

Vergaderjaar 2022–2023

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1969

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 november 2022

In de voorliggende verzamelbrief informeer ik u over diverse onderwerpen die betrekking hebben op COVID-19. Het betreft de volgende onderwerpen:

1. Zicht op het virus;
2. Vaccinaties:
 - Stand van zaken herhaalprikronde;
 - Communicatie-inzet vaccinatie;
 - Stand van zaken maatschappelijk dialoog;
 - Advisering over vaccinaties voor kinderen;
 - Update donaties;
3. Oversterfteonderzoek en datatoegang;
4. Verder afbouwen bron- en contactonderzoek;
5. Optimalisatie van ziekenhuiszorg;
6. COVID-behandeling Paxlovid;
7. Publicatie en openstelling aanvraagloket COZO 2022;
8. Update digitale ondersteuning;
9. «Stopknop» voor Corona opt-in;
10. Onderzoek meerwaarde luchtreinigers.

1. Zicht op het virus

Epibeeld

In de afgelopen weken zien we in de rioolwatersurveillance, het aantal positieve testen en het aandeel mensen dat COVID-19 klachten rapporteert via Infectieradar een daling van de verspreiding van het virus. Desondanks blijft de circulatie hoog. Het aantal bezette bedden met patiënten met COVID-19 is op dit moment ongeveer even hoog als aan het begin van de najaarsgolf. Het aantal mensen op de IC met COVID-19 blijft stabiel

laag. De druk op de zorg blijft beheersbaar¹ en zijn er vooralsnog geen aanvullende maatregelen nodig, behalve extra aandacht voor naleving van de basismaatregelen en aanvullende maatregelen vooronvoldoende beschermde kwetsbare personen.

We blijven echter waakzaam op de gevolgen van nieuwe subvarianten van het virus die inmiddels in Nederland zijn aangetroffen. De afgelopen periode is een toename van BA.4.6, BA.2.75, en meer recent een toename van BQ.1 (inclusief BQ.1.1)² geobserveerd. Deze subvariant wordt mogelijk de nieuwe dominante subvariant in Nederland, maar het is ook mogelijk dat meerdere subvarianten naast elkaar blijven circuleren.

Monitoringsinstrumenten

Monitoring en surveillance van COVID-19 blijven onverminderd belangrijk. Daarom zoeken we continu naar manieren om dit te verbeteren, naast de al bestaande monitoringsinstrumenten zoals rioolwatersurveillance, Infectieradar, Nivel-zorgregistratie eerste lijn, kiemsurveillance en het aantal meldingen van positieve testen bij de GGD. Ziekenhuis- en IC-opnames geven daarbij een beeld van de ernst van het virus en de gevolgen voor de zorg. Door een mix van monitoringsinstrumenten in te zetten kan de epidemiologische situatie nauwgezet in de gaten gehouden worden.

In de continue ontwikkeling van zo goed mogelijke monitoring en informatievoorziening zijn recent enkele belangrijke stappen gezet:

- Sanquin en RIVM starten een onderzoek naar de mogelijkheden van het gebruik van serologische data in de bestrijding van de COVID-19-pandemie. Hierbij onderzoeken Sanquin en RIVM de aanwezigheid van antistoffen tegen het coronavirus in het bloed van bloeddonoren in steekproeven. Zodoende hopen we een beter zicht te krijgen op de immuniteit van de bevolking tegen het virus.
- Even zo belangrijk is het om burgers mee te nemen in monitoring en van de juiste informatie te voorzien. Daarom is de informatie op het coronadashboard toegankelijker gemaakt: op de landingspagina staat nu een weekduiding, in samenwerking met RIVM en LCPS, waarin gebruikers in één opslag kunnen zien wat de stand van het land is.
- De coronathermometer staat sinds 16 september jl. online op het coronadashboard. Deze thermometer geeft in één oogopslag aan wat de huidige en op korte termijn te verwachten (landelijke) epidemiologische situatie is. Voor een nadere toelichting hierop verwijs ik uw Kamer tevens naar de brief van september jl.³ De thermometer wordt nog doorontwikkeld.

Verder licht ik in deze brief de inzet van de huidige instrumenten toe en hoe zij bijdragen aan het monitoren van het virus:

- **Rioolwatersurveillance:** Rioolwatersurveillance is één van de belangrijkste surveillance-instrumenten, na het afschalen van grootschalig testen bij de GGD. De Nationale Rioolwatersurveillance is een nauwe samenwerking tussen het Ministerie van VWS, de waterschappen en het RIVM. Bij meer dan 300 rioolwaterzuiveringsinstallaties worden op dit moment vier keer per week metingen gedaan, waarmee de virusvrucht per 100.000 inwoners wordt bepaald. Hierdoor houden we, onafhankelijk van het testbeleid en het testgedrag, zicht op de trendveranderingen in de verspreiding van het virus. Vanwege het grote aantal meetpunten is het een zeer uitgebreid monitoringsinstru-

¹ LCPS weekrapportage, week 45.

² Weekcijfers coronavirus SARS-CoV-2 | RIVM.

³ Kamerstuk 25 295, nr. 1959.

ment. Op het coronadashboard worden de meest recente open data getoond. Deze zijn actueel (metingen tussen de 4 en 7 dagen oud en worden gebruikt voor vroegsignalering). De monsters uit het rioolwater worden steekproefsgewijs ook gebruikt om nieuwe varianten op te sporen en te herkennen.

