en huisartsen monitor ik de voortgang van dit traject.

Op 19 oktober jl. is een adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad verzonden waarin ik de Gezondheidsraad verzoek mij op de hoogte te houden wanneer er nieuwe inzichten zijn omtrent groepen mensen die een verlaagde immuunrespons laten zien na volledige vaccinatie.

Continuering monitoring bijwerkingen

Bijwerkingencentrum Lareb houdt onverminderd de veiligheid van de coronavaccins goed in de gaten. In dit kader publiceert Lareb een tweewekelijkse rapportage op zijn website. De monitoring over de afgelopen periode laat een stabiel beeld zien. Nog steeds zijn de meest voorkomende bijwerkingen van een COVID-19-vaccinatie matig van ernst en gaan de klachten vanzelf over. Het aantal meldingen zegt niets over hoe vaak een bijwerking optreedt. Ook hoeft een gemelde bijwerking niet altijd door het vaccin veroorzaakt te zijn. Klachten of aandoeningen kunnen ook door een andere oorzaak na de vaccinatie zijn ontstaan. Mochten nieuwe of eerder onbekende (ernstige) bijwerkingen optreden, dan rapporteert het Lareb hierover. Vanzelfsprekend zal ik uw Kamer hier ook over informeren.

Adviesaanvraag Gezondheidsraad over COVID-19-vaccinatie kinderen 5 tot en met 11 jaar

BioNTech en Pfizer hebben een aanvraag ingediend bij het EMA voor de beoordeling hun COVID-19-vaccin voor kinderen in de leeftijd van 5 tot en met 11 jaar. De Amerikaanse *Food and Drug Administration* (FDA) heeft op 26 oktober jl. reeds een positief advies gegeven over de inzet van het BioNTech/Pfizer-vaccin bij kinderen tussen de vijf en elf jaar oud. Zij geven aan dat de voordelen ook voor deze groep opwegen tegen eventuele risico's. Vooruitlopend op de beoordeling van het EMA, heb ik de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over de mogelijkheid om kinderen jonger dan 12 jaar uit medische risicogroepen te vaccineren tegen COVID-19. Deze vraag is met name van belang voor kwetsbare kinderen die behoren tot een van de medische hoogrisicogroepen. Ik heb de Gezondheidsraad verzocht in dit kader te bezien welke patiëntengroepen in aanmerking zouden moeten komen voor vaccinatie en daarbij relevante internationale wetenschappelijke inzichten te betrekken. Vanwege het grote maatschappelijke belang heb ik de Gezondheidsraad gevraagd deze adviesaanvraag met de hoogste prioriteit te behandelen. Het BioNTech/Pfizer-vaccin moet nog door de EMA geregistreerd worden voor 5 tot en met 12 jaar; dit zal naar verwachting medio december plaatsvinden.

Leveringen en donaties

In de Kamerbrief van 30 september jl. over vaccindonatie (Kamerstuk 25 295, nr. 1461) heb ik uw Kamer een overzicht gegeven van alle vaccindonaties die Nederland reeds heeft gedaan en een planning gepresenteerd van de donaties die dit jaar naar verwachting nog zullen volgen. Het uitgangspunt is dit jaar in totaal evenveel vaccins te doneren, zowel aan Covax als bilateraal, als dat we in Nederland gebruiken, onder het motto «*Get one – Give one*». Nederland geeft de voorkeur aan doneren via Covax. Op deze manier worden vaccins wereldwijd zo eerlijk mogelijk verdeeld.

Na de eerdere donatie van 500.000 vaccins via een leenconstructie met Zweden is inmiddels de directe donatie van «Nederlandse» vaccins aan Covax op gang gekomen. Op 26 oktober hebben de eerste 340.800 AstraZeneca-vaccins de fabriek verlaten. Op 3 november volgen nog eens 633.100 doses. De komende weken zal het aantal te leveren vaccins verder oplopen. Zoals gemeld in de brief van 30 september jl. is het tempo van de donaties aan Covax afhankelijk van de productie en leveringen vanuit de fabriek.

Om de administratieve lasten rond de donaties vooral voor Covax zo beperkt mogelijk te houden, is de weg van «donatiemandaten» gekozen via zogenaamde faciliterende EU-lidstaten. Idee is dat (alleen) de faciliterende lidstaat een overeenkomst afsluit met een producent en Gavi (de organisatie achter Covax). Zo heeft Zweden een overeenkomst gesloten met farmaceut AstraZeneca, en Frankrijk met BioNTech/Pfizer. Nederland heeft donatiemandaten getekend voor deze producenten, waarmee Nederland verklaart dat de faciliterende lidstaten alle AstraZeneca en BioNTech/Pfizer vaccins waar Nederland dit jaar nog recht op heeft, aan Covax mag doneren. Dit is een administratief/juridische versimpeling: de vaccins gaan rechtstreeks van de fabriek naar Covax. In totaal gaat dat om ruim 10 miljoen doses. Recent hebben ook België en Zweden overeenkomsten gesloten met respectievelijk Janssen en Moderna. Naar verwachting worden de Nederlandse donatiemandaten hiervoor nog deze week getekend.

Al aan Nederland geleverde vaccins kunnen niet door Covax worden ontvangen. Nederland heeft, net als een aantal andere landen, terwijl in de EU aan de Covax overeenkomsten werd gewerkt, de leveringen enkele weken gepauzeerd. Dit om verspilling te voorkomen: zo konden in de tussentijd te produceren vaccins via andere wegen naar Covax gaan. Vanuit de eigen voorraad heeft Nederland daarnaast tot nog toe zo'n 2,5 miljoen vaccins bilateraal gedoneerd aan Indonesië, Suriname, Kaapverdië en Namibië. Ook dit aantal zal de komende weken nog oplopen. Aan Indonesië is toegezegd voldoende vaccins te doneren om 3 miljoen mensen te kunnen vaccineren.

Stoppen vaccineren AstraZeneca

Op 5 juli jl. heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht dat op basis van onderzoekresultaten een eerste AstraZeneca-vaccinatie, gevolgd door een BioNTech/Pfizer-vaccinatie een ten minste even goed effect heeft op de immuunrespons. Op basis van dit advies is besloten dat Nederland geen nieuwe leveringen AstraZeneca meer ontvangt. De mensen die nog een afspraak hadden staan voor een tweede vaccinatie AstraZeneca, krijgen in principe het vaccin BioNTech/Pfizer. De afgelopen week hebben nog maar enkele mensen een afspraak voor een AstraZeneca-vaccinatie gemaakt en gehaald. Het RIVM heeft gegeven deze teruglopende vraag voorgesteld te stoppen met vaccineren van AstraZeneca. Ik heb hiermee ingestemd.

14. Innovatieve behandelingen

Op dit moment is er veel aandacht voor de toekomstige inzet van antivirale middelen in vroege fase van een COVID-19-infectie. Dit is een mooie ontwikkeling die het mogelijk maakt om patiënten in een vroege fase van de ziekte te behandelen om meer ziektelast te voorkomen. Behandelmethoden voor de latere fasen van infectie zijn reeds beschikbaar.

Het is goed om te realiseren dat behandelingen waarover gerapporteerd wordt in de media lang niet altijd al beschikbaar zijn. Vaak wordt gerapporteerd over eerste onderzoeksresultaten. Ook is het betreffende geneesmiddel in deze fase nog niet te koop. Voordat het gebruik van deze nieuwe geneesmiddelen mogelijk is, is het noodzakelijk dat een aantal procedures wordt doorlopen. Ten eerste is een handelsvergunning nodig om kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid vast te stellen. Ten tweede moet overeenstemming komen over de prijs en de vergoeding en moet de overheid besluiten of het zelf de middelen gaat aankopen of dat dit aan de reguliere marktpartijen (groothandels en apotheken) wordt overgelaten. Ten derde wordt het proces doorlopen om een middel daadwerkelijk bij de patiënt te krijgen. Het volgen van deze procedures kost tijd.

Handelsvergunning voor nieuwe geneesmiddelen

In het reguliere registratieproces dient een farmaceutisch bedrijf een aanvraag in, voorzien van voldoende onderzoeksresultaten, bij het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA). Deze onderzoeksperiode duurt meestal enkele jaren, het registratieproces bij het EMA kost daarna gemiddeld ook nog 1 jaar.

Het is mogelijk om dit proces te versnellen met een *rolling review*. Bij een *rolling review* dient een farmaceutisch bedrijf al tijdens het klinisch onderzoekresultaten in bij het EMA en start het EMA nog lopende dit onderzoek de beoordeling. Hierdoor kan de formele procedure voor markttoelating, die volgt zodra het klinisch onderzoek is voltooid, versneld worden afgerond. De vereisten voor de kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid van een geneesmiddel blijven hierbij gelijk ten opzichte van een «gewone» procedure voor markttoelating.

Het EMA kan ook op basis van de beoordeling tijdens de *rolling review* al een voorlopige uitspraak doen over de kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid van een geneesmiddel. Dit gebeurt via een zogeheten artikel 5.3 opinie. Daarop kan het Ministerie van VWS beslissen om via een «noodprocedure», een niet-geregistreerd geneesmiddel, in Nederland beschikbaar te stellen. Dit doet het Ministerie van VWS in overleg met de IGJ en met steun van de beroepsgroep. Een noodtoelating kan een nuttig instrument zijn om nieuwe behandelingen versneld bij de patiënt te krijgen. Aangezien de kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid van niet-geregistreerde geneesmiddelen nog niet volledig is vastgesteld, moet hier wel voorzichtig mee worden omgegaan.

Gezien de huidige fase van de pandemie raakt de proportionaliteit van deze noodprocedure uit balans. Voor de meest zieke COVID-19-patiënten is op dit moment een behandeling voorhanden en blijft het vaccin de beste manier om te beschermen tegen ernstig verloop van de ziekte. Daarnaast is een belangrijk punt dat bij de huidige noodprocedure en de gezamenlijke inkoop van de Europese Commissie (EC), nadat een voorwaardelijke handelsvergunning is afgegeven, de kosteneffectiviteit en relatieve waarde van het product niet worden getoetst, hetgeen in het

reguliere proces wel wordt gedaan. Het BeNeLuxA⁸⁰ initiatief heeft hierover ook een statement gepubliceerd.⁸¹

Om bovenstaande redenen zal ik terughoudend zijn in het beschikbaar stellen van niet-geregistreerde geneesmiddelen. Ook zal ik het beschikbaar stellen van deze middelen geleidelijk weer over laten aan de markt en via de reguliere registratieprocessen laten verlopen. Het gevolg van het alleen toelaten van geregistreerde geneesmiddelen, is dat deze naar verwachting enkele maanden later beschikbaar komen voor de patiënt. Wel kan ik, indien de absolute (medische) noodzaak zich voordoet dat een middel eerder nodig is, mijn bevoegdheden blijven inzetten om de middelen sneller beschikbaar te stellen voor de Nederlandse patiënt.

Inkoopprocedure en implementatie van COVID-19-geneesmiddelen

In het coronadebat van 16 september jl. verzocht u mij via de motie van het lid Stoffer c.s.⁸² om mij in Europees verband in te spannen op korte termijn tot overeenstemming te komen met producenten van kansrijke antivirale middelen. Daarnaast verzocht u mij via deze motie om een plan van aanpak op te stellen, zodat deze geneesmiddelen na goedkeuring zo spoedig mogelijk kunnen worden toegepast bij patiënten.

Gezamenlijke inkoopprocedures in Europees verband

Het Ministerie van VWS neemt deel aan de gezamenlijke inkoopprocedures van de Europese Commissie (EC). Deze gezamenlijke inkoopprocedures borgen een sterkere onderhandelingspositie en een eerlijke verdeling tussen de lidstaten van de (vaak schaarse) middelen. Alleen bij voldoende onderzoeksgegevens en na vaststellen van de doelgroep, kan over worden gegaan tot gezamenlijk inkoop op Europees niveau.

In mijn brief van 14 september jl.⁸³ heb ik aangegeven reeds drie contracten via gezamenlijke inkoopprocedures van de EC te hebben afgesloten. Ook heeft Nederland zich ingeschreven voor de twee gezamenlijke inkooptrajecten voor de antivirale middelen die in de vroege fase van besmetting kunnen worden ingezet. Via deze trajecten heb ik een reservering geplaats om het middel molnupiravir van fabrikant MSD en het antivirale middel dat Pfizer momenteel ontwikkelt, voor Nederland veilig te stellen.

Ontwikkelingen binnen deze, en eventueel nieuwe aankooptrajecten, houd ik nauwlettend in de gaten. Ik zal alleen overgaan tot daadwerkelijke aankoop indien het EMA een (voorwaardelijke) handelsvergunning afgeeft. Ook is steun van de beroepsgroep belangrijk voor daadwerkelijke inzet van het middel.

Tot slot is aankoop van geneesmiddelen door het Ministerie van VWS via een gezamenlijke inkoopprocedure een belangrijk middel om schaarse producten beschikbaar te krijgen voor de Nederlandse patiënt. Tegelijkertijd is het in het reguliere proces niet aan het Ministerie van VWS om geneesmiddelen in te kopen. Geleidelijk zal ik ook het inkopen van deze middelen weer overlaten aan de markt.

⁸⁰ Beneluxa initiative | BeNeLuxA.

⁸¹ Assessment of COVID-19 monoclonal antibodies is needed | BeNeLuxA.

⁸² Kamerstuk 25 295, nr. 1438.

⁸³ Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

Spoedige toepassing van geneesmiddelen bij de patiënt

De eerste behandelingen, specifiek gericht op het beperken van de ziektelast van COVID-19, die beschikbaar kwamen, zijn antilichaambehandelingen. Inmiddels wordt één behandeling ingezet voor de Nederlandse patiënt. Dit geneesmiddel wordt via het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) beschikbaar gesteld aan ziekenhuisapotheken. De behandelend arts kan dit middel inzetten via de ziekenhuisapotheken. Wanneer nieuwe geneesmiddelen, die beschikbaar komen in ziekenhuizen, worden ingezet zal naar verwachting deze route weer worden gebruikt.

Daarnaast worden in de komende maanden minimaal twee verschillende antivirale middelen verwacht die in de vroege fase van een COVID-19-besmetting kunnen worden ingezet, via de eerstelijnszorg. Ik ben samen met de beroepsgroepen, het RIVM, het Zorginstituut en de farmaceutische bedrijven, het implementatieproces aan het vormgeven. Momenteel wordt gewerkt aan het, via de eerdergenoemde motie, ingediende verzoek om een plan van aanpak op te stellen, zodat deze geneesmiddelen na goedkeuring zo spoedig mogelijk kunnen worden toegepast bij patiënten.

Evaluatie ter voorkoming geneesmiddelentekorten

In de Kamerbrief van 11 november 2020⁸⁴ kondigde ik een evaluatie aan van enkele maatregelen uit 2020 met betrekking tot het voorkomen van geneesmiddelentekorten tijdens de coronacrisis. Ik kan uw Kamer melden dat deze evaluatie bijna is afgerond. De verwachting is dat het rapport over het geïntensiveerde contact met de veldpartijen via de Coronabera-
den en de voorraadmonitoring van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen in januari 2022 aan uw Kamer zal worden gezonden.

Tocilizumab

Ten aanzien van het dreigende tekort van het middel tocilizumab, waarover ik uw Kamer per brief van 14 september 2021 heb geïnformeerd, meld ik u dat er nog geen zekerheid bestaat dat een tekort definitief kan worden afgewend. Op dit moment is er overigens geen sprake van een acuut tekort. Met de recente toename in ziekenhuisopnames moet opnieuw worden gekeken naar de prognoses die zijn gemaakt om de periode tot wanneer het middel weer leverbaar is in te kunnen schatten. De verwachting is dat de periode tot half december kan worden overbrugd. Uw Kamer wordt hierover in een aparte brief geïnformeerd.

Zorgen dat de zorg het aankan

15. Zorg voor patiënten in de keten

Actueel beeld COVID-zorg in de ziekenhuizen

Sinds begin oktober zien we in de ziekenhuizen een onverwacht snelle stijging van de instroom van het aantal COVID-patiënten. Dat leidt sindsdien ook tot een voortdurende stijging van de bezetting, zowel op de klinische verpleegafdelingen als op de IC. De verwachting van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) op basis van de beschikbare data is dat deze stijging van de COVID-bezetting op zowel de IC als in de kliniek voor de komende week zal aanhouden. Op dit moment (stand dinsdag 2 november 2021) zijn volgens het LCPS in totaal al 1.312 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen,

⁸⁴ Kamerstuk 35 537, nr. 4.

waarvan 240 COVID-patiënten op de IC en 1.072 COVID-patiënten in de kliniek. Twee weken geleden (18 oktober 2021) was dit aantal nog 146 COVID-patiënten op de IC en 464 COVID-patiënten in de kliniek. Om de instroom van nieuwe COVID-patiënten op te vangen en om de druk op de IC- en verpleegafdeling zo goed mogelijk over de ziekenhuizen te verspreiden, wordt er (boven)regionaal samengewerkt en worden COVID-patiënten verspreid als dat nodig is. Het LCPS is sinds 20 oktober jl. weer operationeel voor bovenregionale spreiding. Afgelopen week hebben er 29 (boven)regionale verplaatsingen plaatsgevonden.

De IC-bezetting en de oplopende opnames zijn slechts het topje van de ijsberg in deze pandemie. De coronapandemie heeft zijn weerslag op de hele zorgketen, de druk op de zorg neemt toe. Van huisarts tot wijkverpleegkundige, van SEH- en IC-verpleegkundige tot verzorgende in de verpleeghuizen en van medisch specialist tot zorgbestuurder en andere medewerkers in de zorg die niet direct aan het bed staan. Iedereen zet zich volledig in om de zorg te kunnen blijven leveren. De intensieve en versterkte samenwerking van de zorgketen in het ROAZ en het LNAZ is daarbij van grote waarde gebleken.

Actueel beeld COVID-zorg buiten het ziekenhuis

GGD GHOR Nederland houdt middels de Monitor Zorgcontinuïteit niet-ziekenhuiszorg periodiek bij hoe het staat met de eerstelijnsverblijfbetten 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 151 eerstelijnsverblijfbetten voor COVID-19-patiënten, waarvan 40 bedden bezet zijn (cijfers 20 oktober 2021). In veruit de meeste veiligheidsregio's is de situatie rondom personeel, middelen en processen beheersbaar. Wel klinken ook hier signalen over stijging van de ervaren druk, met name vanwege personele capaciteitsproblemen. De IGJ geeft aan dat in een aantal ROAZ-regio's de continuïteit van de reguliere huisartsenzorg en de huisartsenpost al ernstig onder druk staat, wat leidt tot een toename van druk op de spoedeisende hulp.