- Testen: Positieve COVID-19-testen worden nog steeds gemeld aan het RIVM. Het aantal positieve testen blijft een indicator om de trends van de verspreiding van het virus te volgen ondanks dat er niet meer grootschalig getest wordt.
- Infectieradar: via dit instrument geven wekelijks meer dan tienduizend mensen door aan het RIVM of zij die week gezondheidsklachten passend bij COVID-19 of een positieve zelftest hebben gehad. Infectieradar is inmiddels uitgebreid met zelftestonderzoek voor COVID-19, waarbij aan deelnemers kan worden gevraagd om een neus- en keelmonster af te nemen als zij een coronazelftest hebben gedaan omdat ze COVID-achtige klachten hebben. Het RIVM onderzoekt of dit monster het coronavirus, een influenzavirus of een verkoudheidsvirus bevat. Zodoende wordt nog beter zicht gehouden op de ontwikkeling van het virus. Infectieradar blijkt nuttig ten behoeve van vroegsignalering te zijn. Infectieradar is niet representatief, maar hoe meer mensen zich aanmelden hoe beter een trend zichtbaar wordt.
- Nivel peilstations: Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) voert eerstelijns-surveillance uit via de huisartsen. Met 140 peilstations wordt zicht gehouden op de rondgang van luchtwegvirussen in Nederland. De monsters van de Nivel-peilstations betreffen een selecte groep: dit zijn vaak patiënten die met langdurige luchtwegklachten tóch de huisarts bezoeken.
- Kiemsurveillance: Met de kiemsurveillance onderzoekt het RIVM hoe het virus verandert en wat dit betekent voor de verspreiding van het virus. Dit is met name van belang om de impact van nieuwe (sub)varianten op de verspreiding van het virus en de mate van ziekmakendheid in te schatten.
- Druk op de zorg: Ook het aantal ziekenhuisopnames van mensen met COVID-19 alsook de ziekenhuisbezetting wordt continu gemonitord. Dit betreft zowel de klinieken als de IC's en geeft een actueel beeld van de ernst van het virus en de gevolgen hiervan op de zorg. De ziekenhuisopnames blijven hiermee een belangrijke indicator voor zowel het zicht op de verspreiding alsook de druk op de zorg. Verder is het RIVM in samenwerking met stichting NICE dit jaar begonnen met het opzetten van infectieziekten-surveillance van respiratoire infecties vanuit ziekenhuizen (SARI-surveillance). Daarnaast werkt het LCPS aan de doorontwikkeling van de landelijke ketenmonitor zorg (LKZ), nu Dashboard Zorgketen. Op dit dashboard is in één oogopslag te zien hoe hoogde druk in de zorg is op dit moment, maar geeft daar ook prognoses over. De eerste testversie van het dashboard is eind oktober in gebruik genomen.

2. Vaccinaties

Stand van zaken herhaalprikronde

Op 19 september jl. is op advies van het OMT-V gestart met een nieuwe vaccinatieronde. Zoals ik ook in mijn brief van 8 september jl. heb aangegeven, zetten we in deze najaarsronde de vernieuwde vaccins van BioNTech/Pfizer en Moderna⁴ in als herhaalprik. Deze zogeheten bivalente vaccins zijn gericht op twee stammen van het coronavirus: de oorspronkelijke Wuhan-stam en de omikronvariant. De onderlinge verschillen tussen

⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1939.

de omikronsubvarianten zijn relatief klein, net als de onderlinge verschillen tussen de bivalente vaccins. De verwachting is daarom dat alle bivalente vaccins die worden gebruikt in de najaarsronde effectiever zijn tegen omikronvarianten die nu circuleren, in vergelijking met de oorspronkelijke, monovalente vaccins. Voor de basisserie worden de oorspronkelijke vaccins nog wel ingezet. De vernieuwde vaccins zijn namelijk nog niet geregistreerd voor gebruik als basisserie.

Sinds 26 oktober jl. kan iedereen van 12 jaar en ouder die de basisserie heeft afgerond een afspraak maken voor een herhaalprik: dit is mogelijk vanaf 3 maanden na de laatste vaccinatie of 3 maanden na een doorge maakte COVID-19-infectie. De GGD'en hebben voldoende capaciteit beschikbaar zodat iedereen snel een afspraak kan maken. Sinds 31 oktober jl. is het op steeds meer locaties mogelijk zonder afspraak een herhaalprik te ontvangen. Op www.prikkenzonderafpraak.nl zijn alle locaties met vrije inloop zichtbaar. Voor de mensen die nog geen basisserie gehaald hebben of die nu nog niet in aanmerking komen voor een herhaalprik, blijft het mogelijk om een afspraak te maken bij één van de GGD-vaccinatielocaties.

60-plussers, zorgmedewerkers en mensen jonger dan 60 jaar die jaarlijks de griepvaccinatie ontvangen, zijn het meest gebaat bij het halen van de herhaalprik. Zij zijn daarom als eerste persoonlijk uitgenodigd. Tot en met zondag 13 november zijn er circa 3,6 miljoen herhaalprikken in de najaarsronde gezet. Van alle 60-plussers heeft tot en met 13 november 54,2% een herhaalprik gehaald, voor de 70 tot en met 79 jarigen en 80 tot en met 89 jarigen is dit boven de 67%. Van de gehele 12-plus bevolking heeft 23,0% een herhaalprik ontvangen in de huidige najaarsronde⁵.

Dat vaccineren nog steeds effectief is blijkt ook uit de nieuwe rapportage die het RIVM op 8 november jl. heeft gepubliceerd over de effectiviteit van de in Nederland gebruikte COVID-19-vaccins tegen ziekenhuis- en IC-opnames⁶. Hieruit blijkt dat in de periode van 3 oktober tot en met 2 november 2022 er een 63% lager risico was op ziekenhuisopname voor 60-plussers die de herhaalprik in het najaar hebben gekregen dan voor 60-plussers die wel de basisserie, booster of eerdere herhaalprik hebben gekregen, maar niet de herhaalprik van dit najaar. Dit betekent dat de kans op ziekenhuisopname voor 60-plussers met een herhaalprik uit de najaarsronde ongeveer 2,7 keer kleiner was dan voor 60-plussers die deze vaccinatie niet gehaald hebben. De kans op IC-opname voor 60-plussers met een herhaalprik uit de najaarsronde was ruim 2 keer kleiner dan voor 60-plussers met minimaal één eerdere vaccinatie. Het RIVM heeft aangegeven dat het nog te vroeg is om iets te zeggen over de effectiviteit van de herhaalprik in de huidige najaarsronde voor personen jonger dan 60 jaar. In toekomstige rapportages zullen er ook schattingen voor deze groep beschikbaar komen.

Daarnaast blijkt uit recent onderzoek van het RIVM dat de COVID-19-vaccinaties een aanzienlijk aantal ziekenhuisopnames hebben voorkomen⁷. Het RIVM heeft het werkelijk aantal ziekenhuisopnames van stichting NICE, de geschatte vaccineffectiviteit per dag en de vaccinatiegraden van de basisserie, booster en eerste herhaalprik in het voorjaar gecombineerd en geanalyseerd over de periode van 2 augustus 2021 tot en met 30 augustus 2022. In deze periode registreerde stichting NICE bijna

⁵ Cijfers COVID-19 vaccinatieprogramma | RIVM.

⁶ Kans op ziekenhuisopname voor 60-plussers met herhaalprik in najaarsronde bijna 3 keer lager | RIVM.

⁷ Coronavaccinatie voorkwam naar schatting bijna 88 duizend ziekenhuisopnames in ruim een jaar | RIVM.

45.000 ziekenhuisopnames met COVID-19. Een voorzichtige schatting laat nu zien dat er bijna 88.000 ziekenhuisopnames als gevolg van COVID-19 voorkomen zijn in deze 13 maanden. De meeste opnames zijn voorkomen bij 60-plussers: ruim 68.000. Het RIVM verwacht dat de vaccinaties waarschijnlijk nog meer ziekenhuisopnames hebben voorkomen. Er is in de analyse bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de indirecte effecten van vaccinatie. Uit eerder onderzoek blijkt dat gevaccineerde mensen een kleinere kans hebben om anderen te besmetten. Hierdoor zijn minder mensen ziek geworden die anders mogelijk ook in het ziekenhuis terecht waren gekomen. Later dit jaar publiceert het RIVM meer resultaten en een gedetailleerde omschrijving van de analyses.

Communicatie-inzet vaccinatie

De komende weken blijf ik mij inzetten om de vaccinatiegraad bij de groep die door het OMT-V als kwetsbaar is aangewezen te verhogen. Zo ontvangen de laatste 60-plussers die, vanwege het aan te houden interval van ten minste 3 maanden met de laatste vaccinatie of besmetting, nog niet in aanmerking kwamen voor de herhaalprik ook een uitnodigingsbrief. Tevens hebben de 60-plussers van wie geen COVID-19 vaccinatiegegevens bekend zijn bij het RIVM tussen 1 en 9 november 2022 een uitnodiging ontvangen om de herhaalprik tegen corona te halen. Via verschillende (sociale) mediakanalen is bekend gemaakt dat het voor iedereen van 12 jaar en ouder mogelijk is een herhaalprik te halen met een vernieuwd vaccin.

Om zo veel mogelijk mensen te bereiken worden zowel massa-mediale als meer fijnmazige communicatiemiddelen ingezet. Voorbeelden van de massamediale communicatiemiddelen zijn spots op radio en TV, buitenreclame in bushokjes, winkelcentra en het openbaar vervoer, advertenties in landelijke dagbladen en huis-aan-huisbladen, media-optredens van mijzelf en inhoudelijke experts, informatie op rijksoverheid.nl en informatie en toelichting op onze social mediakanalen en die van het RIVM en GGD GHOR Nederland. Deze acties bereiken een groot deel van alle Nederlanders.

Er is ook extra aandacht voor mensen met een hoger risico om ernstig ziek te worden door corona (o.a. ouderen), zorgmedewerkers, mantelzorgers, mensen die twijfelen over vaccinatie en mensen die we met reguliere publiekscommunicatie niet bereiken (o.a. anderstaligen en laaggeletterden). Bij de ontwikkeling van de publiekscommunicatie wordt ingespeeld op de onderwerpen die in de maatschappij leven, waaronder de vernieuwde vaccins, en wordt gebruik gemaakt van inzichten van experts en wetenschappers op het gebied van communicatie en gedrag. Voor anderstaligen en laaggeletterden worden middelen gemaakt die in taal en vorm bij hen passen. Deze middelen worden verspreid via sleutelpersonen en organisaties die dicht bij de doelgroepen staan (o.a. Inclusia, zorgorganisaties, gemeenten en GGD'en). Zo worden er bijvoorbeeld informatiebijeenkomsten georganiseerd specifiek voor mensen met een andere culturele achtergrond.

Met de genoemde stappen geef ik invulling aan de toezegging aan het lid van den Berg (CDA), het lid Tielen (VVD) en het lid Agema (PVV) tijdens het vragenuur op 1 november jl., om alle inwoners van Nederland zo helder mogelijk te informeren over de herhaalprik met de vernieuwde vaccins (Handelingen II 2022/23, nr. 16, Mondelinge vragen van het lid Agema over de nieuwe vaccinatieronde waarin verouderde vaccins worden gebruikt en de vaccinatiecampagne planjeprik.nl die suggereert dat het vernieuwde vaccin wordt gebruikt).

Naast de landelijke communicatie-inzet blijven GGD'en regionaal groepen benaderen waarvan bekend is dat zij nog twijfelen over het halen van een coronaprik. Mensen kunnen op verschillende plekken terecht wanneer ze ondersteuning nodig hebben bij het maken van de keuze of specifieke vragen hebben. Bijvoorbeeld op de vaccinatielocaties of door een persoonlijk gesprek met een onafhankelijke zorgprofessional van «Vragen over corona» via 0800-7707707.

Stand van zaken maatschappelijke dialoog

Uit diverse onderzoeken is gebleken dat er diverse en uiteenlopende perspectieven, waarden en beweegredenen rondom vaccinatie tegen COVID-19 spelen in de samenleving. Zoals vermeld in de brief aan de Tweede Kamer van 1 april 2022 over de lange-termijn aanpak COVID-19⁸, wil ik met behulp van een «maatschappelijke dialoog» ideeën die in de maatschappij leven over vaccineren tegen COVID-19 ophalen. Hiermee kan ik het beleid en de richtlijnen rondom COVID-19-vaccinaties beter aan laten sluiten op de wensen en behoeften van burgers.