Stand van zaken toegankelijkheid reguliere zorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) publiceerde 28 oktober jl. de derde Monitor Toegankelijkheid van Zorg, die ik als bijlage bij deze brief meestuur⁸⁵. 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 te monitoren en de mate waarin inhaalzorg wordt geleverd. De meest actuele gegevens van de NZa maken inzichtelijk dat het aantal verwijzingen op dit moment rond de 95% ligt van het verwachte aantal in een normale situatie zonder corona. In de laatste 2 weken is het aantal verwijzingen 10 duizend minder dan verwacht. 5 ziekenhuizen schalen de kritiek planbare zorg (zoals bijvoorbeeld orgaantransplantaties of oncologische operatieve ingrepen) nog deels af. Hiervan geven 2 ziekenhuizen aan niet alle kritiek planbare zorg tijdig (binnen 6 weken) te kunnen leveren. In de monitor wordt ook inzichtelijk dat het verzuimcijfer onder zorgpersoneel hoog blijft.

⁸⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Daarnaast heb ik op 28 oktober jl. een brief ontvangen van de IGJ die ik als bijlage bij deze brief meestuur⁸⁶. In deze brief wordt een beeld geschetst van de huidige stand van zaken, gezien vanuit het perspectief van de inspectie, op de volgende onderwerpen: actuele situatie op regionaal niveau, beeld over knelpunten in de geboortezorg, zorg en jeugdhulp voor kwetsbare groepen in de samenleving, infectiepreventie en toezicht door de IGJ in de komende periode.

Inhaalzorg

De NZa schat dat maximaal 180.000 tot 200.000 operaties extra uitgevoerd moeten worden als gevolg van zorg die tijdens de pandemie is uitgesteld. De NZa laat in de nieuwste monitor op basis van de gegevens van 44 van de 73 ziekenhuizen zien, dat ongeveer 61.000 operaties bij deze ziekenhuizen op planning staan. Van 29 ziekenhuizen, waaronder een aantal grote, zijn nog geen gegevens bekend. Deze 61.000 geplande operaties vragen ongeveer 2.500 extra IC-dagen, wat overeenkomt met het equivalent van ongeveer 150 coronapatiënten die IC-zorg nodig hebben. Als de druk op de IC-zorg toeneemt door grotere aantallen COVID-patiënten, zal dat dus ook een negatief effect hebben op de mogelijkheden voor het inhalen van de uitgestelde zorg.

De cijfers van de NZa laten zien dat zelfstandig behandelcentra inmiddels meer zorg leveren dan voor de start van de COVID-pandemie en dat het aantal verwijzingen naar klinieken is gestegen. Van de operaties die tijdens de coronapandemie in de ziekenhuizen zijn uitgesteld, is op basis van een grove schatting 10% inmiddels in een zelfstandige behandelklinik ingehaald. Patiënten zijn hiermee geholpen en het maakt dat ziekenhuizen iets minder behandelingen op de werkvoorraad hebben staan die nog moeten worden ingehaald.

De NZa constateert dat er landelijk verschillen in wachttijden zijn. Dat betekent dat patiënten voor sommige behandelingen op een andere plek sneller kunnen worden geholpen. Het stimuleren van samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra kan helpen om patiënten op een andere plek sneller te helpen. Patiënten kunnen zelf ook actie ondernemen en contact opnemen met hun behandelend arts of met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan bemiddelen naar een ziekenhuis of zelfstandige behandelcentrum waar eerder plek is. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een belangrijke regionale coördinerende rol in het borgen van de toegankelijkheid van (inhaal)zorg en in het «Kader passende inhaalzorg MSZ» is afgesproken dat zij vanuit hun zorgplicht knelpunten oppakken. De NZa monitort de toegankelijkheid van de zorg nauwgezet, ziet toe op de goede uitvoering van het kader inhaalzorg en spreekt zorgverzekeraars actief aan op hun zorgplicht.

IC-opschaling

Op verzoek van de toenmalige Minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in de zomer van 2020 het Opschalingsplan COVID-19 opgesteld. Daarmee werd een vaste uitbreiding van de IC-capaciteit tot 1.350 IC-bedden en aanvullend een flexibele opschaling van de capaciteit tot 1.700 IC-bedden mogelijk gemaakt. Deze bedden zijn, waar nodig, ingezet tijdens de tweede en derde golf.

⁸⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Op verzoek van het Ministerie van VWS heeft het LNAZ de afgelopen weken gewerkt aan een evaluatie van de afgelopen periode en een vooruitblik naar de toekomst. Het LNAZ heeft op basis hiervan een actualisatie van het Opschalingsplan COVID-19 gemaakt. Beide documenten zijn als bijlage bij deze brief opgenomen⁸⁷. Gezien het feit dat de druk op de zorg aanhoudt en we ook voor dit najaar en deze winter rekening moeten houden met een mogelijke zware belasting op de zorg, heb ik het LNAZ ook gevraagd te verkennen of de COVID-zorg ten tijde van de piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden, bijvoorbeeld door concentratie van COVID-zorg op een beperkt aantal plekken die flexibel kunnen worden ingericht, naast de al bestaande capaciteit in de ziekenhuizen. In de begeleidende brief bij het geactualiseerde Opschalingsplan COVID-19 gaat het LNAZ in op deze vraag. Deze begeleidende brief van het LNAZ is als bijlage bij deze brief opgenomen⁸⁸. Hiermee voldoen ik aan de toezegging om de Tweede Kamer te informeren over de verkenning door het LNAZ of COVID-zorg ten tijde van de piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden.

Het geactualiseerde Opschalingsplan van het LNAZ is gericht op het voorbereiden van de gehele acute zorgketen op een nieuwe ervaring van de COVID-pandemie dit najaar. Het plan beschrijft welke besluiten en maatregelen in welke fase van de pandemie genomen kunnen worden om de druk op de zorg zo goed mogelijk op te vangen. In het geactualiseerde Opschalingsplan wordt onder andere beschreven hoe op een verantwoorde manier kortdurend opgeschaald kan worden naar 1.350 IC-bedden.

Op basis van de ervaringen van het afgelopen jaar en de meest recente prognoses van het RIVM lijkt een capaciteit van 1.350 IC-bedden voldoende te zijn. Gedurende de piek van de tweede en de derde golf lag de benodigde IC-capaciteit steeds rond de 1.350–1.400 bedden, met in korte periodes uitschieters naar 1.550. De verwachting is dat door de huidige vaccinatiestatus de piek de komende winter lager zal liggen. Prognoses van het RIVM laten zien dat we deze winter een piek kunnen verwachten van rond de 500 COVID-patiënten op de IC. Deze piek moet met een capaciteit van 1.350 IC-bedden op te vangen zijn. Hierbij gaan we er vanuit dat er altijd 350 IC-bedden beschikbaar moeten zijn voor zorg die acuut nodig is en dat er ook 200 BOSS bedden aanwezig moeten zijn. Dan blijft er daarnaast ook ruimte over voor het opvangen van griep patiënten of patiënten die na een operatie een IC bed nodig hebben. Hoe hoger het aantal COVID- en grieppatiënten op de IC, hoe minder ruimte er zal zijn voor (het in halen van) reguliere planbare zorg. Dit zijn communicerende vaten.

Het opschalen naar 1.350 IC-bedden is echter geen vanzelfsprekendheid. De belasting van het personeel is lang en hoog geweest. Uit gesprekken met individuele IC-verpleegkundigen en IC-artsen, om uit eerste hand van hen te horen wat de daadwerkelijke impact is van wat zij iedere dag opnieuw voor ons doen en hun te bedanken voor de grote inzet die zij leveren, komt eensluidend naar voren dat iedereen wil dat iedere patiënt, zowel COVID als non-COVID, de zorg krijgt die nodig is. Maar door de hoge werkdruk en het hoge ziekteverzuim en de wens om kwalitatief goede zorg te blijven leveren wordt dit steeds moeilijker. Dit heeft zijn weerslag op wat de zorg nog aankan. De reguliere zorg, en zeker de kritiek planbare zorg die binnen 6 weken geleverd moet worden zou door moeten gaan en anders zou bijvoorbeeld gekeken moeten worden hoe gericht afgeschaald kan worden als de druk op de ziekenhuizen te hoog wordt. Wat er nog op de zorg afkomt en wat er nog kan in de zorg is een fragiel evenwicht wat goed bewaakt moet worden.

⁸⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁸⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Het LNAZ beschrijft in hun begeleidende brief een aantal randvoorwaarden die nodig zijn om deze opschaling mogelijk te maken en de toegankelijkheid van de zorg zo goed mogelijk te kunnen blijven waarborgen. Dat betekent volgens LNAZ onder meer het volgende:

1. We moeten blijven inzetten op het beperken van de instroom van COVID-patiënten in de zorg en het benutten van de ketencapaciteit voor in-, door- en uitstroom. Het LNAZ doet hier een aantal goede suggesties voor. Bij het beperken van de instroom ligt er allereerst een rol voor overheid en samenleving als geheel. Er is, zoals het LNAZ ook aangeeft, een directe relatie tussen de (naleving van) coronamaatregelen, de vaccinatiegraad en het aantal besmettingen die uiteindelijk kunnen leiden tot ziekenhuisopnames. Die verantwoordelijkheid neem ik heel serieus. Zie ook hoofdstuk 4 van deze brief.
2. Het spreiden van COVID-patiënten blijft een must om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor iedereen gelijkwaardig te houden. Ik verwacht daarom van de ziekenhuizen dat zij tegemoet komen aan de oproep van het LNAZ om de komende tijd bedden te blijven aanbieden als er ruimte is zodat het LCPS patiënten zo goed mogelijk kan verdelen over het land.
3. Rond een bezetting van 1.150 IC-bedden, zal planbare reguliere afgeschaald worden. Op dat moment zullen we aan Duitsland vragen om IC-patiënten met COVID-19 van ons over te nemen. Hierdoor blijft er ruimte vrij in de ziekenhuizen voor de kritiek-planbare acute zorg. Het afschalen van reguliere zorg is geen makkelijke beslissing, en want ook (het in-halen van) reguliere zorg verdient de volle aandacht van zorgprofessionals. Het is uiteindelijk aan de zorgprofessional om hierin de medische afweging te maken. Het tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-pandemie en het bijbehorende raamwerk van de FMS blijven hierbij behulpzaam en van kracht.