Deze dialogen worden opgezet door het Athena Instituut van de VU Amsterdam. Dit instituut heeft een brede expertise op het gebied van het ontwikkelen en evalueren van beleidsagenda's en het inzetten van participatieve en creatieve methoden voor nieuw beleid over complexe vraagstukken. De onderzoekers van het Athena Instituut gaan in november en december 2022 in gesprek met een diversiteit van mensen – burgers met verschillende achtergronden en professionals – waarbij in het bijzonder aandacht wordt besteed aan praktische dilemma's waar zij voor (zijn) komen te staan. Daarnaast zal er aandacht worden besteed aan het toekomstbestendig maken van COVID-19-vaccinatie, door ervaren barrières te signaleren en mogelijkheden om deze weg te nemen te verkennen. Het Athena Instituut levert in het eerste kwartaal van 2023 het onderzoeksrapport op en zal naar aanleiding van de bevindingen met het ministerie in gesprek gaan over de aansluiting van het vaccinatiebeleid op de wensen en behoeften van burgers.

Advisering over vaccinaties voor kinderen

Op 16 september jl. is het monovalente kindervaccin van BioNTech/Pfizer, dat als basisserie wordt ingezet bij kinderen van 5 tot en met 11 jaar, door het EMA goedgekeurd om ook als herhaalprik ingezet te worden bij deze leeftijdsgroep. Afgelopen vrijdag heeft het EMA ook positief geoordeeld over het bivalente vaccin van BioNTech/Pfizer voor deze zelfde leeftijdsgroep.

Ik heb het OMT-V daarom gevraagd om – in aanvulling op de adviezen van 29 juli en 7 september jl. en in het verlengde van het Gezondheidsraad-advies van 19 januari 2022 over de inzet van COVID-19 vaccins bij kinderen van 5 tot en met 11 jaar ter bescherming tegen de omikronvariant – te adviseren over het aanbieden van een monovalent dan wel bivalent vaccin van BioNTech/Pfizer als herhaalprik aan deze leeftijdsgroep. Ik heb het OMT-V in een eerder stadium gevraagd mij zo spoedig mogelijk na uitspraak door het EMA over de bivalente kindervaccins te adviseren. Nadat ik het advies van het OMT-V heb ontvangen, zal ik u door middel van een Kamerbrief informeren over het advies en mijn besluit.

Op 19 oktober jl. zijn de monovalente kindervaccins van BioNTech/Pfizer en Moderna, in aangepaste dosering, goedgekeurd voor gebruik bij kinderen van 6 maanden tot respectievelijk 5 en 6 jaar. Ik heb de Gezond-

⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1834.

heidsraad gevraagd mij te adviseren over de inzet van deze vaccins. De Gezondheidsraad heeft dit advies op 15 november gepubliceerd en ik bied uw Kamer dit advies aan als bijlage bij deze brief. Ik ben de Gezondheidsraad erkentelijk voor dit advies en ga het advies bestuderen. Ik zal uw Kamer informeren zodra ik een besluit heb genomen over het aanbieden van een vaccinatie aan deze leeftijdsgroep.

Update donaties

Zoals aangegeven in de Kamerbrief over de lange termijn aanpak COVID-19 van 16 september jl.⁹ blijft het kabinet het surplus aan COVID-19-vaccins ter donatie beschikbaar stellen aan landen die daar behoefte aan hebben. Zo zijn eind oktober ruim een half miljoen vaccins aan Oekraïne gedoneerd.

3. Oversterfteonderzoek en datatoegang

Op 28 september jl.¹⁰ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de voortgang van traject 3 van het oversterfteonderzoek. Voor de optimale uitvoering van traject 3 van het oversterfte-onderzoek is toegang tot koppelbare test- en vaccinatiedata van de GGD'en en het RIVM nodig. De afgelopen periode heb ik de gesprekken hierover met het RIVM, de GGD'en, het CBS en ZonMw voortgezet en ik constateer dat alle betrokken partijen zich bewust zijn van het maatschappelijke belang van het oversterfteonderzoek en zich hier ook sterk voor hebben ingezet. In mijn brief van 28 september jl. heb ik aangekondigd dat ik de risico's voor de bescherming van persoonsgegevens van burgers in kaart wil brengen. Daartoe heb ik het kantoor van de Landsadvocaat gevraagd om assistentie bij het opstellen van een DPIA voor het toegankelijk maken van de vaccinatiedata van het RIVM voor statistisch en wetenschappelijk onderzoek. Over het juridische deel van de DPIA heeft de Landsadvocaat een juridisch advies opgesteld. Het advies van de Landsadvocaat deel ik hierbij met uw Kamer.

In het advies is o.a. aandacht besteed aan de reikwijdte van de zogenoemde «informed consent» die eerder door gevaccineerden aan de behandelend arts is gegeven om zijn/haar vaccinatiegegevens uit het medisch dossier in het CIMS register bij het RIVM te registreren. Hierbij hebben Nederlanders ook de mogelijkheid om hun data niet met het RIVM te delen. De vaccinatiedata van mensen die ervoor kiezen hun data met het RIVM te delen en daarom bij het RIVM geregistreerd staat, komt dus oorspronkelijk uit het medische dossier van de gevaccineerde personen. Het vragen van «informed consent» is nodig bij levering van gegevens vanuit de medische dossiers bij de prikkende partijen aan het RIVM, zoals uitgelegd op de website van de Rijksoverheid.¹¹ Alle betrokken partijen zijn zich ervan bewust dat met deze «informed consent» zorgvuldig omgegaan moet worden. Dit is dan ook de reden dat het RIVM tot op heden de vaccinatiegegevens niet gedeeld heeft, ondanks dat zij het belang van het gebruik van deze gegevens voor wetenschappelijk onderzoek onderschrijft. Naar het oordeel van de Landsadvocaat staat de reikwijdte van de toestemming juridisch echter niet in de weg aan de verstrekking door het RIVM aan het CBS en onder wettelijke voorwaarden vervolgens door het CBS aan wetenschappelijke onderzoeksinstellingen. De Landsadvocaat ziet in haar advies twee juridische mogelijkheden voor de verstrekking van vaccinatiegegevens door het RIVM aan het CBS voor statistisch onderzoek. Deze routes zijn afgelopen week besproken tussen

⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1959.

¹⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1944.

¹¹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-vaccinatie/aanpak-coronavaccinatie/registratie-van-persoonsgegevens-over-coronavaccinatie>.

VWS, RIVM en CBS en daaruit volgt een voorkeur voor het opvragen van vaccinatiegegevens door het CBS bij het RIVM op grond van de specifieke bevoegdheid daartoe in de Wet op het CBS.

In de komende weken zal het CBS de nodige voorbereidingen treffen, waaronder het afronden van de DPIA, om het RIVM te verzoeken om op grond van art. 33 Wet op het CBS de vaccinatiegegevens inclusief persoonsgegevens beschikbaar te stellen voor de statistische taakstelling van het CBS. Onderdeel van deze werkwijze is dat het RIVM de data via een beveiligde verbinding bij het CBS aanlevert en dat de data na ontvangst direct gepseudonimiseerd worden binnen de beveiligde CBS-omgeving. Het CBS gebruikt deze data uitsluitend voor het uitvoeren van statistisch onderzoek. Het CBS stelt de data in gepseudonimiseerde vorm ook aan onderzoekers van door het CBS gemachtigde instellingen beschikbaar in de remote-accessomgeving ten behoeve van wetenschappelijk en/of statistisch onderzoek, overeenkomstig artikel 41 en artikel 42 van de Wet op het CBS. Om gebruik te kunnen maken van de data zullen de wetenschappers onder meer een onderzoeksvoorstel moeten indienen bij ZonMW. Ook zullen de publicaties van de onderzoeken moeten voldoen aan de regels van het CBS, waaronder een controle ter voorkoming van onthulling van gegevens van individuen. Hiermee komen de vaccinatiedata van het RIVM beschikbaar voor het onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek van traject 3 van het oversterfteonderzoek. Naar verwachting zullen de data eind dit jaar bij het CBS beschikbaar zijn waarbij het mogelijk wordt voor de onderzoekers van het oversterfte-onderzoek om de data via het CBS op te vragen.

Ik heb in mijn brief van 28 september ook genoemd dat er onzekerheid bestaat over de rechtmatigheid van de voor het onderzoek benodigde gegevensverstrekking door de GGD'en aan het CBS. De GGD'en erkennen het belang van het doen van wetenschappelijk onderzoek en zijn tegelijkertijd aan de geldende wet- en regelgeving gebonden bij het verstrekken van gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Op deze manier kan de burger erop vertrouwen dat er op een juiste wijze met zijn of haar persoonsgegevens wordt omgegaan. Inmiddels zijn de GGD'en in de afrondende fase in het uitvoeren van een DPIA om binnen de juridische kaders eenmalig testdata aan het CBS te kunnen aanleveren voor het onderzoek in traject 3. Er wordt door GGD GHOR Nederland gewerkt aan een eenmalige levering van de positieve testuitslagen uit de testdata aan het CBS. Ik blijf over een structurele oplossing in gesprek met de GGD'en. Ook blijf ik in nauw contact met ZonMw om te kijken of de beoogde datalevering volstaat om de onderzoeken in traject 3 in januari 2023 van start te laten gaan.

Ik ben blij dat in ieder geval een belangrijk deel van de benodigde datadeling voor de uitvoering van traject 3 van het oversterfte-onderzoek hiermee naar verwachting aan het eind van het jaar gedeeld is met het CBS. Dat neemt niet weg dat alle betrokken partijen het erover eens zijn dat het mogelijk maken van de benodigde datatoegang te lang heeft geduurd. Ik heb u eerder in mijn brief van 28 september al aangegeven er groot belang aan te hechten dat wetenschappelijk onderzoek, zoals het oversterfte-onderzoek, voortvarend en zonder belemmeringen kan worden uitgevoerd. Om dit soort situaties in de toekomst te voorkomen, wordt op dit moment gewerkt aan een verkenning om met een wetswijziging de wettelijke basis en het kader voor deling van gezondheidsgegevens, onder andere ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek, te verduidelijken. Zoals reeds toegezegd in mijn brief van 28 september, zal ik uw Kamer hierover dit najaar nader informeren.

4. Verder afbouwen bron- en contactonderzoek

Zoals geadviseerd in OMT 144 (Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1818) is het niet langer nodig om een volledig bron- en contactonderzoek te doen voor alle gemelde besmettingen, omdat de focus van het BCO is veranderd sinds de pandemie zich in een andere fase bevindt. Sinds de zomer van 2022 zijn er voldoende andere surveillancebronnen ingericht om zicht te houden op het virus, waardoor ook steekproefsgewijs BCO sinds september 2022 niet meer noodzakelijk is. In het najaar bracht het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI) advies uit over de toekomst van het BCO¹². Als gevolg hiervan heb ik de GGD'en en LCCB opdracht gegeven om de BCO-capaciteit per 7 oktober 2022 verder af te schalen. Een deel van de BCO-capaciteit blijft in stand en is nodig om positieve testuitslagen te verwerken, aanvullende vragenlijsten af te nemen bij specifieke doelgroepen, zorginstellingen te adviseren op maat, vragen te beantwoorden omtrent isolatie en quarantaine, een uitgebreid BCO uit te voeren bij de eerste 200 cases van een Variant of Interest (VOI)/ Variant of Concern (VOC), kennis en kunde te borgen en er zijn afspraken met callcenters voor aanvullende BCO-capaciteit, mocht dat nodig zijn in het geval van oplevingen. Deze BCO-taken staan ook in de opdracht aan de GGD'en, LCCB en Veiligheidsregio's voor COVID-19 taken voor de eerste helft van 2023.

5. Optimalisatie van ziekenhuiszorg

Het expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen heeft, in opdracht van het Ministerie van VWS, onderzocht wat nodig is om de reguliere en COVID-ziekenhuiszorg in het najaar/winter van 2022–2023 zoveel mogelijk door te laten gaan bij een nieuwe opleving van COVID. Uit dit onderzoek zijn acht modules naar voren gekomen die bewezen hebben de druk op de keten te kunnen verlagen. Deze zomer heb ik het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en de ROAZ-voorzitters verzocht om de implementatie van deze modules in hun regio te bevorderen, te ondersteunen en te monitoren. Eind oktober ontving ik de tweede voortgangsrapportage op de implementatie van de modules in de ROAZ-regio's.