Het LNAZ geeft in het geactualiseerde Opschalingsplan en in de begeleidende brief aan dat een uitbreiding naar meer dan 1.350 IC-bedden op dit moment niet haalbaar is, ook niet wanneer die extra opschaling geconcentreerd zou worden in enkele ziekenhuizen. Datzelfde beeld kwam naar voren uit de gesprekken die ik de afgelopen dagen heb gevoerd met diverse partijen⁸⁹ over de (on)mogelijkheden om verdere opschaling boven de 1.350 bedden te bewerkstelligen. De belangrijkste oorzaak hiervoor is een tekort aan zorgprofessionals – met name IC-verpleegkundigen – door een aanhoudend hoog ziekteverzuim en een verhoogde uitstroom. Hoewel ik het LNAZ had gevraagd om te bezien hoe in de piek extra capaciteit kan worden vrijgemaakt, begrijp ik wel waarom de zorgpartijen op dit moment geen ruimte zien voor uitbreiding van de beschikbare IC-bedden boven de 1.350. Ik heb daarnaast het vertrouwen dat de zorg altijd alles zal doen om te zorgen dat elke patiënt geholpen kan worden, ook als er meer IC-bedden nodig zijn.

Dat neemt niet weg dat – mochten we op enig moment alsnog tegen een tekort aan IC-capaciteit aanlopen en we het risico lopen in de zogenaamde fase 3 terecht te komen – ik mij verantwoordelijk blijf voelen om te bezien of er alsnog mogelijkheden zijn om iets extra's te doen zodat de plannen die gemaakt zijn voor fase 3 niet gebruikt hoeven te worden. Ik zal dan opnieuw met het LNAZ en het veld in overleg treden om te bezien welke vervolgstappen nog genomen kunnen worden om een dergelijke onverhoopte «piek van de piek» aan te kunnen, en daarbij desnoods buiten de nu bestaande kaders te denken. Ook de toezichthouders (IGJ en NZa) zullen hierbij betrokken worden, zodat zij behulpzaam kunnen zijn om deze lastige stappen mogelijk te maken. Als een dergelijke piek

⁸⁹ Er zijn gesprekken geweest met het LNAZ, de ROAZ-voorzitters, NVZ, NFU, FMS, NVIC, V&VN, ZKN, LHV, ZN, GGD-GHOR, NZa en de IGJ.

ondanks alle inspanningen aanhoudend hoog blijft, zal het tijdelijk beleidskader fase 3 in werking treden.⁹⁰

Long COVID

Een deel van de mensen houdt als gevolg van een COVID-besmetting langdurige klachten over, bijvoorbeeld vermoeidheid en benauwdheid. De klachten verschillen per persoon in duur en ernst. Het treft ook mensen die voor hun COVID-besmetting fit waren. De belangrijkste manier om te voorkomen dat mensen langdurige klachten houden na COVID-19 is het beschermen van mensen tegen een COVID-besmetting. Echter blijft het belangrijk om ons in te zetten voor deze patiënten en voor diegene die mogelijk nog te maken gaan krijgen met langdurige klachten als gevolg van een COVID-besmetting. Ik stuurde u daarom op 20 september al de brief «inzake verzoek om reactie op petitie en op het 10- puntenplan Long COVID». Dat Long COVID een belangrijk thema is blijkt wel uit de grote hoeveelheid vragen die ik heb ontvangen op 13 oktober in het schriftelijk overleg in reactie op de Brief (Kamerstuk 25 295, nr. 1453). Op dit schriftelijk overleg stuur ik zo snel als mogelijk mijn reactie.

Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid

16. Kwetsbare personen

Het LNAZ geeft in hun begeleidende brief bij het geactualiseerde Opschalingsplan aan, dat er een gezamenlijke opdracht ligt voor de samenleving, de zorg, en de overheid om de komende maanden met elkaar de besmettingen en ziekenhuisopnames binnen te accommoderen grenzen te houden en de onvermijdelijke pieken in het komende winterseizoen op te vangen. Eén van de pijlers die zij noemen is het maximaal gebruiken van de volledige ketencapaciteit. Het aanbieden en laten doorgaan van (COVID- en non-COVID-)zorg op locaties buiten de muren van het ziekenhuis is hierin van belang. Denk daarbij aan het beschikbaar stellen van extra capaciteit in de sector Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT), bijvoorbeeld voor eerstelijnsverblijf (ELV). Hiermee kan de uitstroom vanuit het ziekenhuis worden verbeterd. Hierbij moet uiteraard de belastbaarheid van de VVT en de druk die dit levert op de VVT in ogenschouw genomen worden.

Hieronder is het actuele COVID beeld van de verpleeghuiszorg, kwetsbare personen thuis en gehandicaptenzorg weergegeven.

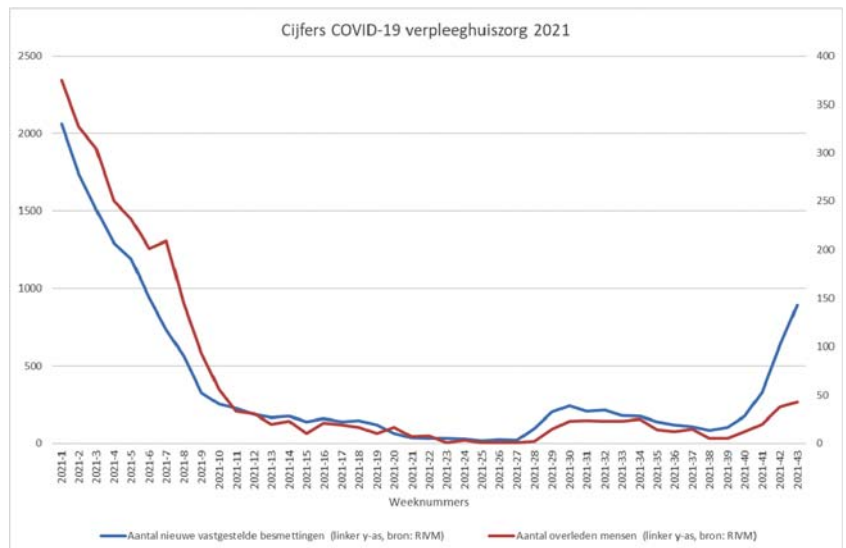
Cijfers

Verpleeghuiszorg

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

⁹⁰ Kamerstuk 31 765, nr. 549.

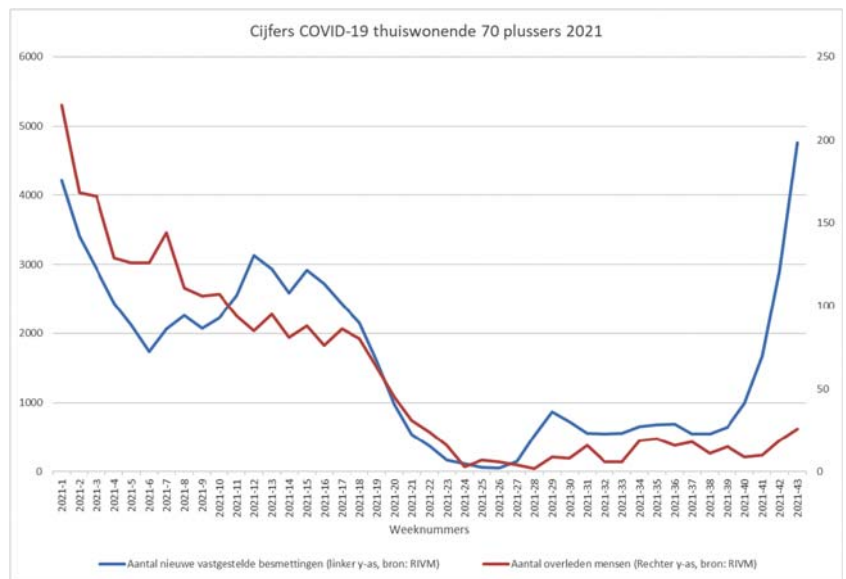
Figuur 1. Cijfers COVID-19 verpleeghuiszorg 2021



Cijfers thuiswonende ouderen

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

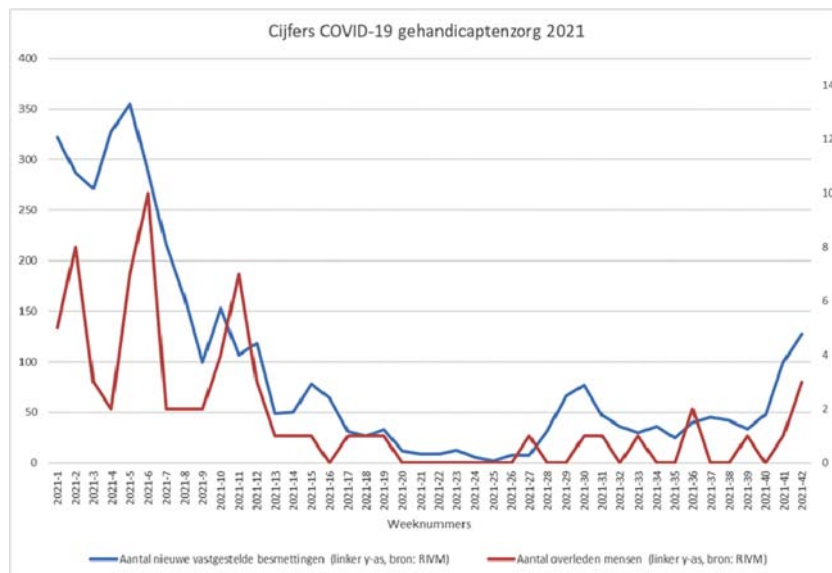
Figuur 2. Cijfers COVID-19 thuiswonende 70 plussers 2021



Bewoners gehandicapteninstellingen

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

Figuur 3. Cijfers COVID-19 gehandicaptenzorg 2021



Ontwikkelingen in de langdurige zorg

Uit de grafieken hierboven blijkt dat, net als in de rest van de samenleving, ook in de verpleeghuizen en thuiswonende ouderen het aantal besmettingen en uitbraken na een betrekkelijk rustige periode weer toeneemt. Waar de oplopende besmetting in de samenleving zich in de zomermaanden maar beperkt doorvertaalde in meer besmettingen onder ouderen thuis en bewoners van instellingen voor ouderen- en gehandicaptenzorg, is dat helaas niet langer het geval. Gemiddeld genomen worden mensen wel minder ziek en blijft de sterfte tot nu toe relatief beperkt.

Op 24 juni jl. heeft een werkgroep van het OMT aangegeven dat preventief gebruik van medische mondneusmaskers aangewezen is als het risiconiveau boven waakzaam komt. Dit hogere niveau is inmiddels bereikt, hetgeen betekent dat de zorgverleners in de langdurige zorg weer preventief een medisch mondneusmasker behoren te dragen bij de verpleging, verzorging of behandeling van bewoners binnen 1,5 meter afstand. Dit advies van de OMT-werkgroep is in lijn met het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) volgens de geldende LCI richtlijn, Uitgangspunten PBM bij verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis (<https://lci.rivm.nl/covid-19/PBMbuitenziekenhuis>) die onder het toezicht van de IGJ valt.

In april 2021 hebben ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&VN en Zorgthuisnl de handreiking bezoek en sociaal contact vastgesteld. Daarin is aangegeven dat de bestuurders van de verpleeghuizen verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg en dat zij zich naast de maatregelen voor zorgpersoneel derhalve moeten beraden over maatregelen zoals:

- (preventief) inzetten van persoonlijke beschermingsmiddelen voor bezoekers
- Beperken bezoek
- Registratie en triage van bezoek
- Maatregelen in gebouw, zoals looproutes en ventilatie
- Blijven faciliteren van sociaal contact
- Beweging van bewoners blijven stimuleren
- Inzet contactberoepen

→ Inzet vrijwilligers

De handreiking stelt dat zorgorganisaties zelf de afweging mogen maken, passend bij de risicosituatie, zoals nu zorgelijk bij oplopende besmettingen. Hierbij zijn de richtlijnen van het RIVM en het behandeladvies van Verenso de basis.

Ik heb met de partijen in de langdurige zorg afgesproken dat zij hun achterban wijzen op de noodzaak van het naleven van de uitgangspunten. Dit houdt naast het bovenstaande ook in dat zowel gevaccineerde als niet-gevaccineerde zorgmedewerkers de algemene en zorg specifieke hygiënemaatregelen toepassen, geen handen geven, thuisblijven bij COVID-gerelateerde klachten en zich laten testen, een gezondheidscheck afnemen bij de cliënt bij het begin van de zorg en bij zorgcontacten zoveel mogelijk de veilige afstand van 1,5 meter aanhouden.

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

Uit deze contacten met zorgaanbieders blijkt dat ook zij bezorgd zijn met de weer oplopende besmettingsaantallen. Diversen van hen geven aan de eerder versoepelde maatregelen weer op te pakken. Denk daarbij aan het herstelling van crisisonderleg en scheiden van cliëntenstromen. Het ministerie heeft met deze partijen wekelijks structureel overleg om de situatie te monitoren, signalen uit te wisselen en waar nodig bij te sturen.

Verder werken de zorginstellingen hard aan het verhogen van de vaccinatiegraad onder hun medewerkers door het organiseren van het goede gesprek op de werkvloer en bieden van betrouwbare informatie over bijwerkingen en veiligheid van de vaccinaties. Zij worden daarbij ondersteund door de koepelorganisaties die op verschillende manieren de informatie toegankelijk maken (zoals door het organiseren van verschillende webinars). Het ministerie ondersteunt de koepels hierbij met het bieden van handzame informatie.

Ik zou graag mijn waardering willen 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 meer. Deze mensen zijn het kapitaal van onze zorg en vormen de warme mantel rond onze kwetsbaren.

Een groot zorgpunt in de langdurige zorg is dan ook de beschikbaarheid van zorgverleners. Het ziekteverzuim is hoog (zie onderstaande grafiek). De besmettingen onder de zorgverleners lopen helaas ook weer op en de noodzaak om in quarantaine te gaan daarmee ook. 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.

Sociaal domein

Financiële afspraken rondom de meerkosten in het sociaal domein

De VNG en het Rijk hebben afgesproken dat meerkosten binnen het sociaal domein als gevolg van de coronapandemie in 2021 door het Rijk

worden gecompenseerd⁹¹. Daartoe is bij de voorjaarsnota een raming van € 141 miljoen aan meerkosten opgenomen.

In opdracht van de Ministeries van VWS, FIN, BZK en de VNG is een onderzoek naar de omvang van de totale meerkosten in het sociaal domein uitgevoerd (zie bijlage)⁹². Op basis van dit onderzoek is de totale hoogte van de compensatie m.b.t. de Jeugdwet en Wmo 2015 in het bestuurlijk overleg over jeugdzorg van 7 oktober jl. gezamenlijk vastgesteld op € 136,1 miljoen. Deze compensatie betreft een afrondende afspraak voor meerkosten over 2021. Dat neemt niet weg dat als er evident aanleiding is om te veronderstellen dat gemeenten door het coronavirus in de financiële problemen komen, of als er onvoorziene ontwikkelingen optreden, Rijk en gemeenten daarover met elkaar in gesprek zullen gaan.

Het vaststellen van de compensatie van de meerkosten als gevolg van de coronapandemie op € 136,1 miljoen leidt tot een bijstelling van de eerder opgenomen raming van € 141 miljoen. Bij de decembercirculaire wordt deze compensatie aan gemeenten uitgekeerd via het gemeentefonds. Via de gebruikelijke verdeelmodellen voor de verschillende uitkeringen uit het gemeentefonds (Jeugd, WMO, MO, VO, BW) wordt de € 136,1 miljoen verdeeld over gemeenten.

Andere onderwerpen

17. Communicatie

Maatregelen

Het kabinet intensificeert de communicatie over de maatregelen. De communicatie wordt aangepast in lijn met de aangescherpte maatregelen die in deze brief worden aangekondigd. De informatie op rijksoverheid.nl is inmiddels aangevuld. De RTV-campagne over het coronatoegangsbewijs wordt op zeer korte termijn aangepast aan de nieuwe situatie en voortgezet. Vanaf woensdag 3 november 2021 start een radiocampagne om de herziene mondkemperplicht weer onder de aandacht te brengen. De lopende RTV-campagne en social media campagne over de herziene adviezen en de basisregels – ook in de thuissituatie – wordt geïntensifieerd, ook om de impact en het bereik onder specifieke doelgroepen te vergroten. Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging aan het lid Agema – zoals gedaan tijdens de Begrotingsbehandeling op 26 en 28 oktober jl. – over welk type communicatie we gebruiken ten aanzien van de thuissituatie.

Coronatoegangsbewijzen (CTB)

Na de aankondiging van de inzet van CTB in Nederland is er veel communicatie ingezet over de toepassing hiervan. Met onder andere social media posts en een RTV-campagne is meer uitleg gegeven over wanneer je een CTB nodig hebt en hoe je je voorbereidt op een uitstapje. Ook is er een Steffie-module in verschillende talen die uitleg geeft over het CTB in Nederland. Daarnaast ontwikkelen we een praatplaat voor laaggeletterden, zodat ook deze doelgroep van heldere publiekscommunicatie wordt voorzien.

Ook is er ingezet op communicatie voor burgers voor wie de digitale route een uitdaging was of problemen opleverde. Bij bibliotheken worden mensen geholpen met het maken en printen van een coronabewijs. Daarnaast worden zij geholpen met de aanvraag van een papieren bewijs,

⁹¹ Kamerstuk 25 295, nr. 713.

⁹² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

onder andere met een papieren aanvraagformulier waarmee zij een coronabewijs per post kunnen aanvragen. Dit formulier is ook bij gemeenten, onder andere via de VNG, onder de aandacht gebracht. Zo worden mensen zonder mobiele telefoon of mensen minder digitaal vaardig zijn geholpen.