Het overall beeld is positief en er is ten opzichte van de vorige meting voortgang geboekt. Het overkoepelende beeld is dat de implementatie van de modules nagenoeg is afgerond.

- Module 1: Zuurstof en/of monitoring thuis wordt in 93% van de ziekenhuizen toegepast. De overige ziekenhuizen werken aan een uitrol op korte termijn.
- Module 2: Taakdifferentiatie en opleiding is nagenoeg overal geïmplementeerd.
- Module 3: Regionale coördinatie is nagenoeg overal geïmplementeerd.
- Module 4: High Flow Nasal Oxygen (HFNO) is bij 85% van alle ziekenhuizen tijdens crisis inzetbaar op de kliniek.
- Module 5: Het tijdelijk kunnen inrichten/opschalen van Post Anaesthesia Care Unit (PACU)-capaciteit is mogelijk in 55% van de ziekenhuizen.
- Module 8: In vrijwel elke regio is inzicht in de VVT-capaciteit en zijn er afspraken gemaakt over de verdeling van VVT-patiënten. De keuze voor regionale concentratie van VVT-capaciteit wisselt tussen regio's.
- Ten behoeve van module 6 «*inzet van ZBC's*» en module 7 «*vroege signalering van hoog risicopatiënten in de huisartsenpraktijk*» werkt mijn ministerie nog met veldpartijen aan een nadere uitwerking van benodigde randvoorwaarden.

¹² BCO toekomstscenario's langetermijnaanpak COVID-19 (<https://lci.rivm.nl/sites/default/files/2022-09/BCO-toekomstscenarios.pdf>).

Zoals eerder aan uw Kamer gecommuniceerd¹³, is voor 2023 het uitgangspunt dat de financiering en levering van de zorg aan COVID-19 patiënten onderdeel wordt van de normale bedrijfsvoering. Het is echter mogelijk dat zich opnieuw een pandemische crisissituatie aandient. Indien deze dusdanig ernstig en ontwrichtend is, dat sprake is van fase 2D of 3, acht het kabinet het in dit zeer specifieke geval passend dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars collectieve afspraken maken teneinde de zorgcontinuïteit te kunnen borgen. In mijn brief aan uw Kamer over collectieve afspraken in de ziekenhuiszorg en wijkverpleging van 11 november jl. is dit nader toegelicht¹⁴.

6. COVID-behandeling Paxlovid

Recentelijk heeft het Zorginstituut op grond van een vergoedingsaanvraag door fabrikant Pfizer een advies opgesteld over COVID-geneesmiddel Paxlovid. Rekening houdend met het belang om waardevolle COVID-behandelingen beschikbaar te maken, heeft het Zorginstituut binnen een zeer korte tijd een goed advies opgesteld. Ik heb besloten het advies van het Zorginstituut rondom de vergoeding van het middel Paxlovid uit het basispakket van de zorgverzekering over te nemen. Ik stel het op prijs dat Pfizer gehoor heeft gegeven aan mijn eerdere appel, om ook voor COVID-behandelingen de gebruikelijke route voor opname in het verzekerde pakket te volgen, naast de centrale inkooproute. Zoals ik eerder heb gezegd is dit de snelste en meest effectieve route om geneesmiddelen voor de patiënt beschikbaar te maken. Ik ga er van uit dat andere firma's hier een voorbeeld aan nemen.

Paxlovid kan een aanvulling op het huidige behandelarsenaal vormen voor zorgverleners met patiënten die tot bepaalde medische risicogroepen behoren. Dit gaat over mensen zonder antistoffen tegen corona en én die een verhoogd risico hebben door hun gezondheid. Daarnaast betreft het mensen die een ernstige verminderde afweer hebben en die onder behandeling zijn bij een medisch specialist. Ik ben blij dat deze behandeloptie nu beschikbaar is.

7. Publicatie en openstelling aanvraagloket COZO 2022

Het kabinet heeft eind 2021 vanwege de aanhoudende druk op de zorg en de nog onzekere effecten van de Omikronvariant daarop, budget beschikbaar gesteld voor coronabanen in de zorg in de eerste helft van 2022. Met de brief van 2 februari jl.¹⁵ werd u geïnformeerd dat deze subsidieregeling tijdelijk werd opgeschort naar aanleiding van meldingen van de NLA (Nederlandse Arbeidsinspectie) en het Openbaar Ministerie (OM) inzake mogelijk misbruik en/of oneigenlijk gebruik van COZO 2021, de subsidieregeling die betrekking had op 2021. Met de brief van 20 april jl.¹⁶ werd u vervolgens geïnformeerd dat deze subsidieregeling opnieuw werd opgestart; toepassing van extra beheersmaatregelen maakt dit tot een verantwoorde keuze. De nieuwe subsidieregeling voor Coronabanen in de Zorg (COZO 2022) bevat deze beheersmaatregelen. Zorgaanbieders kunnen subsidie aanvragen voor coronabanen die zij binnen hun organisatie hebben gerealiseerd in de periode januari 2022 tot en met juni 2022. Het subsidieloket is geopend op 15 november 2022. Zorgaanbieders kunnen, indien de subsidieaanvraag voldoet aan de voorwaarden, uitbetaling van de subsidie uiterlijk 9 mei 2023 tegemoet zien.

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 1883.

¹⁴ Kamerstukken 29 248 en 23 235, nr. 337.

¹⁵ Kamerstuk 28 828, nr. 130.

¹⁶ Kamerstuk 29 282 en 25 295, nr. 460.

Ondertussen wordt door de NLA en het OM verder gewerkt aan een strafrechtelijke aanpak van misbruik van COZO 2021. Begin 2023 wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang op zowel strafrechtelijk vlak (NLA/OM) als bestuursrechtelijk vlak (verantwoordingsproces VWS). Dit is na afronding van de vaststellingsfase, waarin beoordeling plaatsvindt van de door de zorgaanbieder ingediende verantwoording over de aan hem op grond van COZO 2021 verleende subsidie.

8. Update digitale ondersteuning

Leden Van den Hil en Paulusma verzochten de regering tijdens het tweeminutendebat op 28 juni 2022 (Handelingen II 2021/22, nr. 97, item 29) in hun motie in ieder geval ook gedurende de zomer van 2022 digitale ondersteuningsmiddelen, zoals CoronaMelder, beschikbaar te houden¹⁷. Op dat moment was CoronaMelder voor gebruikers al sinds 22 april 2022 stopgezet¹⁸. De servers stonden destijds op de achtergrond wel gereed, zodat de app op elk mogelijk moment weer kon worden aangezet. In opvolging van uw motie heb ik de situatie gedurende de zomer niet veranderd. Daarmee heb ik voldaan aan de motie van de leden Van den Hil en Paulusma en beschouw ik deze als afgedaan.

Op 13 september 2022 heb ik uw Kamer echter geïnformeerd dat – gelet op het actuele epidemiologisch beeld verdere verlenging van de Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19 – die de wettelijke basis vormt voor de inzet van CoronaMelder – per 10 oktober 2022 niet langer noodzakelijk is. Met het vervallen van deze wet is ook de inzet van CoronaMelder definitief gestopt en is CoronaMelder ontmanteld. Mocht heractivatie van de CoronaMelder in de toekomst nodig zijn, dan is dit mogelijk. Hiervoor zal in ieder geval een nieuwe wettelijke grondslag nodig zijn.

Update toezegging verkenning inzet zelftestmeldportaal

Zoals toegezegd in de brief van 4 juli jl.¹⁹ aan uw Kamer heb ik de afgelopen zomer de tijd genomen om het nut en de proportionaliteit van het zelftestmelden te heroverwegen. Dit nadat ik het advies van de Taskforce Digitale Ondersteuning Bestrijding COVID-19 (DOBC) en Gedragswetenschappen heb ontvangen over de destijds mogelijke herintroductie van CoronaMelder in combinatie met zelftesten. Via deze weg informeer ik uw Kamer dat ik hierbij wederom tot de conclusie ben gekomen dat het ontwikkelen van een apart instrument om zelftesten te melden niet noodzakelijk is om zicht op het virus te kunnen houden. Er zijn op dit moment een aantal andere manieren van monitoring die voldoende zicht geven (zie paragraaf 1). De infectieradar geeft bovendien de gelegenheid om positieve zelftesten te melden. Ik zal daarom niet een andere applicatie inzetten en introduceren.

Update onderzoek CoronaMelder

Zoals hiervoor reeds beschreven is de inzet van CoronaMelder gestopt. De app werd tot april dit jaar wel voortdurend geëvalueerd. Hierover heb ik u op 15 februari 2022 voor het laatst geïnformeerd²⁰. Daarna heeft nog één evaluatiemoment in maart 2022 plaatsgevonden. Ten tijde van deze meting was het nog niet bekend dat CoronaMelder in april 2022 niet meer

¹⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1890.

¹⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1837.

¹⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1927.

²⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1775.

in gebruik zou zijn. De afname van de verwachte effectiviteit van de app heeft zich sinds de laatste meting doorgezet. Er was wederom een lichte afname te zien in de verwachte effectiviteit van CoronaMelder. De app kende daarnaast ook een dalend aantal gebruikers. De overige resultaten vanuit dit onderzoek zijn terug te lezen in de bijbehorende rapportage welke op rijksoverheid.nl staat.

Vervolgonderzoek verantwoorde inzet apps voor publieke gezondheid

Mijn ambtsvoorganger heeft de Gezondheidsraad – naar aanleiding van de behandeling van de Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19 in de Eerste Kamer²¹ – gevraagd om een kader op te stellen met criteria om de verantwoorde inzet van gezondheidsapps voor screeningsdoeleinden door de overheid af te wegen. Hierbij is gekeken aan welke voorwaarden dergelijke apps vooraf moeten voldoen. Dit advies is op 12 juli 2021 met uw Kamer gedeeld²². Deze bevindingen, in combinatie met het rapport van het Adviescollege ICT-toetsing²³, dienen als startpunt voor het maatschappelijke gesprek over de inzet van dit type apps.

Als gevolg hierop ben ik een onderzoek gestart met als doel een breed gedragen en toepasbaar toetsingskader te ontwikkelen waar diverse stakeholders in de toekomst mee aan de slag kunnen als zij technologie voor infectieziektebestrijding willen inzetten (Toetsingskader Ingebruikname Technologie voor Infectieziektebestrijding). Dit kader beantwoordt vragen over «hoe», «of» en «door wie» technologie moet worden ingezet om maximaal effectief te zijn in infectieziektebestrijding. Het betreft een open en participatief onderzoek waarbij gewerkt wordt met onder andere een klankbordgroep en community van diverse experts.

Het toetsingskader beslaat zowel de besluitvorming rondom de inzet van technologie bij de bestrijding van infectieziekten, als de ontwikkeling, de communicatie en adoptie, het gebruik en gedrag en de uitfasering hiervan. Op basis van een negental publieke waarden wordt het kader vormgegeven. In de ontwikkeling worden nadrukkelijk ook de lessen van de inzet van CoronaMelder en CoronaCheck meegenomen. Uitkomsten van dit onderzoek zullen naar verwachting begin Q2 van 2023 gereed zijn.

9. «Stopknop» voor Corona opt-in

Het verloop van en de gevolgen van coronabesmettingen blijft voorlopig onzeker. De epidemiologische situatie lijkt nu te stabiliseren, maar de situatie kan ook zo weer veranderen waardoor de druk op de zorg kan toenemen. Die druk was aan het begin van de pandemie aanleiding om te zorgen dat de huisartsgegevens van patiënten (de professionele samenvatting) sneller bij huisartsenposten en op de spoedeisende eerstehulp-posten beschikbaar zouden zijn via een elektronisch uitwisselingssysteem. Vanwege het spoedeisende belang wordt instemming verondersteld, hoewel volgens artikel 15a van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) expliciete toestemming nodig is voor de elektronische uitwisseling. In de huidige situatie moet wel zo mogelijk toestemming ter plaatse op de huisartsenpost (HAP) of spoedeisende hulpafdeling (SEH) worden gevraagd aan de patiënt, en wordt de uitwisseling met veronderstelde toestemming door de toezichthouders gedoogd: de Corona Opt-in.

²¹ Kamerstuk 35 538 (Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19).

²² Kamerstuk 27 529, nr. 265.

²³ Kamerstuk 35 538, nr. 27.

Wanneer we terugkeren naar de endemische situatie zal deze tijdelijke oplossing kunnen worden stopgezet. Tegelijk zien we dat de druk op de zorg door het Coronavirus niet op elk moment even groot is. Er is daarom al gekeken naar een mogelijkheid om de Corona Opt-in tijdelijk terug te draaien, zonder dat dit betekent dat alles opnieuw moet worden ingebouwd wanneer de druk op de acute zorg weer te hoog oploopt.

Het veld (Taskforce Corona Opt-in²⁴) heeft er voor gekozen om een zogenaamde «stop-knop» in de systemen in te willen bouwen. Hiermee kan de uitwisseling zonder voorafgaande toestemming worden geblokkeerd wanneer de situatie geen aanleiding geeft om de maatregel op dat moment in stand te houden. Dat betekent een verbetering ten opzichte van de huidige situatie, waarbij stopzetten betekent dat de benodigde aanpassingen voor de maatregel helemaal uit de huisartssystemen moeten worden gehaald; een proces dat meerdere maanden duurt en daarna alleen terug te draaien is door opnieuw de techniek in meerdere maanden weer in te bouwen.

VZVZ krijgt subsidie om deze stopknop met het veld te kunnen realiseren. De verwachting is dat de stopknop rond de jaarwisseling gereed is voor gebruik. Ondertussen wordt hard gewerkt aan een duurzame oplossing voor betere gegevensuitwisseling in acute zorg situaties, in de vorm van wijziging van de wet. Een voorstel voor wetswijziging wordt rond de zomer van 2023 aangeboden aan uw Kamer.

10. Onderzoek meerwaarde luchtreinigers

In de Kamerbrieven van 30 mei jl.²⁵ en 16 september jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitvoering van de motie Van den Berg²⁶, waarin de regering wordt verzocht een praktijkonderzoek uit te voeren naar de vraag of en, zo ja, onder welke voorwaarden technische innovaties zoals het gebruik van luchtreinigers de transmissie van het coronavirus in binnenruimtes verminderen. Zoals eerder aan uw Kamer aangegeven, is dit literatuuronderzoek de eerste stap in een door het RIVM opgestelde onderzoeksopzet naar de toegevoegde waarde van luchtreinigers. Over de uitkomsten van dit onderzoek informeer ik uw Kamer, middels het bijgevoegde rapport. Daarnaast geef ik middels deze brief ook uitvoering aan de motie van de leden Slootweg en Van den Berg²⁷, waarin de regering wordt verzocht in te gaan op de advisering van het Amerikaanse CDC op het gebied van luchtreinigers en de conclusies hiervan op te nemen in het kabinetsbeleid richting het najaar. Daarmee beschouw ik de beide moties als afgedaan.

Het RIVM heeft literatuuronderzoek gedaan naar de meerwaarde van mobiele luchtreinigers, als deze worden ingezet in geventileerde publieke ruimtes, zoals scholen en winkels. Meerwaarde wordt gedefinieerd als blijkt dat luchtreinigers er voor zorgen dat minder mensen ziek worden dan wanneer er alleen geventileerd wordt. Het RIVM heeft geconstateerd dat er momenteel te weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan om vast te stellen dat luchtreinigers er in geventileerde publieke ruimtes voor zorgen dat minder mensen COVID-19 krijgen. Het RIVM geeft tevens aan dat er geen artikelen zijn gevonden, waarin dit vraagstuk voor COVID-19

²⁴ De Taskforce Corona Opt-in bestaat uit Ineen, de Patiëntenfederatie Nederland, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ).

²⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1869.

²⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1071.

²⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1902.

of andere virussen is uitgezocht. Uit het onderzoek van het RIVM blijkt wel dat mobiele luchtreinigers alleen veilig en goed werken als ze regelmatig worden onderhouden. Ook kunnen sommige luchtreinigers schadelijke stoffen in de ruimte brengen, zoals ozon²⁸.

Het RIVM adviseert om de inzet van ventilatie als uitgangspunt te hanteren, waarbij luchtreiniging enkel aanvullend overwogen kan worden bij toenemende besmettingen op locaties waar de kans op aerogene transmissie verhoogd is. CDC ziet ventilatie ook als uitgangspunt, waarbij luchtreiniging vooral wordt geadviseerd bij locaties waar er een verhoogde kans is op overdracht van COVID-19, waarbij een behandelkamer als enig concreet voorbeeld wordt genoemd. Op basis daarvan is er geen aanleiding om het huidige advies met betrekking tot ventilatie aan te passen. Dit advies luidt: goed ventileren zorgt voor een betere luchtkwaliteit en beperkt de overdracht van respiratoire virussen zoals SARS-CoV-2.

Verder adviseert het RIVM om nader onderzoek te doen naar de meerwaarde van luchtreinigers in geventileerde ruimtes, waarbij ook rekening wordt gehouden met de aandachtspunten, waaronder de noodzaak tot regulier plegen van onderhoud en de kans op aanwezigheid van schadelijke stoffen. In dit kader loopt bijvoorbeeld via het TKI (Topconsortia voor Kennis en Innovatie) Life Sciences & Health praktijkonderzoek naar de effectiviteit van luchtreinigers, project «CLAIRE: Clean Air for Everyone» van de Universiteit Utrecht, TNO en de Technische Universiteit Eindhoven. De resultaten hiervan worden verwacht in najaar 2023. Ik heb daarnaast ook de opdracht gegeven aan TNO om samen met universiteiten en het RIVM een driejarig onderzoek naar de rol van ventilatie uit te voeren.

Tot slot

Door middel van deze brief heb ik u geïnformeerd over de ontwikkelingen die betrekking hebben op COVID-19. Ik houd u ook de komende periode op de hoogte van relevante ontwikkelingen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers

²⁸ Meer onderzoek is nodig om te bepalen wat voor effect deze stoffen op de lange termijn op de gezondheid hebben.