Na het aankondigen van de inzet van CTB in september is het aantal telefoontjes bij alle helpdesks flink opgelopen. In de week van de vorige persconferentie (week 37, de persconferentie vond plaats op 14 september jl.) ontving de CoronaCheck helpdesk gemiddeld 11.388 calls per dag, met een uitschieter op de dag na de persconferentie van meer dan 30.000 telefoontjes. De belangrijkste vragen gingen over het verkrijgen van het papieren coronabewijs.

Naast het opschalen van de capaciteit bij helpdesks is er ook een keuzemenu ingericht bij 0800-1421 waardoor mensen sneller met hun vragen geholpen kunnen worden. De automatische aanvraag om het coronatoegangsbewijs per post thuis te krijgen (zonder gebruik van DigiD) is geoptimaliseerd. Met een webcareteam worden vragen van burgers die via social media binnenkomen, beantwoord.

De communicatietoolkit voor organisatoren van evenementen en ondernemers is geactualiseerd met informatie en communicatiemiddelen die zij gebruiken om bezoekers te informeren over de inzet van CTB. De toolkit is er ook in het Engels.

Vaccineren

Het belangrijkste doel van de communicatie over de coronavaccinatie op dit moment is bijdragen aan het verder verhogen van de vaccinatiegraad. De inzet richt zich heel gericht op gebieden en doelgroepen waar de vaccinatiegraad achterblijft, zoals sommige wijken in grote steden. Uitgangspunt is dat mensen op basis van betrouwbare informatie een weloverwogen keuze kunnen maken. Mensen die twijfelen over vaccinatie vanwege angst, taboe of een informatieachterstand helpen we aan de juiste informatie. En we faciliteren dat mensen die dat willen zich op een laagdrempelige manier kunnen laten vaccineren.

Wijkgerichte aanpak

Om de fijnmazige, wijkgerichte vaccinatie-aanpak communicatief te ondersteunen, was de campagne «Prikken zonder Afspraak» in september als pilot zichtbaar in 200 postcodegebieden waar de vaccinatiegraad achterblijft. Gezien het succes van deze pilot krijgt de campagne een vervolg in 800 postcodegebieden. De campagne is bedoeld voor de doelgroep 15–45 jaar die zich wil laten vaccineren, maar nog geen eerste prik heeft gehaald. Voor deze doelgroep is gekozen omdat hier de vaccinatiegraad lager is. Centraal staat hoe eenvoudig het is om je prik te halen: kijk op prikkenzonderafpraak.nl voor een priklocatie bij jou in de buurt en haal je eerste prik wanneer het jou uitkomt. De geïntensiveerde campagne gaat vanaf deze week lopen op social media (Facebook en Instagram), via advertenties in apps, op Spotify online radio en mogelijk via buitenreclame.

Inzet richting specifieke doelgroepen

Er zijn enkele specifieke groepen waarbij de vaccinatiegraad achterblijft: jongeren, vrouwen die zwanger zijn of een kinderwens hebben, mensen met een migratie-achtergrond en mensen die vanwege hun geloof nog geen vaccinatieafpraak hebben gemaakt. In de communicatie richting

deze groepen staan de onderwerpen die bij hen leven centraal. Daarbij zetten we de middelen en kanalen in die door hen gebruikt worden, in de toon, taal en vorm die bij hen past.

Jongeren

De campagne «Prikken zonder Afspraak» richt zich vooral op de jongere doelgroep in de wijken waar de vaccinatiegraad achterblijft. Daarnaast heeft er in de maand oktober een campagne gelopen gericht op 17 tot 30 jarigen die zich nog niet hebben laten vaccineren.

De campagne bestond uit drie video's waarin antwoord wordt gegeven op belangrijke vragen die vaak leven onder jongeren:

- Waarom zou je je laten vaccineren als je jong en gezond bent?
- Hoe zit het met bijwerkingen?
- Hebben de vaccins invloed op zwangerschap en vruchtbaarheid?

De vragen worden beantwoord door GGD-arts Ashis Brahma. Zijn verhaal staat centraal. Om de informatieve inhoud voor deze groep in een aantrekkelijke vorm in beeld te brengen, staan de video's in het teken van het «*up-spicen*» van de expert. De arts wordt geplaatst in onverwachte omgevingen waarin van alles om hem heen gebeurt, terwijl hij doorgaat met het beantwoorden van de gestelde vragen. De gebeurtenissen in de video's sluiten aan bij dingen die in de beleavingswereld van jongeren spelen (actiefilms, muziekproductie/rap, *trickshots*).

De campagne liep op YouTube waar de video's gezamenlijk ruim 500.000 keer zijn bekeken, via social media en tijdens de herfstvakantie in bioscopen.

Vrouwen die zwanger zijn of een kinderwens hebben

Om de voorlichting en informatie voor zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens te verstevigen, werken we samen met de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Bestaande materialen, zoals video's, brengen we in verschillende talen opnieuw onder de aandacht, ook via de kanalen van deze organisaties. Met de inhoudelijke toevoeging dat vaccinatie tijdens de zwangerschap dringend wordt geadviseerd.

Daarnaast is de advertentie waarmee we zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens informeren over zwangerschap en vaccineren, nog altijd zichtbaar op websites en fora die vaak door de doelgroep worden bezocht. Hoofdboodschap is dat je als zwangere vrouw extra risico loopt op complicaties na besmetting met het coronavirus. Onderzoek wijst uit dat vaccineren niet schadelijk is voor moeder of foetus, dus dat je met een gerust hart de prik kunt halen. De advertentie verwijst door naar coronavaccinatie.nl/zwanger. Daar is alle informatie over dit onderwerp gebundeld.

Mensen met een migratie-achtergrond

De communicatie richting mensen met een migratie-achtergrond richt zich vooral op het faciliteren van de organisaties die dichtbij hen staan. Voorbeelden hiervan zijn Pharos, GGD-en, het Rode Kruis, het COA en organisaties uit het netwerk van het Ministerie van SZW. Deze partijen worden continue voorzien van materialen met de meest actuele informatie in meerdere talen, die zij verder verspreiden naar hun achterban.

Daarnaast is de website prikkenzonderafpraak.nl nu in 11 talen beschikbaar. Er is een campagne in ontwikkeling in een aantal van deze talen, die de bijbehorende doelgroepen naar de website leidt. Hier kunnen zij een priklocatie in de buurt opzoeken, maar ook informatie en antwoorden vinden op vragen of twijfels.

Mensen die vanwege hun geloof nog geen vaccinatieafpraak hebben gemaakt

Het kabinet en kerkelijke netwerken (gereformeerden en evangelisten) zijn op verschillende manieren met elkaar in dialoog over de coronavaccinatie. Zo organiseren de kerkelijke gemeenschappen op korte termijn een livestream waarbij VWS als gast uitleg geeft over het vaccinatiebeleid. Ook is onlangs een interview gegeven voor de christelijke familiezender Family 7. Deze radiouitzending heeft tot publicaties in diverse christelijke media geleid.

Desinformatie

De aanpak van desinformatie is erop gericht om mensen zo goed en feitelijk mogelijk te informeren. We hebben een verkennend onderzoek uitgevoerd onder burgers om na te gaan of en in hoeverre men geconfronteerd wordt met desinformatie over vaccins. En in welke mate dit een rol speelt/speelde bij de keuze om zich wel of niet te vaccineren tegen corona. Mede op basis van de resultaten uit het onderzoek, de ervaringen van de partijen waarmee we samenwerken (o.a. RIVM, CBG, IGJ, Lareb), én onze ervaringen tot nu toe, gaan we meer kennis over desinformatie en feitelijke informatie over de coronavaccinatie aanbieden.

- We verzamelen zoveel mogelijk (extra) desinformatiekennis vanuit het netwerk van experts en maken hier een handreiking over voor mensen die in hun beroepsuitoefening of op een andere manier in aanraking komen met desinformatie. De belangrijkste vraag die wordt uitgewerkt: hoe om te gaan met desinformatie en mensen die een andere overtuiging hebben?
- We zetten een publiekscampagne op die bijdraagt aan de bewustwording van mensen rond desinformatie. Belangrijkste vragen zijn: hoe herken je desinformatie, hoe kan je het controleren en hoe kan je ermee omgaan?
- We ontwikkelen feitelijke content over thema's met veel desinformatie die we signaleren op de (social) mediakanalen. We ontcrachten de desinformatie door feitelijke informatie te presenteren, en werken daarvoor samen met experts. De weblogs waarin we experts aan het woord laten zijn een goed middel om feitelijke informatie over te brengen. Deze weblogs publiceren we op coronavaccinatie.nl en we zorgen ervoor dat onze (sociale) mediakanalen hiernaar verwijzen.
- Daarnaast is er nu een document ontwikkeld voor webcare waarin per onderwerp de feitelijke informatie bijeen is gebracht, met daarin een uitgebreide verwijzing naar de experts én (onderzoeks)bronnen. Zo kunnen de webcareteams nog vollediger antwoord geven op vragen en berichten die desinformatie bevatten. We delen deze informatiemiddelen ook met het RIVM, CBG en IGJ.

Naast de inzet om de vaccinatiegraad verder te verhogen, richt de communicatie zich op het informeren van de samenleving over het vaccinatieprogramma. Coronavaccinatie.nl en (social) media zijn de belangrijkste kanalen die gebruikt worden om informatie te geven over onder andere de boostervaccinatie, de route voor mensen die een allergische reactie hebben gehad na hun eerste vaccinatie, de derde prik voor mensen met een ernstige afweerstoornis en de donatie van vaccins via Covax. Zowel over deze algemene publieksinformatie als over de

directe communicatie met professionals en de doelgroepen die het betreft, is nauwe afstemming met partners zoals het RIVM en de GGD GHOR.

Testen

Testen blijft een belangrijk hulpmiddel om besmettingen te identificeren en verspreiding tegen te gaan. Ook is testen van belang bij het verkrijgen van een coronatoegangsbewijs. Over klachten, testen en quarantaine is vrijdag 29 oktober jl. een radiocampagne gestart en zaterdag 30 oktober jl. een tv-campagne.

Het vergroten van de begrijpelijkheid en toegankelijkheid van de informatie rondom testen op rijksoverheid.nl heeft continue onze aandacht. Zo wordt momenteel gewerkt aan een online testwijzer. Met hulp van de testwijzer krijgt de bezoeker een concreet testadvies en kan deze zien welk handelingsperspectief gewenst is.

Quarantaine

Uit de campagne effectmonitor van oktober blijkt dat thuisblijven bij klachten (en jezelf laten vaccineren) worden gezien als het meest effectief om verspreiding van corona tegen te gaan. Toch neemt het urgentiegevoel af en blijven slechts drie op de tien mensen thuis als dat moet. De zorgen over het coronavirus nemen af, vooral omdat veel mensen gevaccineerd zijn. Ook is er een stijging van het aantal mensen dat een zelftest gebruikt bij klachten (van één naar twee op de vijf) en laat men zich vaker pas na drie dagen of meer testen bij de GGD bij klachten.

Met deze inzichten wordt de publiekscampagne die eerder voor testen en quarantaine is ontwikkeld aangescherpt. Doel is om de naleving van thuisblijven bij klachten en zo snel mogelijk laten testen bij de GGD te stimuleren. In het online gedeelte staat de Quarantainecheck – quarantainecheck.rijksoverheid.nl – centraal met diverse nudgingtechnieken en wordt de jongerenkoepel (een netwerk waarop diverse jongerenplatformen zijn aangesloten) ingezet.

De campagne voor de quarantaineplicht wordt verlengd per 1 november en specifiek ingezet op relevante plekken voor reizigers uit zeer hoog risicogebieden. De Quarantaine Reischeck – reizertijdenscorona.rijksoverheid.nl – speelt hier een prominente rol om reizigers die (terug) komen naar Nederland te voorzien van de juiste en persoonlijke informatie.

Ventileren

Ventileren is goed voor een gezond binnenklimaat en dus altijd belangrijk, tijdens corona en daarna. De afgelopen periode is het belang van ventilatie (als vierde basismaatregel) zo goed mogelijk onder de aandacht gebracht. Sinds de zomer is het belang van ventilatie gecommuniceerd via de massamediale «Alleen Samen» campagne. Bij de persconferentie werd dit getoond op het bord voor het spreekgestoelte: handen wassen, afstand houden, testen en ventileren.

Daarnaast is er een campagne via social media gevoerd. Via zogenaemde *sliders* zijn tips over goed ventileren gedeeld met het algemeen publiek. Ook is ingezet op het vergroten van de kennis over ventileren bij eigenaren en beheerders van gebouwen. Daarom heeft TNO in opdracht van VWS een Handreiking Ventilatie opgesteld. Hier gingen een aantal sessies met een klankbordgroep van technische experts aan vooraf.

De handreiking is op rijksoverheid.nl en op de website ventilerenzogedaan.nl gepresenteerd. De handreiking bestaat uit 5 tips, die ook via social media onder de aandacht zijn gebracht. Onderdeel van de handreiking is een ventilatiekaart, waarbij gebouweigenaren, beheerders en (ver)huurders de situatie in het gebouw kunnen invoeren en vervolgens praktische tips ontvangen over ventileren in die specifieke omgeving.

Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging aan het lid Agema – zoals gedaan tijdens de Begrotingsbehandeling op 26 en 28 oktober jl. – over de noodzaak om over ventilatie ook campagnematig te communiceren. De komende periode blijft de rijksoverheid in haar uitingen aandacht vragen voor frisse lucht en goede ventilatie.

18. Arbeidsmarkt

Subsidieregeling Coronabanen

Het afgelopen jaar vroeg veel van zorgprofessionals en zorgorganisaties. Het kabinet besloot daarom om de subsidieregeling Coronabanen in de Zorg in te zetten. Werkgevers konden hiermee subsidie krijgen om mensen tot het einde van dit jaar, tijdelijk in te zetten in ondersteunende functies. Na beoordeling van alle aanvragen is er aan 699 zorgaanbieders subsidie verleend voor een bedrag van € 83.358.377 voor 7.271 coronabanen. Daarvan volgen 1.675 mensen een opleiding die leidt tot mbo-certificaat via de Nationale Zorgklas. Zorgorganisaties maken het meest gebruik van de volgende types coronabanen: ondersteuner zorgmedewerker, welzijnsassistent en zorgbuddy. De branches verpleeghuizen, thuiszorg en gehandicaptenzorg maken het meest gebruik van de coronabanen.

Amendement Ellemet herstel van zorgprofessionals

Tijdens de begrotingsbehandeling heeft GL een amendement⁹³ van € 10 miljoen ingediend gericht op het herstel van zorgprofessionals, waarbij (mede)zeggenschap een essentieel onderdeel is. Dit omdat zorgprofessionals nu al lange tijd voorop gaan in de strijd tegen covid-19, hetgeen buitengewone prestatie is, waar ik grote bewondering voor heb. Na deze zware periode zijn ze toe aan rust om te herstellen van deze ingrijpende inspanningen. Het is belangrijk dat daar gehoor aan wordt gegeven en dat ze die tijd krijgen.

Het is essentieel dat zorgprofessionals inspraak krijgen in hoe herstel, inhaalzorg en een eventuele IC-opschaling worden vormgegeven. Om dit tot uitvoering te brengen vraagt dit amendement € 10 miljoen. Ik begrijp de insteek van dit amendement. Echter, aangezien dit herprioritering van gelden uit artikel 4 betreft, laat ik het oordeel daarover aan uw Kamer. Omdat het gaat om gelden die in 2022 tot concrete resultaten dienen te leiden, zal ik deze en volgende week in overleg gaan met werkgevers- en beroepsorganisaties en daarna uw Kamer informeren. Doel van dit overleg is om te horen welke plannen de partijen concreet en op korte termijn willen uitvoeren, mocht dit amendement worden aangenomen. De plannen dienen daarbij ten goede te komen aan de gehele breedte van het zorgveld en in lijn te zijn met de rechtmatigheidsvereisten. Vanuit het departement worden al verschillende zaken gemonitord. Idealiter is het plan hierop een aanvulling. Tot slot wil ik aangeven dat nu al via de verschillende meerkostenregelingen gewerkt wordt aan het herstel van zorgprofessionals, bijvoorbeeld door middel van inzet van buddies op de IC, zodat zorgprofessionals ontlast kunnen worden in deze zware tijden.

⁹³ Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 16.

19. Caribisch deel van het Koninkrijk

De laatste gegevens van 28 oktober 2021 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

Tabel 2. Besmettingscijfers Caribisch deel van het Koninkrijk, 28 oktober 2021

	Bonaire	St. Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)	33 (2.405)	0 (28)	0 (11)	114 (17.091)	173 (15.931)	27 (4.498)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen verpleegafdeling (op de IC)	4 (2)	0	0	7 (4)	7 (3)	0 (3)
Aantal patiënten onder behandeling in het buitenland	1 (Curaçao) 1 (Aruba)	0	0	0	11 (Colombia)	0
Aantal patiënten overleden	19	0	0	174	171	75
Percentage totale bevolking volledig gevaccineerd	63% (28/10)	46% (26/10)	81% (26/10)	57% (26/10)	62% (26/10)	39% (28/10)

Het aantal besmettingen op Aruba, Curaçao, Sint Maarten is de afgelopen weken afgenomen. Sinds afgelopen week is ook een lichte daling in het aantal besmettingen waarneembaar op Bonaire. De druk op de zorg blijft op alle eilanden echter hoog en de electieve zorg is deels stilgelegd. Ook zijn er 16 patiënten vanuit Aruba uitgezonden naar Colombia wegens capaciteitsgebrek. De extra IC-verpleegkundigen en -artsen die VWS heeft ingezet via een Amerikaans uitzendbureau blijven vooralsnog tot het einde van dit jaar op de eilanden om de zorg te ondersteunen. In overleg met de ziekenhuizen wordt continu gezien hoeveel personeel ondersteuning benodigd is. De ziekenhuizen werken ondertussen aan plannen om de capaciteit van de GGD's en COVID-afdelingen op de middellange en lange termijn te waarborgen. Op Saba en Sint Eustatius zijn momenteel geen actieve casus.

Vaccinatiecampagnes Caribisch deel van het Koninkrijk

Sinds de vaccinatieprogramma's in het Caribisch deel van het Koninkrijk in februari jl. van start zijn gegaan, zijn er bijna 438.000 vaccins toegediend aan de inwoners van de eilanden. Van de totale bevolking is op Curaçao, Aruba en Sint Maarten respectievelijk 57%, 62% en 39% volledig gevaccineerd. Op Bonaire, Sint Eustatius en Saba is respectievelijk 63%, 46% en 81% van de totale bevolking volledig gevaccineerd.

Om inzicht te krijgen in hoe de vaccinatiebereidheid in het Caribisch deel van het Koninkrijk verder vergroot zou kunnen worden, heeft het Ministerie van VWS, in samenspraak met de gezondheidsautoriteiten op de (ei)landen, een kwalitatief onderzoek laten uitvoeren. I&O Research heeft dit onderzoek in augustus jl. uitgevoerd in samenwerking met onderzoekers op Bonaire, Sint Eustatius, Curaçao, Aruba en Sint Maarten. Op Saba heeft vanwege de al zeer hoge vaccinatiegraad geen onderzoek plaatsgevonden.

De onderzoekers hebben eiland-specifiek geadviseerd over interventies die de vaccinatiebereidheid zouden kunnen vergroten, bijvoorbeeld maatwerk voor moeilijk-te-bereiken groepen, communicatie gericht op jongeren en de integratie van COVID-19-vaccinatie in een algemene communicatiecampagne over het belang van een gezonde leefstijl.

De gezondheidsautoriteiten in Caribisch Nederland werken momenteel aan de integratie van de adviezen in de beleids- en communicatiestrategie. Ook de CAS-landen hebben de resultaten van het onderzoek ontvangen en zijn bezig te bepalen welke aanpassingen zij zullen aanbrengen in de vaccinatiestrategie.

20. Kabinetsreactie KPMG-rapport

Hierbij ga ik in op het verzoek van het lid Simons, zoals dat is gedaan in het ordedebat van 26 oktober jl. over een reactie op het KPMG-rapport⁹⁴. Op 14 oktober heeft KPMG een rapport gepubliceerd; de lessen na 1,5 jaar coronacrisis⁹⁵. In het rapport zet het adviesbureau uiteen welke lessen *getrokken kunnen worden* uit de afgelopen anderhalf jaar pandemie en hoe deze kunnen bijdragen aan het verbeteren van de pandemische paraatheid van Nederland.

Ten eerste wil ik graag mijn waardering uitspreken voor de onderzoekers. Het rapport geeft een eerste overzicht van de lessen die we voor de toekomst voor pandemische paraatheid kunnen benutten. Daarbij bevat het herkenbare elementen en waardevolle, nieuwe inzichten. Zo geeft KPMG terecht aan dat het duurzaam verhogen van de ziekenhuiscapaciteit weinig zinvol is (gelet op de exponentiële groei van infectieziekten). Het kabinet heeft de capaciteit dan ook niettemin verhoogd om de piek op te vangen en beleid gevoerd om het aantal besmettingen in te perken en daardoor opnames af te remmen. Ook geeft het adviesbureau aan dat het kabinet soms voor een «optimistisch» scenario koos, onder andere vanwege economische en maatschappelijke afwegingen, terwijl de situatie achteraf niet stabiel genoeg bleek. Ik herken dat deze crisis voortdurend vraagt om een afweging van soms strijdige belangen. Tevens is voortdurend proportionaliteitsweging ten aanzien van nieuwe maatregelen nodig. Daar komt bij dat op voorhand niet altijd scherp te voorspellen is wat het effect van maatregelen zal zijn.

Er is echter ook een aantal kanttekeningen bij de conclusies uit het rapport te plaatsen. KPMG stelt bijvoorbeeld dat een inzet gericht op indammen (sturen op besmettingen) in plaats van mitigeren (sturen op het aantal ziekenhuis- en IC-opnames) had geleid tot betere uitkomst ten aanzien van gezondheid en economie. Dit is ook overgenomen in de berichtgeving over het rapport. Deze conclusie is echter onjuist. Het kabinet heeft vanaf het begin gestuurd op het verminderen van het aantal besmettingen door contactbeperkende maatregelen te treffen om zo het risico op besmettingen zoveel als mogelijk te voorkomen en daarmee de druk op de zorg beheersbaar te houden.

Het rapport geeft verder aan dat Nederland het gemiddeld heeft gedaan in de bestrijding van de epidemie. Er zijn landen die het volgens KPMG beter doen (Denemarken, Noorwegen, Finland), en er zijn veel landen die het beduidend minder doen (Engeland, Spanje, Portugal, Tsjechië), aldus KPMG. Nederland heeft minder oversterfte ten opzichte van de overige OECD-landen. Ook economisch gezien heeft Nederland het redelijk goed gedaan en zijn de vooruitzichten op verder economisch herstel goed. Het is daarbij van belang te constateren dat het lastig is om landen op een goede manier te vergelijken. Er zijn immers veel verschillende factoren van belang, zoals demografie van de bevolking, karakter van de economie, ligging en cultuur (anders dan bijvoorbeeld Australië, is Nederland geen eiland). Verschillende onderzoeken leiden daarom ook tot verschillende lijstjes. Zo publiceert Bloomberg periodiek de «Covid

⁹⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

⁹⁵ Dit zijn de lessen van 1,5 jaar coronacrisis – KPMG Nederland (home.kpmg.nl).

Resilience Ranking». Hier scoort Nederland als één van de best presterende landen. En ook in de «Stringency Index» van Oxford scoort Nederland hoog. Deze index laat zien hoe snel landen hebben gereageerd na de eerste bevestigde besmetting en vervolgens in het treffen van maatregelen. Dit soort nuances, die het rapport vaak wél kent, zijn helaas niet altijd opgenomen in de berichtgeving over dit rapport.

Het kabinet vindt het belangrijk om te leren van de afgelopen periode. Mede op verzoek van het kabinet doet onder andere de Onderzoeksraad voor de Veiligheid daarom onderzoek. De lessen uit het KPMG rapport en alle andere onderzoeken betreft het kabinet om onze pandemische paraatheid te vergroten. Het kabinet streeft ernaar het plan van aanpak ter versterking van de pandemische paraatheid, zoals aangekondigd op Prinsjesdag en benoemd in mijn brief aan uw Kamer van 18 juni jl.⁹⁶, eind van het jaar aan uw Kamer te versturen.

21. Chemische veiligheid van mondkapjes

Op 2 november 2021 heeft het RIVM het rapport «Chemische veiligheid mondkapjes»⁹⁷ gepubliceerd. Door de verplichting na 1 juni 2020 om in verschillende omstandigheden mondkapjes te dragen nam het gebruik van deze producten sterk toe. In het briefrapport doet het RIVM verslag van signalen die het heeft ontvangen tussen mei 2020 en juni 2021 over stoffen die aan deze producten toegevoegd worden, zowel door fabrikanten en leveranciers als door consumenten zelf doordat zij zelf mondkapjes vervaardigen van ander producten of stoffen toevoegen aan commerciële mondkapjes. De meest relevante bevindingen van het RIVM zijn in het rapport opgenomen.

Uit het rapport blijkt dat mondkapjes zonder toevoegingen veilig te gebruiken zijn. Er is nog te weinig informatie beschikbaar om te kunnen beoordelen of mondkapjes met claims als «antibacterieel» of «antiviraal» ook veilig zijn. Aan deze mondkapjes zijn vaak stoffen toegevoegd en deze toevoegingen vormen, gecombineerd met het intensievere gebruik, een nieuw en onbekend risico. De onzekerheden zitten met name in het ontbreken van gegevens over de samenstelling van de toevoegingen, de intensiteit van gebruik en de gevaren bij inademing. Het zelf vervaardigen van mondkapjes van materialen die niet bedoeld zijn om doorheen te ademen of op de huid te gebruiken, en het gebruik van sprays of etherische oliën lijkt de beschermende functie van de producten niet te verbeteren en kan mogelijk leiden tot ongewenste reacties. In het rapport wordt aanbevolen om de ontwikkelingen op dit terrein te blijven volgen en deze aanbeveling zal ik overnemen.

22. Verlenging tegemoetkoming ongeplaceerde evenementen

Het kabinet heeft in de brief aan uw Kamer van 14 september jl.⁹⁸ aangekondigd dat het voor de periode tot 13 november € 15 miljoen reserveert als tegemoetkoming voor ongeplaceerde (culturele) evenementen. Deze evenementen hebben te maken met een capaciteitsbeperking van 25%. Het Fonds Podiumkunsten werkt nu aan een subsidieregeling die medio november opgesteld wordt. Nu de capaciteitsbeperkende maatregel wordt verlengd vanaf 13 november, reserveert het kabinet een bedrag van € 2.5 miljoen per week voor iedere week dat deze maatregel langer duurt.

⁹⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1297.

⁹⁷ RIVM briefrapport 2021-0139, <https://www.rivm.nl/publicaties/chemische-veiligheid-mondkapjes>.

⁹⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

23. 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.⁹⁹ De stukken worden op de website¹⁰⁰ van rijksoverheid gedeeld voor zover daar geen zwaarwegende belangen¹⁰¹ in de weg staan. Hier zijn vanaf heden ook de stukken die besproken zijn in het Catshuis dd. 29 oktober 2021 raadpleegbaar.

24. Slot

Corona is een groot gezamenlijk probleem dat we alleen gezamenlijk kunnen oplossen. Daarbij is vaccinatie nog steeds de belangrijkste weg uit de crisis. Uiteindelijk gaat het om de bescherming van onszelf en de mensen die ons dierbaar zijn. Daarnaast is en blijft ons eigen gedrag cruciaal. We hebben daarmee invloed op de stappen die hierna worden genomen.

Hoogachtend,

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

⁹⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 771.

¹⁰⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken>.

¹⁰¹ Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen.