

Vergaderjaar 2020–2021

**25 295**

## **Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 874**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 januari 2021

We hebben te maken met een hoog aantal dagelijkse besmettingen. Het beeld laat een daling zien van het aantal besmettingen, maar is met vandaag bijna 5.000 positieve uitslagen nog steeds te hoog. Het reservoir van besmettelijke mensen is met ruim 100.000 besmette personen groot. Dit betekent dat ongeveer 1 op 124 mensen besmettelijk is. Gelukkig zien we sinds dit weekend een daling in het aantal gemelde besmettingen. De druk op de ziekenhuizen is nog steeds hoog. Sinds 15 december geldt een lockdown. En hoewel dit een ingrijpend maatregelenpakket is voor het hele land, heeft dit minder snel effect dan gehoopt. Dit betekent dat ondanks alle beperkingen, het virus nog niet onder controle is.

Een belangrijke vraag op dit moment is wat de invloed van de nieuwe coronavirus variant is op de verspreiding. We weten dat in het Verenigd Koninkrijk deze nieuwe variant de ons bekende variant al heeft verdrongen, doordat deze besmettelijker is. De variant uit het Verenigd Koninkrijk zorgt naar schatting voor een R-waarde van tussen de 0,4 en 0,7 hoger dan de huidige variant. In het Verenigd Koninkrijk is nu ongeveer 1 op de 50 mensen besmet en in Londen zelfs 1 op de 30. De situatie daar is niet langer onder controle. Dit is aanleiding geweest van de burgemeester in Londen, Sadiq Khan, om de noodtoestand af te kondigen.

In Nederland is deze VK-variant aangetroffen, net als de Zuid-Afrikaanse variant. Gelukkig zijn beide varianten in beperkte mate in ons land aangetroffen. Maar, gezien de situatie in het Verenigd Koninkrijk, is het risico op een toename van het aantal besmettingen groot. Dat maakt dat de situatie onzeker is. En dit heeft gevolgen voor onze aanpak. Gezien de onzekerheid over de nieuwe varianten van het virus én het gegeven dat die varianten ook in Nederland rondgaan, is behoedzaamheid van groot belang.

We moeten de komende weken het aantal besmettingen fors verlagen en de verspreiding van het virus maximaal vertragen. Daarmee verbeteren we onze uitgangspositie en zullen we weer in staat zijn om, onder andere door het volledig uitvoeren van het bron-en contactonderzoek, zicht te houden op het virus.

Dit leidt er toe dat de huidige lockdown tot en met ten minste 9 februari 2021 wordt voortgezet. We hebben helaas geen andere keuze. We realiseren ons dat de maatregelen al heel lang en veel van mensen vragen.

Nu we gestart zijn met vaccineren is er licht aan het einde van de tunnel, maar we zijn er echt nog niet. Het is daarom van groot belang ons aan de maatregelen te blijven houden. Dit zullen we nog echt met elkaar moeten volhouden om zo het virus eronder te krijgen. Ons geduld wordt – vooral door deze nieuwe varianten – op de proef gesteld, maar er is perspectief dat we in de loop van dit jaar weer meer van onze vrijheden kunnen genieten.

Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid, de Minister van Infrastructuur en Waterstaat, de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, de Minister voor Basisonderwijs, Voortgezet Onderwijs en Media, de Minister voor Medische Zorg en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over de stand van zaken van de ontwikkelingen omtrent het coronavirus.

In verband met consultatie van de eilandsraad op Bonaire op 12 januari 2021, ontvang u niet vandaag, maar in de loop van deze week de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire, de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Sint Eustatius en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Saba in verband met het vereisen van een negatieve testuitslag voor internationaal personenvervoer.

#### *Leeswijzer*

In deze brief ga ik in op:

- Het 95e OMT-advies en het maatregelenpakket, waarna de ontwikkelingen bij reizen en de negatieve testuitslag, funderend onderwijs en kinderopvang en de virusmutatie uit het Verenigd Koninkrijk uitgebreid aan bod komt (paragrafen 1–5);
- De herijking van de routekaart en de inschalingsystematiek, de doorontwikkeling van het dashboard, de stand van zaken van het testen en traceren, de digitale ondersteuning en quarantaine (paragrafen 6–10).
- Vaccins komt daarna uitgebreid aan bod (paragraaf 11);
- De zorg voor patiënten in de curatieve sector, de opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis en persoonlijke beschermingsmiddelen (paragrafen 12–14);
- Kwetsbare personen met aandacht voor de verpleeghuiszorg, kwetsbare mensen thuis, gehandicaptenzorg en maatschappelijke ondersteuning (paragraaf 15);
- Andere onderwerpen, namelijk arbeidsmarkt, funderend onderwijs en kinderopvang, het Caribisch deel van het Koninkrijk, zoönosen, resistente schimmels, sport en jongeren, de toepassing van artikel 58s Wpg, aanvullingen op steun- en herstelpakket en de Catshuisstukken van 10 januari (paragrafen 16–24).

Met deze brief voldoe ik aan:

- De motie van de leden Van der Staaij en Veldman (SGP, VVD) over de coronazorg bij verdere groei van het aantal ziekenhuisopnames (Kamerstuk 25 295, nr. 673).
- De motie van het lid Marijnissen (SP) waarin de regering wordt verzocht te onderzoeken of en hoe uitgiftepunten kunnen worden ingericht waar mensen – tegen kostprijs en gratis voor bepaalde groepen – gecertificeerde mondneusmaskers kunnen verkrijgen (Kamerstuk 25 295, nr. 728).
- De motie Asscher c.s. (PvdA) die de regering oproep samen met gemeenten te bezien hoe kwetsbare groepen bereikt en ondersteund kunnen worden tijdens deze coronaperiode (Kamerstuk 25 295, nr. 700).
- De motie van de leden Veldman c.s. over de uitvoering van de verschillende sporen in één hand brengen. (Kamerstuk 25 295 nr. 661), 28-10-2020.
- De motie van het lid Azarkan (DENK) over toegang tot publieke voorzieningen voor iedereen mogelijk te maken ongeacht vaccinatie- of teststatus (Kamerstuk 25 295 nr. 864).
- De motie van de leden Klaver en Jetten (GroenLinks, D66) over sneltestlocaties op te zetten op mbo-, hbo- en wo-instellingen (Kamerstuk 25 295 nr. 781).
- De motie van de leden Kröger c.s. (Groenlinks) over het voorstellen van concrete maatregelen om het direct dan wel indirect reizen vanuit Zuid-Afrika in te perken (Kamerstuk 35 695, nr. 7).
- De motie van de leden Van Otterloo en Paternotte (50 Plus, D66) over het organiseren dat (snel)test capaciteit beschikbaar is op of nabij aankomstplaatsen, zodat iedereen die op plaats van vertrek geen test heeft ondergaan, dit alsnog kan doen (Kamerstuk 35 695, nr. 14).
- De motie van de leden Paternotte en Van der Staaij (D66, SGP) over de hulp van de consulaire dienst (Kamerstuk 35 695, nr. 10).
- De motie van het lid Van Meenen over het inzetten van sneltesten op scholen zodra die gevalideerd zijn (Kamerstuk 31 293, nr. 558).
- De motie van het lid Asscher c.s. (PvdA) ver wekelijks informeren over de stand van zaken van vaccinatie (Kamerstuk 25 295, nr. 870).
- De motie van het lid Marijnissen c.s. (SP) over snel vaccineren van de meest kwetsbare ouderen (Kamerstuk 25 295, nr. 856).
- De toezegging aan Van Haga (FvD): afweging niet in gebruik nemen aanbod «COVID-19 schip»
- De toezegging aan Sazias (50PLUS) om via het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) oud-zorgmedewerkers op te roepen weer in de zorg te komen werken.
- De toezeggingen aan de Kamer om de NZa te vragen om het aantal gemiste verwijzingen naar ziekenhuiszorg nader te duiden en uw Kamer hierover te informeren.
- De toezegging aan het lid Dijkhoff (VVD) om in de stand van zakenbrief de actuele stand van zaken van de fieldlabs van de evenementenbranche toe te lichten.
- De toezegging aan het lid Segers (CU) om in de stand van zakenbrief een stand van zaken op te nemen m.b.t. de verdeling van vaccins wereldwijd.
- De toezegging aan het lid Klaver (GroenLinks) om een deel van het stenogram van het debat op 5 januari jl. (Handelingen II 2020/21, nr. 40, Debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus) (zie hiervoor bijlage 2)<sup>1</sup> toe te voegen.
- De toezegging aan het lid Heerma (CDA) om de Dijkhoff-clausule, om de meest voor de hand liggende scenario's t.a.v. de levering van de

---

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

verschillende vaccins, uit te werken en in de volgende brief te schetsen.

- De toezegging om de Kamer te berichten over een mogelijke verlenging van de lockdown, zodra het OMT advies van 11 januari binnen is.
- De toezegging aan het lid Van Esch (PvdD) om in de stand van zakenbrief toe te lichten waarom Nederland het Europees verbod op pelsdierhouderij niet steunde.
- De toezegging aan het lid over Van Esch (PvdD) om een brief aan de Kamer te sturen over resistente schimmels.
- De toezegging aan het lid Van der Staaij (SGP) over vormgeven en vervolgen van het debat van testsamenleving na advies van de gezondheidsraad.
- De toezegging aan het lid Wilders (PVV) over het toesturen van de schriftelijke reactie m.b.t. Kluytmans over belangenverstrengeling.
- De toezegging aan het lid Wilders (PVV) om op zo kort mogelijke termijn het BioNTech/Pfizer vaccin beschikbaar te stellen voor de bewoners van verpleeghuizen.
- Schriftelijke vragen van het lid Asscher over de voorbereiding op een mogelijke toename van besmettingen met de Engelse virusvariant.

### **1. 95<sup>e</sup> OMT-advies**

Het OMT is 8 januari jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Het advies is opgenomen in de bijlage (Bijlage 1 – advies n.a.v. 95<sup>e</sup> OMT)<sup>2</sup>. Hieronder wordt eerst een samenvatting gegeven van het advies, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt.

1. Het 95<sup>e</sup> OMT-advies behelst de volgende onderwerpen:

1. Verloop van de epidemiologie
2. Update informatie nieuwe variant
3. Maatregelen
4. Testen
5. Fieldlabs

#### Ad 1) Verloop van de epidemiologie

De meest recente schatting van het reproductiegetal  $R_t$ , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is op 25 december: 0,95 (bandbreedte 0,93–0,97) besmettingen per geval, en dat is ongeveer gelijk aan de waarde die op 18 december werd gemeld. Het duidt niet op een serieuze afname van de virusverspreiding. De  $R_t$  wordt ook op basis van andere gegevensbronnen berekend, zoals het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en IC-opnames per dag. De schattingen op basis van deze andere gegevensbronnen kennen een aanzienlijk grotere onzekerheid. Ook daar zien we dat het geschat reproductiegetal rond de waarde van 1 besmetting per geval ligt. Omdat de prevalentie van besmettingen in de bevolking hoog is ten opzichte van enkele maanden terug, vertaalt ook een reproductiegetal dat iets kleiner is dan de waarde van 1 besmetting per geval, zich in een nog steeds hoog absoluut aantal nieuwe infecties per dag.

Het aantal meldingen per 100.000 lag de afgelopen week tussen de 300 en 450 voor alle leeftijdsgroepen behalve de groep van 0–12-jarigen. Bij deze laatste groep lag de incidentie lager. Het hoogste aantal meldingen werd gezien in de leeftijd van 18–24 jaar. De landelijke incidentie was de afgelopen week gemiddeld ongeveer 300 meldingen per week per 100.000 inwoners, en varieerde van 200 tot bijna 500 per 100.000 inwoners tussen

---

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

de verschillende veiligheidsregio's. Het percentage positieve testen in de GGD-testlocaties varieerde tussen de 11% en 19%.

De mobiliteitsgegevens suggereren dat de verplaatsingen met het OV en op de hoofdwegen afgenomen zijn en dat het aantal mensen dat thuis bleef gestegen is in de laatste weken van 2020. Belangrijk om op te merken is dat er in de maand december veel meer fluctuaties zijn waargenomen in de verplaatsingen ten opzichte van de lockdownperiode in maart 2020. Het effect op de mobiliteit van de maatregelen die werden afgekondigd op 14 december en het effect van de kerstvakantie zijn nog niet goed te onderscheiden.

Het aantal opnames in het ziekenhuis en op de IC vertoont stabilisatie en zelfs afname in de afgelopen week. Als de omstandigheden gelijk blijven en deze stabilisatie zich omzet in een voortgaande daling, dan zien we nu de piekbezetting in het ziekenhuis en op de IC van deze golf.

#### Ad 2) Update informatie nieuwe virusvariant

Tot 8 januari zijn in de kiemsurveillance 3.000 monsters geanalyseerd waarbij er in verschillende laboratoria verdeeld over het land positieve monsters worden gerapporteerd van de VK-variant (officieel VOC 202012/01-variant). Het gaat om meldingen uit Maastricht, Rotterdam, Amsterdam, Leeuwarden en Den Haag, naast meldingen via de landelijke referentielaboratoria RIVM en ErasmusMC.

In de omgeving Rotterdam worden 54 positieve gevallen met de nieuwe variant gemeld, naar aanleiding van het onderzoek rond de schooluitbraak, en door het RIVM vanuit de kiemsurveillance in totaal nog 42 extra. Van de 3.000 monsters getest in de kiemsurveillance zijn 42 positief voor de VK-variant (1%). Van deze 42 hebben er 10 een directe link met de VK. Tot 8 januari zijn in totaal in Nederland 96 positieve monsters positief getest op de VOC 202012/01-variant.

Op dit moment is een grootschalig cluster gaande in Lansingerland waarbij een groot deel van de positieve personen een verbinding heeft met een school. Binnen dit schoolcluster betreft het de VOC 202012/01 variant in 37 gevallen, waarbij in sommige gevallen verspreiding heeft plaatsgevonden naar huishoudencontacten en contacten daarvan (grootouders bijvoorbeeld). Elk monster dat binnen dit cluster gesequenced is, toont de nieuwe variant. Het valt op dat bij een deel van de besmette schoolkinderen de index voor die klas de docenten zijn. Ook is al duidelijk geworden uit de sequentie-analyse dat sprake is van meerdere introducties van de VK-variant. Een mogelijke verbinding met de VK is voor het schoolcluster nog niet gevonden en wordt verder onderzocht.

Er wordt momenteel verder onderzoek gedaan door de GGD en ErasmusMC naar de vraag of deze variant in algemene zin voor meer secundaire gevallen zorgt, dus of deze besmettelijker is dan de ons bekende variant. Naast de VOC 202012/01 is op 7 januari ook de Zuid-Afrikaanse variant bevestigd door middel van sequentie-analyse op een monster afgenomen op 22 december in het kader van de landelijke kiemsurveillance. Verder bron- en contactonderzoek rondom dit geval is gaande.

De twee belangrijke vragen op dit moment zijn de invloed van de nieuwe coronavirus variant op de verspreiding en op de vaccinatie effectiviteit. Er wordt gewerkt aan een schatting van het aandeel van de VK-variant in de Nederlandse epidemiologie en welk effect dit zal hebben op de

verspreiding als het aandeel van de VK-variant verhoudingsgewijs zal gaan toenemen. Dit zal waarschijnlijk impact hebben op de Rt-waarde. Het is daarom belangrijk dat de Rt verder daalt en duurzaam onder de 1 blijft. De huidige lockdownmaatregelen zijn ook geschikt om de verspreiding tegen te gaan van andere varianten van het coronavirus (inclusief de VK-variant).

### Ad 3) Maatregelen

Het OMT is van mening dat het aantal besmettingen op dit moment nog steeds erg hoog is, de Rt-waarde maar net onder de 1 is gekomen, en de onzekerheid rondom de mogelijke gevolgen van een toegenomen besmettelijkheid van de nieuwe variant afkomstig uit het VK (en die uit Zuid-Afrika) die op meerdere plekken in Nederland opduikt, groot. Het laatste maakt, in combinatie met de nog kwetsbare epidemiologische situatie in Nederland, dat het gewenst, zo niet noodzakelijk is, zo snel mogelijk zo laag mogelijk te komen voor wat betreft de besmettingen onder de bevolking. Dit maakt dat er nu geen ruimte is voor versoepelingen van het huidige maatregelenpakket.

De absolute aantallen nieuwe gevallen dienen snel en liefst in grote stappen naar beneden te gaan zodat het bron- en contactonderzoek weer volledig uitgevoerd kan worden en we daarmee duidelijk zicht en controle houden op het virus. Dit geeft ons de ruimte, tijd en mogelijkheid om de ontwikkeling en eventuele verspreiding van de VK-variant in Nederland het beste af te remmen. Hoogstwaarschijnlijk zal er op korte termijn sprake zijn van voortschrijdend inzicht betreffende de nieuwe virusvarianten, zowel op basis van gegevens vanuit Nederland als vanuit het buitenland, dat herbeoordeling van adviezen opportuun maakt. De epidemiologische situatie dient in ieder geval over twee weken opnieuw beoordeeld te worden om een afweging te kunnen maken m.b.t. een – in de tussentijd eventueel ontstane – ruimte voor enige versoepeling.

In het verlengde hiervan, adviseert het OMT om de afweging m.b.t. de heropening van kinderopvang en scholen eveneens uit te stellen met ten minste twee weken. Na twee weken (van nu) zal er opnieuw beoordeeld moeten worden op basis van de epidemiologische situatie en de ontwikkeling van de VK-variant of heropening mogelijk is. Sommige scholen zijn al voor een deel van de leerlingen begonnen met lessen. Op deze scholen kunnen maatregelen al nader uitgewerkt en geprobeerd worden, bijvoorbeeld ten aanzien van een mate van «social distancing», conform het vorige OMT advies, die later eventueel breder toepasbaar kunnen zijn, als scholen wel (deels) kunnen openen. Hieronder valt het invoeren van de 1,5 meter afstand maatregel (of best haalbare, dichtst daarbij komende afstand) op scholen (m.u.v. de kinderopvang en het primair onderwijs).

Het OMT ziet momenteel geen aanleiding de lockdown aan te scherpen, behoudens alle mogelijkheden aan te grijpen (in de handhaving, communicatie, etc.) om de huidige maatregelen ook strikt opvolging te laten krijgen. Het OMT adviseert wel gerichte aanvullende maatregelen te nemen voor het tegengaan van bijeenkomsten van (grote) groepen jongeren.

De jongeren lijken momenteel de grootste bijdrage aan de verdere verspreiding te leveren; de twintigers waren een katalysator achter de 2e golf. Uit de media blijkt dat de groep jongeren activiteiten onderneemt, waarbij zij buiten in parken of thuis in (grote) groepen samenkomen en waarbij er geen controle of handhaving op de basisregels mogelijk is. Dit vertaalt zich in de epidemiologische bevinding dat in de tweede golf

onder jongeren, tot recent, de hoogste incidentie per 100.000 vastgesteld werd. Daarnaast is er zorg over de rol van de VK-variant indien deze zich in Nederland kan verspreiden, en waarvan in het VK een belangrijke verspreiding werd waargenomen onder juist jongeren. Het OMT adviseert om gerichte maatregelen te nemen om zulke samenkomsten van jongeren tegen te gaan, in afwachting van een gunstiger epidemiologische situatie. Dit doel zou op meerdere wijzen gerealiseerd kunnen worden; in landen om ons heen heeft men in dit verband wel gekozen voor het instellen van een avondklok, maar alternatieven zijn wellicht ook mogelijk.

#### *Maatregelen kinderen*

Het OMT heeft de epidemiologische ontwikkelingen bij kinderen tot en met 17 jaar nader beschouwd. Met name bij de oudere kinderen in het middelbaar onderwijs werd een snel stijgend aantal besmettingen vastgesteld, die voor clusters heeft gezorgd die soms buiten de scholen maar ook op school hun oorsprong vonden. Uit de literatuur blijkt dat transmissie door kinderen in de basisschoolleeftijd lager is dan door middelbare scholieren. Dat zien we ook uit de meldingsdata, en daarnaast zien we dat medewerkers in het middelbaar- en hoger onderwijs vaker gerepresenteerd zijn in clusters dan medewerkers in het basisonderwijs en kinderopvang.

Waarschijnlijk ten gevolge van de fysieke sluiting van de scholen, tonen de huidige cijfers onder kinderen een lichte daling van het aantal meldingen. In de afgelopen weken was dat bijvoorbeeld het geval bij kinderen van 13 tot 17 jaar. Er zijn ook veel minder testen afgenomen bij deze groep, wat mogelijk komt doordat er daadwerkelijk minder jongeren met klachten zijn wegens een afname van de transmissie in deze groep of doordat er minder noodzaak gevoeld wordt om te testen omdat de scholen gesloten zijn; meerdere verklaringen zijn hier mogelijk. Het percentage positieve testen is tegelijkertijd omhoog gegaan binnen deze groep, wat er wel op duidt dat er relatief minder vaak getest werd bij klachten in deze leeftijdsgroep.

Het invoeren van de generieke maatregelen voor scholen heeft als doel de virusoverdracht onder kinderen op school te minimaliseren. De adviezen aan scholen zullen in een generiek kader voor scholen (apart voor primair- en voortgezet onderwijs) worden opgenomen. Daarin zal ook de uitvoering van het bron- en contactonderzoek en de definiëring van type contacten zoals klasgenoten, opnieuw beoordeeld worden en zal de rol van PBM-gebruik door docenten worden meegenomen. Het OMT adviseert landelijke en gerichte doelgroepcommunicatie naar ouders, scholen en kinderen hierover.

Momenteel worden tal van mogelijkheden over het inzetten van (snel) testen op scholen op uitvoerbaarheid en haalbaarheid onderzocht. De mogelijkheden hierin zijn: klassikaal testen (inclusief asymptomatische personen), regulier testen (bij klachten), incidenteel testen en preventief testen in het geval van uitbraken (bijvoorbeeld periodieke screening). Het OMT acht het te vroeg om een definitieve uitspraak te doen over hoe zinvol het gebruik van (snel)testen zal zijn. Een obstakel welke verder onderzocht moet worden, is de voorwaarde waaronder dit testen op scholen kan plaatsvinden (logistiek).

Uit de clusteranalyses bleek dat verspreiding tussen jongeren ook plaatsvindt tijdens vrijetijdsbesteding zoals sporten. Zo was er bij clusters in de leeftijd van 13–17 jaar in ongeveer een kwart sprake van een besmetting gerelateerd aan vrijetijdsbesteding. Het OMT adviseert om voor sporten buiten school de nieuwe maatregel in te stellen dat dit alleen



in vaste bubbels plaats kan vinden, voor de kinderen in de leeftijd van 13–17 jaar. Dit zou ook kunnen gelden voor culturele activiteiten. Bij voorkeur worden deze bubbels beperkt tot alleen de klasgenoten.

Ten slotte vraagt het OMT aandacht voor de publiekcommunicatie van het aangepast testbeleid voor kinderen. Het algemene testbeleid van kinderen onder de 12 jaar is aangepast o.b.v. een eerder OMT-advies. Het OMT adviseert om de aanpassing van het testbeleid (t.w. dat ook kinderen < 12 jaar met COVID-19 klachten getest worden) op te nemen in de publiekscommunicatie richting ouders.

#### Ad4) Testen

Ten aanzien van gebruik van antigeensneltesten bij asymptomatische nauwe contacten, kan het OMT op basis van de tussentijdse resultaten, nog geen finaal advies geven.

Het OMT heeft de testresultaten van de ademtest besproken en komt tot de conclusie dat deze met name een goede sensitiviteit heeft, waardoor ze ingezet kan worden als eerste screeningsmethode, ook voor mensen met asymptomatische en milde klachten.

#### Ad 5) Fieldlabs

Het OMT moedigt de Fieldlabs-experimenten aan, ook omdat deze op een strikt gecontroleerde wijze het mogelijk maakt te experimenteren met een veilige heropening van de maatschappij en perspectief kan bieden voor deelname aan evenementen. Echter, met de huidige onzekerheid rondom de VK-variant en de nog grote aantallen besmettingen op dit moment en situatie van lockdown, acht het OMT de risico's te groot om de geplande pilots al vanaf 22 januari plaats te laten vinden. Daarnaast zou er een probleem met de beeldvorming kunnen ontstaan wanneer in een lockdown de scholen en kinderopvang gesloten blijven, terwijl er wel pilots gaan plaatsvinden met toeschouwers bij voetbalwedstrijden en theatervoorstellingen. Het OMT zal op een later maar zo spoedig mogelijk tijdstip het advies herzien en aangeven in welke fase(n) van de pandemie het risico aanvaardbaar lijkt om de pilots wel doorgang te laten hebben.

#### *BAO-advies*

Het bestuurlijks afstemmingsoverleg herkent het epidemiologisch beeld en onderschrijft de adviezen op de onderwerpen van het OMT. De VNG wil graag dat de scholen in het primair onderwijs open gaan. Het BAO is van mening dat zodra het epidemiologisch beeld het toe laat, het primair onderwijs als eerste zo snel mogelijk open moet. Verder was het BAO unaniem over de fieldlabs: de risico's zijn, gelet op de huidige epidemiologische situatie en de onzekerheid van de VK-variant, te groot om de geplande fieldlabs vanaf 22 januari te laten plaats vinden. In het BAO gaf de voorzitter van het OMT aan dit advies te willen heroverwegen als er meer duidelijkheid is over de VK-variant.

In de paragrafen 2 en 7 wordt nader in gegaan op de wijze waarop het kabinet opvolging geeft aan het OMT-advies voor wat betreft maatregelen, de avondklok, fieldlabs en testen.

## **2. Besluitvorming maatregelen**

### *Verlenging bestaande maatregelen*

Het kabinet heeft besloten om de huidige lockdown te verlengen tot en met ten minste 9 februari 2021. Dit is noodzakelijk omdat het aantal



besmettingen nog steeds erg hoog is, de Rt waarde nog maar net onder de 1 is gekomen en de onzekerheid rondom de mogelijke gevolgen van een toegenomen besmettelijkheid van de nieuwe virusvarianten groot is. Dit epidemiologisch beeld, rechtvaardigt de verlenging van de bestaande lockdown en maakt de maatregelen noodzakelijk en evenredig. Het uitgangspunt is dat het kabinet op 2 februari 2021 het pakket heroverweegt en beziet of een versoepeling mogelijk is per 9 februari 2021.

#### *Kinderopvang en primair onderwijs*

Hoogstwaarschijnlijk is er op korte termijn meer inzicht in de (gevolgen van de) nieuwe virusvarianten.; het kabinet zal op dat moment bezien of de kinderopvang en het primair onderwijs eerder open kunnen.

De huidige maatregelen voor onderwijsinstellingen vervallen van rechtswege op 18 januari 2021. De procedure van artikel 58c van de Wet publieke gezondheid (hierna: Wpg) zou tot gevolg hebben dat de maatregelen op hun vroegst op woensdag 20 januari 2021 in werking kunnen treden. Scholen zouden in dat geval maandag 18 en 19 januari as. weer open gaan, wat niet de bedoeling is. Naar ons oordeel kan daarom de normaal geldende 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. Een nadere toelichting op het onderwijs en de kinderopvang treft u verder in deze brief.

Het kabinet realiseert zich dat de verlenging van de lockdown voor onder andere ondernemers, leerlingen en vele anderen opnieuw een teleurstelling is. Het kabinet acht deze maatregelen echter noodzakelijk om de coronazorg in de ziekenhuizen op afdoende niveau te houden, de niet-coronazorg weer volledig te kunnen doen, de kwetsbaren te beschermen en met goed zicht op het virus het virus beheersbaar te houden. Daarnaast is de lockdown nodig om eventuele effecten van besmettelijkere, nieuwe varianten tijdig te kunnen afremmen.

#### *Mogelijkheid van invoering avondklok*

Het kabinet overweegt de invoering van een avondklok. De invoering van een avondklok is een zeer ingrijpende maatregel, waar bovendien uw Kamer per motie uitspraken over heeft gedaan<sup>3</sup>. Desalniettemin staat in het OMT-advies de avondklok genoemd als mogelijkheid om het aantal contactmomenten, met name onder jongeren, te beperken. Daarnaast zou het een effectief middel kunnen zijn om thuisbezoek te beperken, een van de situaties waar nu een groot deel van de besmettingen uit voortkomt. Gezien de onzekerheid omtrent de nieuwe virusvarianten en het hoge aantal besmettelijken dient het kabinet dit advies serieus te nemen. Gelet op de zwaarte van de maatregel en de wens om deze zo effectief mogelijk te laten zijn in de bestrijding van het virus heeft het kabinet het OMT gevraagd om met een spoedadvies ter zake te komen. Tevens wordt de gedragsunit van het RIVM geraadpleegd over relevante gedragsinzichten.

#### *«Blijf thuis» en aandacht voor thuiswerken*

Om de verspreiding van het virus af te remmen dienen de contacten beperkt te worden. De beste manier om dat te doen is door thuis te blijven. Het kabinet adviseert dan ook dringend alleen naar buiten te gaan om boodschappen te doen, een frisse neus te halen, de hond uit te laten,

<sup>3</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 691

om te werken als dat niet thuis kan of om essentiële mantelzorg te verlenen. Wie mensen uitnodigt, wordt zeer dringend geadviseerd niet meer dan twee mensen te ontvangen. De oproep om thuis te blijven betekent ook dat iedereen in principe thuis werkt. Veel besmettingen vinden plaats op de werkvloer of onderweg naar of van het werk. Daardoor is thuiswerken een effectieve manier om verspreiding van het coronavirus tegen te gaan. Alleen mensen die essentieel zijn voor de voortgang van een bedrijfsproces en hun werk niet thuis kunnen uitvoeren, mogen naar het werk komen. Werkgevers moeten ervoor zorgen dat werknemers ook daadwerkelijk vanuit huis hun werk doen.

#### *Herstelpunten ministeriële regeling*

Bij gelegenheid van de verlenging van de ministeriële regeling wordt van de gelegenheid gebruik gemaakt om een aantal omissies op te heffen en de regeling op een aantal punten aan te passen. Het betreft onder meer:

- Locaties waar personen getest worden op of gevaccineerd worden tegen SARS-CoV-2 kunnen zich in publieke plaatsen bevinden. Vanzelfsprekend moeten deze locaties geopend blijven om het virus zo goed mogelijk te bestrijden. Om die reden worden deze locaties toegevoegd aan de uitzonderingen op de sluiting van publieke plaatsen.
- Sinds 15 december 2020 geldt een verbod op de uitoefening van contactberoepen. Hierbij geldt een uitzondering voor medische contactberoepen, waarbij verwezen wordt naar zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning of Jeugdwet. Per abuis is een aantal wetten niet opgenomen in de regeling die is ingegaan op 15 december 2020. In deze omissie wordt nu voorzien door de medische contactberoepen die zorg verlenen in de zin van de Wet forensische zorg, Wet publieke gezondheid of Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg toe te voegen aan de lijst. In de communicatie is sinds 15 december 2020 wel de gehele lijst aangehouden als uitgezonderd contactberoep.
- De ministeriële regeling wordt, daar waar het gaat om de uitzonderingen op de veiligheidsafstandnorm op luchthavens, in overeenstemming gebracht met de eerdere noodverordeningen. Deze uitzondering geldt alleen voor personen bij de inchecklocatie, de locatie waar de security- en grensprocessen plaatsvinden en de locatie van het boarden, voor zover zij de veilige afstand door drukte niet in acht kunnen nemen. Doordat personen wanneer zij de veilige afstand niet tot elkaar in acht kunnen nemen een mondkapje dragen, wordt het risico op overdracht van het virus zoveel mogelijk beperkt, terwijl de noodzakelijke processen ook op piekmomenten doorgang kunnen vinden. Alle afspraken zoals overeengekomen met Schiphol en gecommuniceerd in de Kamerbrief luchtvaart en COVID-19 blijven onverkort van toepassing, zoals ook aan u gemeld in de Kamerbrief van 16 december jl.<sup>4</sup>
- Om logementen, zoals hotels en vakantiehuizen, op verantwoorde wijze geopend te houden, is het noodzakelijk regels te stellen om de kans op verspreiding van het virus zo klein mogelijk te houden. In lijn met de eerdere noodverordeningen is geregeld dat geen verblijf aangeboden mag worden aan meer dan vier personen per verblijfplaats, waarbij, naast de wettelijke uitzonderingen, kinderen tot en met twaalf jaar niet meetellen. Tot en met 9 februari 2021 is het verblijf van vier personen beperkt tot 2 personen.
- De regeling bevat een lijst van beroepen en processen die cruciaal zijn. Kinderopvang en onderwijsinstellingen bieden opvang aan kinderen van ouders die werkzaam zijn in de cruciale beroepen, zoals opgenomen in die lijst. Er is een verduidelijking opgenomen in de lijst van wat

<sup>4</sup> Kamerstukken 24 804 en 25 295, nr. 156.

verstaan wordt onder noodzakelijke overheidsprocessen. Onder noodzakelijke overheidsprocessen vielen ook de democratische processen, deze zijn voor de duidelijkheid nu los genoemd in bijlage 1.

- Om aan te sluiten bij de nieuwe tekst van artikel 58p, derde lid, onder a, Wpg, is opgenomen dat een reiziger een negatieve testuitslag ook aan de toezichthouder moet kunnen tonen. De negatieve testuitslag voor inreizen kan worden overlegd in het Nederlands, Engels, Duits, Frans en Spaans. Met het oog op de uitvoerbaarheid voor de veiligheidsregio's en de Koninklijke Marechaussee moet deze lijst met talen beperkt blijven. Tegelijkertijd is het in sommige landen lastiger om een verklaring in een van de genoemde talen te verkrijgen. In de ministeriële regeling is de lijst met talen voor de negatieve testuitslag uitgebreid met Italiaans en Portugees. Ik onderzoek of dit uitvoerbaar is voor de Koninklijke Marechaussee en zal uw Kamer daar nader over informeren. Voor de toepassing van het EU-inreisverbod blijft vooralsnog een verklaring verplicht in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Reizigers met een verklaring in een andere taal wordt de toegang geweigerd.
- De ministeriële regeling verduidelijkt wat wordt verstaan onder een dierspeciaalzaak. Dit betreft niet alleen de verkoop van diervoeding, maar ook de verkoop van dierbenodigdheden, zoals medicijnen. De dierspeciaalzaak mag alleen open, voor de uitoefening van die functies.
- Voor verkiezingen op grond van de Kieswet is een aantal wijzigingen noodzakelijk in de ministeriële regeling. Het betreft het mogelijk maken dat doorstroomlocaties die worden gebruikt als stemlokaal of als andere locatie die wordt gebruikt voor de uitvoering van een verkiezing, open mogen zijn. Locaties die worden gebruikt voor de uitvoering van de verkiezingen worden eveneens uitgezonderd van de sluiting van publieke plaatsen. Daarnaast wordt geregeld dat openingstijden van winkels die dienen als stemlokaal of die gebruikt worden voor de uitvoering van een verkiezing, ruimere openingstijden hebben dan beschreven in artikel 4.5 (een winkel wordt tussen 20.00 uur en 06.00 uur niet voor publiek opengesteld), voor zover het de organisatie van de verkiezingen betreft. De plicht tot het dragen van mondkapjes op locaties voor verkiezingen is geregeld in de Tijdelijke wet verkiezingen COVID-19. Om te voorkomen dat de mondkapjesplicht dubbel geregeld is, wordt het in deze regeling geschrapt.

#### *Fieldlabs, sociale bubbel kinderen in leeftijd 13–17 jaar en sport*

Ten aanzien van fieldlabs en sociale bubbel geldt het volgende.

#### Uitstel praktijktesten evenementensector- Fieldlabs

Het kabinet vindt de praktijktesten in de evenementensector van groot belang, omdat deze testen het op een gecontroleerde wijze mogelijk maken te experimenteren met een veilige heropening van de maatschappij en perspectief kunnen bieden voor veilige en verantwoorde deelname aan evenementen. Echter, gezien de huidige onzekerheid rondom de mutaties van het virus en de nog grote aantallen besmettingen op dit moment neemt het kabinet het advies van het OMT over om de pilots die gepland staan vanaf 22 januari 2021 uit te stellen. Het kabinet acht het passend om het voortschrijdend inzicht over de (gevolgen van de) nieuwe virusvarianten te betrekken bij de besluitvorming over de pilots. Over de invulling en voorwaarden van deze pilots is het kabinet nog in gesprek met de evenementensector.

Vanwege de toenemende incidentie onder jongeren, adviseert het OMT zoals hierboven aangegeven, om voor sporten buiten school de nieuwe maatregel in te stellen dat dit alleen in vaste bubbels plaats kan vinden, voor de kinderen in de leeftijd van 13–17 jaar. Het OMT geeft aan dat dit ook zou kunnen gelden voor culturele activiteiten en dat de bubbels bij voorkeur worden beperkt tot de klasgenoten. Het kabinet neemt deze maatregel in overweging in samenspraak met de gedragsunit van het RIVM. Uitvoerings- en handhavingaspecten worden daarbij uiteraard ook betrokken.

### **3. Ontwikkelingen reizigers/negatieve testuitslag**

De epidemiologische situatie is in Nederland en omliggende landen zeer ernstig. Elke buitenlandse reis verhoogt de kans op verspreiding van het coronavirus in Nederland en in het buitenland. Daarom is het dringende advies: blijf in Nederland. Ga niet op reis en boek geen reizen. Dit advies is verlengd tot in ieder geval eind maart. Bent u toch in een hoog risicogebied geweest, dan moet u voor terugkeer naar Nederland een negatieve testuitslag kunnen tonen en in Nederland 10 dagen in thuisquarantaine.

#### *Negatieve testuitslag*

Vorige week hebben zowel de Tweede Kamer als de Eerste Kamer ingestemd met een aanpassing van de Wet publieke gezondheid die een juridische basis creëert onder de Twm om reizigers uit hoog-risicogebieden te verplichten een negatieve PCR-testuitslag te laten zien voor vertrek naar Nederland. Dit geldt voor alle passagiers die per vliegtuig, schip, bus of trein (het kort grensoverschrijdend verkeer uitgezonderd) vanuit deze gebieden naar Nederland komen. Hiermee is de juridische grondslag zeker gesteld.

Alle reizigers per vliegtuig, schip, trein en bus moeten voor vertrek de negatieve testuitslag tonen aan de vervoerder. Zonder test mogen ze het vervoersmiddel niet in. Daarnaast controleert de Koninklijke Marechaussee in Nederland alle reizigers die van buiten de EU/Schengen naar Nederland reizen. Reizigers die uitgezonderd zijn van het EU inreisverbod en die toch aan boord van een vliegtuig of schip gekomen zonder negatieve testuitslag kan de toegang tot het Nederlands grondgebied geweigerd worden door de Koninklijke Marechaussee. Daarnaast voeren de veiligheidsregio's een controle uit, zowel op de reizigers van binnen als buiten EU/Schengen. Voor de reizigers vanuit het Verenigd Koninkrijk en Zuid-Afrika is dat een 100% controle, dus alle reizigers van alle vluchten en veerboten worden gecontroleerd. Maar een heel klein aantal (<0,2%) had tot nu toe geen negatieve testuitslag. Met deze reizigers wordt een indringend gesprek gevoerd, onder andere over waar ze zijn geweest en hoe lang, ze worden gewezen op de thuisquarantaine van 10 dagen en op het belang van testen bij klachten. De overige reizigers die vanuit andere gebieden afkomstig zijn dan het Verenigd Koninkrijk of Zuid-Afrika worden steekproefsgewijs gecontroleerd door de veiligheidsregio's.

#### *LAMP-PCR-test voortaan ook toegestaan voor negatieve testuitslag*

De LAMP (loop-mediated isothermal amplification)-test is een soort PCR-test, maar deze test is sneller dan de meeste PCR-testen. In het 94<sup>e</sup> OMT-advies is opgenomen dat de LAMP-PCR-test ook geschikt is voor reizigers. Deze test is in de praktijk echter niet zo goed beschikbaar als de

reguliere PCR-test. Daarom krijgen reizigers de mogelijkheid om voordat ze aan boord mogen van een vliegtuig, schip, trein of bus een negatieve uitslag van ofwel een reguliere PCR-test of een LAMP-test te laten zien.

#### *Inperken reizen vanuit Zuid-Afrika*

De Kamer heeft verzocht om met concrete maatregelen te komen om het direct dan wel indirect reizen vanuit Zuid-Afrika in te perken. Er zijn momenteel al veel maatregelen getroffen om het reizen in te perken. Ten eerste is er een EU-inreisverbod voor alle niet-inwoners van de EU. Dit betekent dat reizen in principe niet mogelijk is, tenzij reizigers tot een uitzonderingscategorie behoren en daarmee een noodzakelijke reis maken. Hierop zijn enkele uitzonderingen, zoals voor diplomaten, journalisten en topsporters. Andere reizigers uit Zuid-Afrika kunnen dus niet naar Europa reizen. Daarnaast geldt voor reizigers die toch naar Nederland mogen, sinds 23 december jl. een verplichte negatieve testuitslag. Alleen met een recente negatieve PCR-testuitslag mag men aan boord van het vliegtuig. Ook moeten reizigers voor vertrek een gezondheidsverklaring invullen, reizigers met COVID-gerelateerde klachten of contacten van COVID-patiënten mogen niet reizen. Ten slotte krijgen alle reizigers uit Zuid-Afrika in het vliegtuig een brief waarin wordt aangegeven dat ze zich aan de Nederlandse maatregelen moeten houden en bij klachten via een speciaal afsprakennummer van de GGD een testafspraken kunnen maken. Zij moeten hierbij aangeven dat ze onlangs uit Zuid-Afrika gereisd zijn. Daarmee is het kabinet van oordeel dat adequate maatregelen zijn genomen om de risico's te beperken.

#### *Inkorten geldigheidsduur negatieve testuitslag*

Ook heeft uw Kamer verzocht om de termijn waarbinnen de test moet zijn uitgevoerd ten opzichte van het moment van binnenkomst in Nederland zoveel mogelijk te minimaliseren. Het is wenselijk de termijn zo kort mogelijk te houden. Hoe korter voor vertrek, hoe kleiner de kans dat iemand achteraf toch besmet blijkt te zijn. Op dit moment hanteert het kabinet een termijn van uitvoering van de test tot aankomst in Nederland van maximaal 72 uur. Dit is in lijn met wat de meeste andere Europese landen vragen. Het Ministerie van VWS krijgt signalen dat deze termijn al krap is en dat het niet overal ter wereld goed haalbaar is. De luchtvaartmaatschappijen geven aan dat een termijn van 36 uur praktisch niet goed uitvoerbaar is. Net als in Nederland is in andere landen veelal meer dan 48 uur nodig het maken van een afspraak en het krijgen van een uitslag. In Nederland wordt er gestreefd naar twee keer 24 uur voor het maken van een afspraak en het krijgen van een uitslag. We onderzoeken in hoeverre het mogelijk is om de termijn van 72 uur in te korten en kijken hierbij ook naar de ervaringen in het buitenland. Ik zal u hier volgende maand over informeren.

#### *Testen na aankomst*

Een derde aangenomen motie gaat over het mogelijk maken en bevorderen dat mensen die uitgezonderd zijn van de testverplichting zich vrijwillig na aankomst kunnen laten testen. De groep die uitgezonderd is op de verplichte PCR-test is beperkt. We onderzoeken of het mogelijk is om reizigers die uitgezonderd zijn van de testverplichting de mogelijkheid te geven om zich na aankomst te laten testen. Op de plek van aankomst is dit echter niet altijd uitvoerbaar. Er moeten dan testfaciliteiten bij elke luchthaven, aanmeerplaats, busstop en treinstation worden neergezet. We wijzen de reizigers die in de uitzonderingscategorieën vallen zoveel mogelijk op de geldende quarantaine. Het Ministerie van Buitenlandse Zaken heeft buitenlandse diplomaten bijvoorbeeld opgeroepen zich aan

alle Nederlandse coronamaatregelen te houden, en zal dit weer doen specifiek met betrekking tot de negatieve testuitslag. Daarnaast onderzoeken we in overleg met de GGD of het mogelijk is om deze groep in de gelegenheid te stellen zich te laten testen bij één van de vele reguliere GGD-teststraten. Per 20 januari 2021 is het daarnaast mogelijk voor inkomende reizigers uit hoog-risicogebieden, om zich op dag 5 na aankomst te laten testen bij de GGD'en.

#### *Toepassing hardheidsclausule*

Ook heeft uw Kamer verzocht om te organiseren dat (snel)testcapaciteit beschikbaar is op of nabij aankomstplaatsen van de betreffende georganiseerde vervoermodaliteiten, zodat iedereen die op de plaats van vertrek geen test heeft kunnen ondergaan en op basis van de hardheidsclausule toch heeft mogen reizen, dat alsnog kan doen. Reizigers die zich in een schrijnende situatie bevinden, zullen zich in eerste instantie melden bij het Ministerie van Buitenlandse Zaken. Daar zal een eerste afweging worden gemaakt of er inderdaad sprake is van spoed en of men een uitzondering zou kunnen maken. Zij zullen vervolgens de situatie aan het Ministerie van VWS voorleggen. Als er in gezamenlijkheid wordt besloten dat de reizigers op basis van de hardheidsclausule worden uitgezonderd, zal dit gecommuniceerd worden aan de vervoerder. Het aantal gevallen is tot nu toe wekelijks op één hand te tellen. Het is de bedoeling dat het gebruik van de hardheidsclausule zeer uitzonderlijk blijft. Daarmee zullen ook de aantallen die getest kunnen worden bij aankomst zeer beperkt zijn. We wijzen de reizigers daarnaast nogmaals op het belang van het naleven van de regels over bijvoorbeeld thuisquarantaine. De ervaring tot nu toe is dat de bereidheid van reizigers om aan aanvullende vragen te voldoen groot is. Vanaf deze week wordt het ook mogelijk gemaakt voor deze reizigers die een beroep doen op de hardheidsclausule om een afspraak te maken bij de GGD om zich daar te laten testen. Hierbij zal gebruik worden gemaakt van de reguliere testfaciliteiten, welke in de buurt van de plek van aankomst liggen of nabij de plaats van verblijf. Kortom, het kabinet heeft gewaarborgd dat degene die gebruik maken van de hardheidsclausule bij aankomst getest kunnen worden in de nabijheid van de aankomstplek, in lijn met de aangenomen Kamermotie Paternotte/Otterloo, waarbij het kabinet nogmaals benadrukt dat dit om kleine aantallen dient te gaan.

#### *Communicatie*

*De hoofdboodschap is: blijf in Nederland tot eind maart. Ga niet op reis en boek geen reizen. Elke buitenlandse reis verhoogt de kans op verspreiding van het coronavirus in Nederland en het buitenland.*

Er zijn diverse informatie- en communicatiemiddelen ingezet om reizigers en andere relevante partijen te informeren over de verplichte negatieve testuitslag en de juridische borging. Enkele voorbeelden hiervan zijn uitgebreide informatie op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl) en [Government.nl](http://Government.nl), de inzet van nieuwsmidia, factsheets in verschillende talen, brieven die via luchtvaartmaatschappijen aan reizigers worden overhandigd en vraagbeantwoording via de diverse publieksinformatie nummers en social media.

Daarnaast leveren veel posten consulaire bijstand en informatie om testen te krijgen aan de Nederlander in het buitenland. Daarbij is tevens aandacht gevraagd voor het in kaart kunnen brengen van de testmogelijkheden die er voor Nederlands in het buitenland zijn.



#### 4. Funderend onderwijs en kinderopvang

Als eerder genoemd constateert het OMT in zijn 95<sup>ste</sup> bijeenkomst dat geen afdoende daling in het reproductiegetal heeft plaatsgevonden om de scholen en de kinderopvang per 18 januari weer te heropenen. Deze verlengde periode waarin grotendeels afstandsonderwijs wordt gegeven valt het kabinet zwaar: fysiek onderwijs blijft het beste voor de cognitieve en sociale ontwikkeling en het welbevinden van kinderen. Ook wordt hiermee het maatschappelijk verkeer langer ontregeld, doordat ouders hun werk vanuit huis en de opvang en begeleiding van hun kinderen moeten combineren. Dit vergt een gezamenlijke inspanning; werkgevers wordt gevraagd om er rekening mee te houden dat veel van hun mensen hier nu een aanvullende taak hebben.

##### *Primair onderwijs, kinderopvang en noodopvang*

Het primair onderwijs en de kinderopvang (dagopvang en BSO) blijven nu dicht, behalve voor noodopvang voor kinderen van ouders/verzorgers waarvan er minimaal één een cruciaal beroep uitoefent, evenals voor kinderen die zich in een kwetsbare positie bevinden. Het blijft van belang dat ouders de factuur voor de kinderopvang door blijven betalen. De kinderopvangtoeslag en de tegemoetkoming van de eigen bijdrage voor ouders blijven doorlopen met de verlenging van de sluiting. Indien mogelijk wordt volgende week aan de hand van de actuele besmettingscijfers en nadere inzichten over de ontwikkeling van nieuwe virusvarianten bezien of heropening op 25 januari aanstaande mogelijk is.

Het is van belang dat ouders met cruciale beroepen aan het werk blijven en er voor de kinderen een veilige en vertrouwde plek is. Het kabinet constateert dat het beroep op de noodopvang groter is dan in het voorjaar van 2020. Er zijn geen signalen dat er misbruik wordt gemaakt van de noodopvang. Ook zijn er geen signalen dat het toegenomen gebruik van de noodopvang in de kinderopvang tot grote problemen leidt, omdat de vraag past binnen de capaciteit die er bij kinderopvangorganisaties beschikbaar is. Op (basis)scholen kan de noodopvang lokaal tot knelpunten leiden, in combinatie met het geven van afstandsonderwijs. Ik benadruk dat de noodopvang op school het fysiek onderbrengen van leerlingen betreft: hoewel het fijn is als het lukt, wordt van scholen en leraren niet verwacht dat zij deze leerlingen een fysiek onderwijsprogramma bieden, *naast* het afstandsonderwijs dat zij geven aan alle leerlingen. eer mag, maar dat hoeft niet. We vragen er aandacht voor dat zicht wordt gehouden op alle leerlingen, en dat er regelmatig contact is tussen de school en alle leerlingen en hun ouders. Als een school vermoedt dat er sprake is van een acuut of structureel zorgelijke situatie kan de school overleggen met jeugdhulpaanbieders, Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming en/of Gecertificeerde Instellingen.

Het kabinet ziet dat werkende ouders van jonge kinderen zich in een lastige situatie bevinden, waarbij zij de zorg voor en begeleiding van hun jonge kinderen moeten combineren met hun werk. Veel werkgevers stellen zich hierbij begripvol op, maar er zijn ook signalen dat medewerkers nog steeds wordt gevraagd om naar kantoor of de eigen werkplek te komen, ook als dat niet strikt noodzakelijk is. Het kabinet wijst werknemers op de norm om personeel zo veel mogelijk thuis te laten werken, en we vragen ouders om zorgvuldig af te wegen of hun functie binnen de cruciale beroepsgroepen valt én of ze de opvang nodig hebben of dat ze het zelf kunnen opvangen. Scholen en kinderopvangorganisaties wordt gevraagd om zich maximaal te blijven inspannen om noodopvang te realiseren, maar men wordt niet aan het onmogelijke gehouden. Ik wijs



scholen op de regeling voor extra hulp op school, daar ga ik hieronder nader op in.

### *Voortgezet onderwijs*

Het kabinet heeft bepaald dat in het voortgezet onderwijs tot minimaal 7 februari onderwijs op afstand de norm blijft. Tegelijkertijd blijven de uitzonderingen gelden voor het geven van fysiek onderwijs aan examenleerlingen, het afnemen van schoolexamens in voorexamenklassen en leerlingen die beroepsgerichte vakken volgen. Voor het vso en het pro geldt dat het overgrote merendeel van de leerlingen praktijkgericht onderwijs volgt en/of zich in een kwetsbare positie bevindt. Dit betekent in de praktijk dat op vso- en pro-scholen fysiek onderwijs de norm blijft. Voor leerlingen in het vo gold al dat zij afstand moesten houden tot de docent, maar uit voorzorg geldt nu ook dat zij afstand moeten houden tot elkaar. In het vso, het pro en bij praktijkgerichte lessen in het vmbo kan dit tot ingewikkelde situaties leiden; hier wordt afstand gehouden waar mogelijk. Het kabinet vraagt scholen zich tot het uiterste in te spannen om binnen deze geldende randvoorwaarden – die de veiligheid voor betrokkenen in de schoolomgeving borgt – deze leerlingen (zoveel mogelijk) fysiek onderwijs te geven.

Het kabinet realiseert zich daarbij dat dit op scholen leidt tot organisatorische uitdagingen. Omdat er nu minder leerlingen op school aanwezig zijn, kunnen scholen er bijvoorbeeld voor kiezen om leerlingen over meer klaslokalen te spreiden. Scholen kunnen ook de keuze maken om zich toe te spitsen op de kern van het curriculum, de Onderwijsinspectie houdt hier rekening mee en treedt niet handhavend op vanwege een beperktere of andere invulling van de onderwijstijd.

Voor wat betreft de afstand tussen leerlingen onderling, geldt dat het OMT eerder al heeft aangegeven dat kinderen kunnen zorgen voor transmissie van het virus. Het OMT heeft daarbij echter aangegeven dat die transmissie beperkt is en bovendien niet opweegt tegen het maatschappelijke belang van het beperken van (fysiek) onderwijs. Het OMT adviseert nu toch om maatregelen te nemen om voor social distancing te zorgen, omdat het absolute aantal besmettingen nog te hoog is, het aantal besmettingen voor de Kerst in de betreffende leeftijdscategorie toenam, en er nog teveel onzekerheid bestaat over de Britse variant van het virus. De maatregel om afstand te houden tot docenten en onderwijsondersteunend personeel gold al.

Als eerder genoemd wordt het OMT gevraagd om op korte termijn nader advies gevraagd over besmettingen en incidentie in verschillende leeftijdsgroepen, waar de nieuwe virusvarianten bij worden betrokken. Hoe het onderwijs in het vo na 8 februari vorm kan krijgen, en, zo nodig, met welke aanvullende maatregelen, wordt in de komende weken nader bezien, op basis van de actuele besmettingscijfers, en het verdere onderzoek dat wordt gedaan. Zoveel mogelijk fysiek onderwijs voor zoveel mogelijk leerlingen is en blijft de inzet van het kabinet, onder verantwoorde condities.

### *Hulp en financiële ondersteuning*

In het afgelopen jaar heeft het kabinet meermaals aanvullende middelen vrijgemaakt om scholen te ondersteunen:

- € 282 miljoen is vrijgemaakt om leerachterstanden te voorkomen en te bestrijden, hiermee zijn alle aanvragen van scholen en instellingen gehonoreerd;

- € 210 miljoen is beschikbaar gesteld om extra hulp in te zetten binnen de school, bijvoorbeeld leraren, onderwijsassistenten maar ook ondersteunend personeel voor noodopvang of ter ontzorging van leraren in deze uitdagende tijd. Scholen kunnen nog een aanvraag indienen tot en met 24 januari, scholen krijgen uiterlijk 31 maart beschikking over deze middelen, die ook kunnen worden ingezet ten behoeve van uitgaven die al zijn gedaan;
- In verschillende tranches is ongeveer € 25 miljoen geïnvesteerd om schoolbesturen in staat te stellen om devices aan te schaffen voor leerlingen die hier nog geen beschikking over hadden. Uitlevering van de 60.000 devices van de laatste tranche (t.w.v. € 15 miljoen) vindt thans plaats;
- in totaal € 360 miljoen wordt uitgekeerd om scholen en gemeenten te ondersteunen bij de investeringen die zij moeten doen om de ventilatie in schoolgebouwen op orde te brengen. Sinds de openstelling van de regeling op 4 januari jl. zijn 239 aanvragen gedaan ter waarde van ongeveer € 42 miljoen. Zolang nog budget beschikbaar is kan tot en met 30 juni een aanvraag worden ingediend, het streven is om binnen 8 weken na aanvraag een beschikking af te geven en de middelen hierna zo spoedig mogelijk uit te keren.

Voor hulp en advies op het gebied van onderwijs in tijden van corona blijft [lesopafstand.nl](http://lesopafstand.nl) het startpunt, hier zetten de raden, Kennisnet en andere sociale partners in het onderwijs zich onverminderd voor in.

### **5. Schriftelijke vragen lid Asscher over Britse variant**

De heer Asscher heeft 12 januari schriftelijke vragen gesteld over de Britse variant met het verzoek deze voor het eerstvolgende coronadebat te beantwoorden (2021Z00380). Deze vragen beantwoord ik graag in deze brief.

De heer Asscher vraagt naar het verloop van de epidemie in het Verenigd Koninkrijk. In de presentatie die de heer van Dissel zal geven tijdens de technische briefing van woensdag 13 januari zal hij ook in gaan op de epidemie in het VK. In Nederland zijn ongeveer honderd besmettingen met de Britse variant gevonden, bij een klein deel van deze besmettingen is er een link met het VK. Ongeveer een derde van de besmettingen zijn gevonden in de kiemsurveillance, een steekproef. De helft is gevonden bij uitbraakonderzoek bij het cluster in Lansingerland. De experts gaan er vanuit dat tussen de 1,5% (in Nederland) en 5% (in een aantal regio's) van de besmettingen in Nederland nu met de VK variant zijn. Deze variant verspreidt zich op dezelfde manier als de «klassieke» variant. Verspreiding vindt dus onder andere plaats binnen gezinnen, bij bezoek thuis maar heeft ook, voor de lockdown, via school plaatsgevonden.

De maatregelen in Nederland, inclusief het verlengen van de lockdown, zijn er op gericht verspreiding van alle besmettingen, inclusief die van deze variant, te voorkomen. Er kunnen geen specifieke maatregelen gericht op deze variant genomen worden, daarvoor is de verspreiding te diffuus. Het grootschalig en gericht testen, zoals nu in Lansingerland gebeurt, is bedoeld om zoveel mogelijk te leren over deze variant, en over de mogelijkheden die grootschalig en gericht testen biedt om een opleving van het aantal besmettingen regionaal aan te pakken. In dit onderzoek wordt ook gekeken of deze variant meer risico op gezondheidsschade voor kinderen geeft. Voor het besluit om scholen, te heropenen, en onder welke voorwaarden, is meer informatie van groot belang, over de ontwikkelingen van de Britse variant en de rol die schoolkinderen bij de verspreiding van deze variant spelen. Het grote belang van fysiek onderwijs is echter ook evident. De afweging tot heropening wil het kabinet onder meer maken op basis van meer informatie over deze

variant, die op korte termijn beschikbaar komt. Het kabinet acht het buitengewoon belangrijk dat zoveel mogelijk leerlingen zoveel mogelijk fysiek onderwijs krijgen, onder verantwoorde condities. Hierom vraagt het kabinet – in aanvulling op het voorgaande – aan het OMT op korte termijn om nader advies over besmettingen en incidentie in verschillende leeftijdsgroepen en -cohorten, waar de nieuwe virusvarianten bij worden betrokken. Op basis hiervan bepaalt het kabinet wanneer en onder welke voorwaarden het onderwijs fysiek doorgang kan vinden.

Wat betreft de voorbereiding van de GGD, de eerste lijn, ziekenhuizen en andere zorginstelling geldt dat deze niet afwijken van de voorbereiding voor de besmettingen met de standaard variant. Uit navraag bij leveranciers van medische apparatuur blijkt dat zowel medicinale zuurstof als beademingsapparatuur voldoende op voorraad is bij de ziekenhuizen. Er zijn geen signalen van tekorten bekend. Deze navraag heeft vandaag – dinsdag 12 januari – plaatsgevonden.

Het LCG monitort wekelijks de COVID-gerelateerde voorraad IC geneesmiddelen. Een aantal van deze middelen worden ook buiten de IC gebruikt. Er is op dit moment voldoende voorraad, ook rekening houdend met een onverhoopte stijging van de IC bezetting of het aantal COVID-patiënten in algemene zin. Het LCG inventariseert ook incidenteel de beschikbaarheid van andere geneesmiddelen, indien deze naar de stand van de wetenschap worden opgenomen in behandelrichtlijnen voor COVID-patiënten. Er is voldoende materiaal voor de pilotfase van grootschalig en gericht testen, en afhankelijk van de mogelijkheden die dit biedt, zal het breder ingezet worden.

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

### **6. Herijking routekaart en inschalingsystematiek**

Zoals in eerdere brieven aan uw Kamer aangegeven, wordt op basis van het 81<sup>e</sup> OMT advies gewerkt aan een herijking van de routekaart en van de inschalingsystematiek. Beide worden in samenhang gezien, waarbij een integrale afweging van de brede effecten van de maatregelen gemaakt wordt. De herijkte routekaart en bijbehorende inschalingsystematiek zullen in de tweede helft van januari aan uw Kamer gepresenteerd worden. Het uitgangspunt is dat met de vernieuwde inschalingsystematiek kan worden ingespeeld op veranderende omstandigheden, zoals een ander testbeleid of een hogere vaccinatiegraad. Afhankelijk van de epidemiologische situatie, zou dit ertoe kunnen leiden dat de routekaart opnieuw tegen het licht wordt gehouden. Daarnaast biedt de routekaart handvaten voor het afschalen van maatregelen. De nieuwe routekaart treedt in werking wanneer de epidemiologische situatie dat toelaat.

### **7. Doorontwikkeling dashboard**

Het coronadashboard is permanent in ontwikkeling. Dit conform het kabinetsbeleid om inzicht te blijven geven in de ontwikkeling van het virus.

Niet alleen wordt er telkens nieuwe informatie toegevoegd om zo zicht op en inzicht in het virus te houden, we werken er ook aan om de informatie relevanter en begrijpelijker te maken voor iedereen. Er wordt daarbij regelmatig gebruik gemaakt van gebruikersonderzoeken die inzicht geven in welke informatie belangrijk is voor de bezoekers van het dashboard. De onderzoeken leren ons ook hoe we het dashboard verder kunnen verbeteren.

Om goed aan te sluiten bij de informatiebehoefte, is in december een pagina aan het dashboard toegevoegd waarop duidelijk de geldende maatregelen te vinden zijn. Op deze manier geeft het dashboard een

completer beeld, namelijk van de epidemiologische situatie en van de daarbij behorende maatregelen. Daarnaast toont het dashboard vanaf 7 januari dagelijks het voortschrijdend 7-daags gemiddelde van het totaal aantal testuitslagen en het percentage positieve testuitslagen uit de GGD teststraten. Voorheen werd alleen het wekelijkse percentage positieve testen getoond. Een andere toevoeging is dat de nieuwe gemeentegrenzen n.a.v. de gemeentelijke herindeling op het dashboard worden getoond.

Sinds 10 december jl. zijn op het coronadashboard gegevens te vinden over drie kwetsbare groepen<sup>5</sup>: bewoners van verpleeghuizen, bewoners van gehandicapteninstellingen en thuiswonende 70-plussers. Zowel de gegevens op het dashboard als in deze voortgangsbrief zijn afkomstig van het RIVM en sluiten op elkaar aan. Op dezelfde dag (10 december jl.) heeft het RIVM voor de gehandicaptenzorg en de thuiswonende 70-plussers een verbetering doorgevoerd in de manier om het aantal besmettingen te bepalen. De methode bij de verpleeghuizen is niet gewijzigd. Bij de oude methode waren ook personen als bewoner aangemerkt als de 6-cijferige postcode overeenkomt met een locatie voor gehandicaptenzorg. Dit leidde vermoedelijk tot een overschatting van het aantal besmettingen in gehandicapteninstellingen. Het RIVM heeft de nieuwe definities met terugwerkende kracht kunnen toepassen vanaf de start van de registratie bij de GGD'en op 1 juli jl. Dit verklaart de verschillen tussen de in deze brief opgenomen aantallen en de genoemde aantallen uit de voortgangsbrieven van 8 december jl.<sup>6</sup> en daarvoor. Een toelichting op de nieuwe methodes treft u aan op: <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/verantwoording>.

Met het dashboard proberen we ook snel in te spelen op veranderingen. Zo wordt momenteel de pagina voor vaccinaties voorbereid.

## **8. Testen en traceren**

### *1. Doorontwikkeling teststrategie*

Testen en traceren blijft een belangrijke pijler in de bestrijding van COVID-19 tot het moment dat voldoende mensen gevaccineerd zijn. Bovendien geldt dat mensen die gevaccineerd zijn zich bij klachten nog steeds moeten laten testen zolang niet is aangetoond dat het vaccin transmissie van het virus voorkomt. In de brief van 8 december jl. heeft het kabinet twee doelen van het testbeleid vastgesteld:

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

Hieronder vat ik samen welke acties worden ondernomen om deze twee doelen te realiseren en geef ik aan welke actoren verantwoordelijk zijn voor de uitvoering.

#### Ad 1 – Testen om het virus op te sporen en te bestrijden (spoor 1)

De kern van het testbeleid is sinds het begin van de uitbraak dat mensen worden getest die het meeste risico op besmetting hebben gelopen en daarmee het virus verder kunnen verspreiden. De basis van het test- en traceerbeleid in spoor 1 blijft dan ook dat mensen met klachten en enkele andere groepen met een hoog risico op besmetting zich zo snel mogelijk laten testen. Het effect van het testbeleid staat of valt bij de bereidheid van mensen om zich te laten testen en het opvolgen van het isolatie- en quarantaine -advies bij een positieve uitslag. Het kabinet zet het testen van risicodoelgroepen voort, en breidt dit daarnaast uit met risicogericht

<sup>5</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>6</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 771

en grootschalig testen in gebieden met hoge prevalentie en bij uitbraken op scholen.

#### 1a Testen van risicodoelgroepen via basistestinfrastructuur

*Doel:* Hoe meer mensen zich bij klachten snel laten testen en de adviezen voor zelfisolatie en quarantaine opvolgen, hoe effectiever we de keten van besmettingen doorbreken en de verspreiding van het virus kunnen beheersen.

Het testen gericht op het opsporen en bestrijden valt in principe onder de basisinfrastructuur van de GGD'en en zorginstellingen. Vanaf het begin van de crisis is deze uitgebreid van 2.000 testen per dag in maart tot 130.000 testen per dag per 1 januari. De GGD stelt een nieuwe Roadmap op, gericht op doorgroei tot 175.000 testen per dag per 1 maart. Het aantal afnamelocaties is toegenomen tot 376, waaronder inmiddels 20 nieuwe XL-locaties. We hebben een piek in het aantal testen per dag gezien in de week voor kerst toen er in totaal 79.000 testen per dag werden afgenomen. De schommelingen die we de laatste weken van 2020 hebben gezien zijn zonder problemen verwerkt door de keten met behoud van de norm van de doorlooptijden van 2\*24 uur. Afgelopen week werden er 58.602 testen per dag in totaal afgenomen bij de GGD'en en incl. de zorg, wat betekent dat de beschikbare testcapaciteit voor minder dan 50% wordt benut. Daarom blijft het kabinet iedereen oproepen om zich snel te laten testen bij klachten, of als nauw contact uit het bron- en contactonderzoek en bij de CoronaMelder. Daarnaast voeren nu 22 van de 25 GGD'en volledig BCO uit, en is er opgeschaald tot 7500 FTE BCO capaciteit.

#### Doelgroepen:

- Mensen met klachten die passen bij het Coronavirus (verkoudheidsklachten (neusverkoudheid, loopneus, niezen, keelpijn) hoesten, benauwdheid, verhoging tot 38 graden, koorts vanaf 38 graden, plotseling verlies van reuk, smaak of beide.)
  - o Kinderen tot en met 12 jaar worden wederom toegevoegd aan het testbeleid. Reden hiervoor is de mogelijke invloed van de nieuwe VK-variant in de verspreiding van COVID-19 op (basis)scholen. Het dringende advies geldt met name voor kinderen die naast bestaande verkoudheidsklachten er ook sprake is van hoesten, koorts en/of benauwdheid of anderzijds ernstig ziek zijn, er een indicatie is vanwege BCO of wanneer zij deel uitmaken van een uitbraak.
- Nauwe contacten uit het BCO en degenen die een melding krijgen uit de CoronaMelder kunnen zich laten testen op dag 5 na het contactmoment met een besmet persoon (ook als zij op dat moment geen klachten hebben die passen bij COVID-19) en kunnen bij een negatieve uitslag uit quarantaine.
- Reizigers uit hoog risicogebieden kunnen zich per 20 januari op dag 5 na aankomst laten testen bij de GGD'en. Bij een negatieve uitslag op dag 5 kunnen zij uit quarantaine.

*Volgende stappen:* Per 20 januari wordt het mogelijk voor alle inkomende reizigers uit hoog-risicolanden om zich op dag 5 na aankomst te laten testen bij de GGD. Bij een negatief resultaat kunnen zij vervolgens uit quarantaine. Volgens het 94<sup>e</sup> OMT-advies kunnen reizigers die een recente negatieve PCR-testuitslag kunnen overleggen dan getest worden met een antigeentest.

Automobilisten zijn niet wettelijk verplicht om zich te laten testen voor binnenkomst in Nederland. In het geval dat zij nadat zij Nederland zijn

binnenkomen een testafpraak maken bij de GGD na 5 dagen quarantaine, beschikken zij niet over een negatieve PCR-testuitslag maar is er wel er wel een kleine kans dat zij een antigeentest krijgen aangeboden. In GGD-teststraten bestaat het testaanbod immers voor een beperkt deel uit antigeen testen. Hoewel dit afwijkt van het OMT-advies is dat in de ogen van het kabinet een verwaarloosbaar risico dat ruimschoots opweegt tegen de verwachte verbetering in de naleving van de quarantaine dankzij de kortere duur van 5 dagen en tegen de huidige situatie waarin de groep inkomende reizigers inclusief automobilisten helemaal niet wordt getest. Het apart toeleiden van automobilisten naar een PCR-test is niet goed mogelijk doordat er geen rechtstreeks contact met hen bestaat zoals bij nauwe contacten uit BCO.

#### 1b Risicogericht (grootschalig) gebiedstesten

*Doel:* In de Kamerbrief van 17 november 2020<sup>7</sup> aan de Tweede Kamer is aangekondigd dat januari 2021 gestart wordt met een pilot grootschalig risicogericht testen. Het doel is om door op grote schaal proactief te testen, in gebieden waar sprake is van een (structureel) hoge prevalentie van het virus, meer besmettingen op te sporen en op te volgen met maatregelen. De verwachting is dat het virus daarmee gericht kan worden teruggedrongen. Met pilots willen de betrokken partijen leren wat een effectieve strategie is om gericht te testen, traceren en isoleren in dergelijke gebieden. Het doel is om met de geleerde lessen een aanpak te ontwikkelen die goed opschaalbaar is naar andere delen van Nederland. In dit kader heb ik ook een begeleidingscommissie Grootschalig Risicogericht testen ingesteld die mij zal adviseren over de aanpak en het verloop van pilot(s) rondom grootschalig risicogericht testen. Daarnaast zal zij adviseren over de geleerde lessen voor verdere opschaling en landelijke uitrol. Eind december heeft de commissie haar eerste advies opgesteld deze is als bijlage 11 bijgevoegd<sup>8</sup>. Hierin adviseert zij om in de pilots antwoord te geven op de volgende vragen; «Wat is de impact van de gekozen aanpak/strategie op de deelnamebereidheid voor zowel testen, traceren als isoleren?»; «Welke lessen kunnen getrokken worden wanneer grootschalig risicogericht testen daadwerkelijk uitgevoerd wordt?» En «Hoe is de aanpak/strategie, of delen hiervan, schaalbaar naar de rest van Nederland?». In de uitwerking van de pilots zal ik hieraan aandacht besteden.

*Volgende stappen:* In de Kamerbrief van 8 december 2020<sup>9</sup> heb ik aangekondigd dat één van de pilots in het kader van grootschalig, risicogericht testen in Rotterdam gaat starten. De afgelopen weken is in Rotterdam in de wijken Bospolder-Tussendijk en Afrikaanderwijk een start gemaakt. Dit gebeurde op een laagdrempelige manier: mensen konden zich gratis laten testen, ook als zij geen klachten hadden. Het Erasmus MC en de GGD onderzochten hiermee wat laagdrempelig testen voor invloed heeft op de testbereidheid. De onderzoeksresultaten uit deze eerste fase van de pilot worden op dit moment verwerkt. Het is de bedoeling om vervolgens in Rotterdam Charlois ca. 70.000 inwoners in zes weken de gelegenheid te geven om zich (met en zonder klachten) te laten testen. De inwoners kunnen terecht bij de XL-locatie in Ahoy of in verschillende mobiele testlocaties in de wijk. Bij deze pilot wordt de rioolwatersurveillance uitgebreid en worden er grootschalig interviews afgenomen, om meer inzicht te krijgen in de testbereidheid en de naleving van de maatregelen. In de pilot is ook aandacht voor de verschillende vormen van communicatie om de testbereidheid te verhogen en de naleving van

<sup>7</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 713

<sup>8</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>9</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 771



maatregelen te verbeteren. Deze pilot zou in week 2 van start gaan, maar in overleg met GGD Rotterdam-Rijnmond is besproken om deze pilot 1 á 2 weken later in te plannen. De reden daarvoor is een cluster van besmettingen met de variant uit het VK, onder andere op een basisschool in de gemeente Lansingerland; GGD Rotterdam-Rijnmond is daarom eerst in Lansingerland van start gegaan met het risicogericht grootschalig testen. Tijdens de jaarwisseling zijn daar alle personeelsleden, leerlingen, ouders en huisgenoten van een basisschool gevraagd zich te laten testen (800 mensen). Vervolgens is ditzelfde gebeurd voor de directe omgeving van deze school (omliggende scholen en buitenschoolse opvanglocaties). Docenten, leerlingen en huisgenoten (ca. 2.000–2.500 mensen) van deze scholen en van de buitenschoolse opvanglocaties worden gevraagd om mee te werken aan het verdiepend uitbraakonderzoek en een afspraak te maken voor de test. Daaropvolgend worden deze week alle bewoners van de gemeente Lansingerland (ca. 60.000 mensen), uitgenodigd om zich te laten testen. De inwoners van Lansingerland kunnen terecht op de XL-locatie Rotterdam Airport; deze is de komende weken volledig beschikbaar voor Lansingerland. Daarnaast zijn 3 mobiele testlocaties in de gemeente aanwezig. De onderzoeken zoals hiervoor genoemd worden ook uitgevoerd in Lansingerland, zodat er inzicht komt in de testbereidheid en de naleving van maatregelen, en ook hier geleerd kan worden op welke wijze regionale en landelijke opschaling van risicogericht grootschalig testen mogelijk kan zijn.

Naast de pilots in Rotterdam en Lansingerland zijn ook de gemeente Dronten en Bunschoten gestart met de voorbereidingen voor de uitrol van een pilot. De gemeente Dronten, in nauwe afstemming met GGD-Flevoland, zal in de gemeente Dronten meerdere wijken gericht symptomatische en asymptomatische mensen gaan testen. De gemeente Bunschoten, met een relatief groot aandeel inwoners dat werkzaam is in mkb en ambulante handel, zal in nauwe afstemming met GGD-Utrecht, naast breed testen ook de effecten van de quarantaine-aanpak bij een positieve testuitslag onderzoeken.

#### 1c Testen op primair en voortgezet onderwijs bij uitbraken

*Doel:* Op basisscholen en middelbare scholen vond tot de lockdown volledig fysiek onderwijs plaats. Het kabinet vindt het belangrijk dat dit fysieke onderwijs zo snel mogelijk weer doorgang kan vinden en testen kan hier een belangrijke rol bij spelen. Onderwijspersoneel kon zich al met prioriteit laten testen bij de teststraten. Daarnaast is recentelijk het testbeleid voor kinderen gelijkgetrokken aan het beleid voor volwassenen vanwege de mutatie uit het Verenigd Koninkrijk en Zuid-Afrika waarvan nog onbekend is of deze zich sneller onder kinderen verspreid. Om verspreiding op scholen te beperken is het kabinet voornemens om risicogericht op scholen te testen om zo vroegtijdig verborgen asymptomatische en presymptomatische besmettingen op te sporen en zo verdere verspreiding van het virus te voorkomen. Het gaat hier dus expliciet niet om het testen voor toegang tot de school. Allereerst wordt gedacht aan testen van leerlingen en leraren in het voortgezet onderwijs en de leraren in het primair onderwijs. De grootste uitdaging ligt in het organiseren van de testafname en de daarbij behorende organisatie en logistiek. Met ongeveer 900.000 leerlingen en vele schoollocaties is het testen een uitdaging. OCW en VWS verkennen hiervoor de opties. Er zijn grofweg twee opties: 1) de GGD neemt de testen af in de teststraten of 2) de testafname (met antigeentesten) vindt plaats door partijen op de scholen zelf. Mochten inzichten over de verspreiding van nieuwe virusvarianten aanleiding geven om ook het testen in het primair onderwijs te intensiveren, dan zal ook daar prioriteit aangegeven worden.



*Volgende stappen:* Mede naar aanleiding van de motie van het lid Van Meenen<sup>10</sup>, wordt vanaf 18 januari gestart met pilots risicogericht testen op circa 15 VO scholen (Utrecht, Rotterdam en Gelderland) onder begeleiding van het UMCU. Dit plan houdt in dat deze scholen, op het moment dat er een besmetting plaats vindt in een klas, contact op kunnen nemen met een professionele partij die in de klas gedurende een bepaalde periode meermaals sneltesten afneemt. Zodra een leerling een positieve testuitslag krijgt (die uiteraard in zelfisolatie gaat), worden de leerlingen in zijn klas (of klassen) verzocht zich te laten testen. Als die leerlingen (herhaald) een negatieve testuitslag ontvangen kunnen ze weer naar school gaan en volgen tot die tijd online onderwijs. Leerlingen met een positieve testuitslag gaan in isolatie. Het testen is overigens vrijwillig. GGD'en zijn nauw betrokken om, in het geval van positieve testuitslagen, bron- en contactonderzoek uit te voeren. Met de uitkomsten van deze pilots worden lessen opgedaan voor de opzet en organisatie van een landelijke uitrol van testen op scholen in het voortgezet onderwijs.

#### Ad 2 – Testen om de samenleving te openen (spoor 2)

Testen kan een bijdrage leveren aan het openen van de samenleving en economie, waarbij het op korte termijn nog niet de basismaatregelen kan vervangen. Het kabinet benadrukt daarbij dat naleving van de 1,5 meter afstand en de algemene hygiëneregels cruciaal blijft, ook als we vaker testen. Dat neemt niet weg dat nadrukkelijk gekeken wordt of na beëindiging van de lockdown met testen stapsgewijs meer mogelijk gemaakt kan worden. Op grond van een negatieve testuitslag kunnen we mensen mogelijk meer vrijheid geven om fysiek aanwezig te zijn op werkvloer, kantoor of in de collegezaal of deel te nemen aan culturele, sportieve en sociale evenementen. Hierbij is het wel van groot belang dat de epidemiologische situatie dusdanig is dat dit ook veilig en verantwoord kan gebeuren. Ook is een verantwoorde inzet van de juiste testen in de situaties waarvoor ze zijn gevalideerd van belang. Over het advies van het OMT ter zake informeer ik u verderop in deze brief.

Het kabinet treft voorbereidingen voor testen voor veilige toegang tot het sociale leven, testen voor veilig werken en testen voor veilig studeren. Om een negatief testresultaat voor deze toegang op een verantwoorde wijze in te zetten heb ik in december de Commissie Ethiek en Recht van de Gezondheidsraad gevraagd om met een advies te komen over de juridische en ethische kaders van een negatief testbewijs. Het definitieve advies volgt in de 2<sup>de</sup> week van januari. Na bestudering van het advies zal het kabinet hierop een standpunt innemen, dat ik aan uw Kamer zal sturen. In mijn reactie zal ik de motie (Kamerstuk 25 295 nr. 864) van het lid Azarkan inzake toegang tot publieke voorzieningen ongeacht vaccinatie- of teststatus betrekken. Intussen ben ik zoals eerder gemeld aan uw Kamer wel al begonnen met de technische voorbereidingen voor een negatief testbewijs en verken ik verschillende modellen, variërend van een papieren testbewijs tot een QR-code op een telefoon. Aandachtspunten zijn hier o.a. privacy en fraudebestendigheid. Tevens verken ik de mogelijkheden van een digitale applicatie, via welke burgers weten waar zij een test voor welke doel kunnen inplannen.

2a Testen voor veilige toegang sociale leven (bijv. evenementen, horeca, sport)

*Doel:* Hiermee wil het kabinet mogelijk maken dat bepaalde sociale activiteiten sneller en veiliger doorgang kunnen vinden. Met een geldig bewijs van een negatief resultaat van een test die een maximaal aantal

<sup>10</sup> Kamerstuk 31 293, nr. 558

uren voorafgaand aan de activiteit is afgenomen, zou je – uiteraard pas als de epidemiologische situatie dat toelaat – bijvoorbeeld veilig naar een restaurant of evenement kunnen. Welke maatregelen bij de sociale activiteit verplicht zijn om in acht te nemen hangt af van de epidemiologische situatie en van aanvullend onderzoek. De testuitslagen zijn dus voorlopig nog niet bedoeld als vervanging van de basismaatregelen, maar kunnen helpen om bepaalde activiteiten weer veilig en verantwoord te kunnen hervatten en in sommige gevallen met beperking van specifieke maatregelen. Het inzetten van testen voor dit doel verruimt de mogelijkheden om na de lockdown de economie en samenleving op een verstandige en veilige manier te kunnen heropenen; testen kan hier een bijdrage aan leveren en daarnaast kunnen zodoende meer besmette personen worden gevonden.

*Volgende stappen:* Met de Fieldlab pilots voor evenementen zal ervaring worden opgedaan voor het toegangstesten. Ik heb u eerder in deze brief op de hoogte gesteld over de Fieldlabs.

Samen met de Minister van EZK heb ik aan VNO-NCW gevraagd om met een plan te komen hoe testen voor toegang snel opgeschaald kan worden. Met een negatieve uitslag van een test die 48 uur van tevoren is afgenomen zou men naar bepaalde sociale of economische activiteiten kunnen, – uiteraard pas als de epidemiologische situatie dat toelaat –. Hiervoor kunnen de GGD-testfaciliteiten niet worden benut, omdat deze capaciteit nodig hebben voor de risicodoelgroepen. Dit zou betekenen dat er naast de reguliere GGD-teststraten ook testfaciliteiten moeten komen die specifiek voor dit doel worden ingericht. Hier kunnen mensen een afspraak maken wanneer zij een negatief testbewijs nodig hebben om bijvoorbeeld naar een evenement te gaan, of weer willen sporten.

## 2b Testen gericht op veilig werken

*Doel:* Sinds december kunnen werkgevers via bedrijfsartsen en arbodiensten centraal ingekochte sneltesten bestellen om hun werknemers te laten testen. Hiervoor is een toolkit ontwikkeld en gepubliceerd waarin staat aangegeven hoe werkgevers dit op een verantwoorde en veilige manier kunnen doen. Verder werkt het kabinet aan een vergoeding voor arbodiensten en bedrijfsartsen voor het afnemen van testen conform het huidige testbeleid (testen bij klachten en voor risicogroepen) bij werknemers, waarmee indirect ook werkgevers financieel worden tegemoetgekomen. Eind januari zal ook de helpdesk online staan waar werkgevers en bedrijfsartsen terecht kunnen met al hun vragen. VNO-NCW voert een aantal pilots uit aan, onder andere op basis van bovenstaande elementen, hoe werkgevers zo optimaal mogelijk hun werknemers kunnen laten testen en zo een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het zicht houden op het virus. Bij werkgevers leeft daarbij de wens om testen in te zetten voor werknemers en daarmee fysieke aanwezigheid van werknemers zo veilig mogelijk te maken. Verdergaand is de wens om maatregelen zoals de 1,5 meter of de quarantaine los te laten; daarvoor zie ik nu nog geen ruimte. In de huidige situatie met een lockdown en het nadrukkelijke advies zoveel mogelijk thuis te blijven is dit niet aan de orde. Echter, op termijn zal zo veel als mogelijk worden gekeken naar manieren waarop toegang tot werk in bepaalde vorm weer veilig en verantwoord mogelijk is. Het blijft ook dan belangrijk om de basismaatregelen in acht te nemen. Ook het OMT heeft in het 89<sup>e</sup> en het 94<sup>e</sup> advies namelijk geadviseerd om zeer terughoudend te zijn met het loslaten van de basismaatregelen. Hoewel het loslaten van de basismaatregelen dus niet haalbaar lijkt, zou het kunnen dat door toegangstesten het weer mogelijk wordt om in aangepaste vorm naar kantoor te gaan. Het kabinet vindt het dan ook waardevol dat er pilots plaatsvinden op

initiatief van werkgeversorganisatie VNO-NCW om ervaring op te doen met frequent testen.

*Volgende stappen:* Er worden door VNO-NCW pilots gestart om te bezien of en hoe frequent testen veilig en effectief kan worden ingezet binnen de werksfeer. Op basis van de uitkomsten hiervan zal de komende periode worden onderzocht welke mogelijkheden er zijn om frequent testen in te zetten om veilig werken mogelijk te maken en in welke mate testen ter vervanging van bepaalde maatregelen kan gelden. Hierbij moet gemeld worden dat het loslaten van de 1,5 meter voorlopig (of nu) nog niet aan de orde is.

## 2c Testen voor veilig studeren

*Doel:* Binnen onderwijsinstellingen in het middelbaar beroepsonderwijs (mbo), het hoger beroepsonderwijs (hbo) en in het wetenschappelijk onderwijs (wo) bestaat een grote behoefte om meer fysiek onderwijs te kunnen geven. Het kabinet vindt dit ook van groot belang, zowel voor de kwaliteit van het onderwijs als ook voor de meer sociale aspecten en het welzijn van studenten. Tegelijkertijd is het in het licht van de besmettingen en het voorgaande van belang dat dit veilig kan.

*Volgende stappen:* ter uitvoering van de motie Klaver en Jetten over het opzetten van sneltestlocaties op mbo-, hbo en wo-instellingen is de intentie van het kabinet dat op korte termijn, in samenwerking met partijen uit het onderwijsveld en de inzet van VNO-NCW, enkele pilots worden gestart waarbij onderzocht wordt hoe stap voor stap meer fysiek onderwijs mogelijk gemaakt kan worden, en wat daarbij de toegevoegde waarde kan zijn van sneltesten in combinatie met andere instrumenten (zoals bijvoorbeeld spatschermen of het aanpassen van looproutes). Op dit moment worden binnen de pilots nog de basisregels in acht genomen, maar als de situatie dat toelaat, is het de bedoeling om in de pilots ook te onderzoeken onder welke voorwaarden bijvoorbeeld de afstandsregel in een gecontroleerde proefsetting losgelaten zou kunnen worden. De eerste pilot zal vanaf 18 januari van start gaan in de regio Groningen, waarbij in de eerste fase sneltesten worden afgenomen bij een groep studenten die een tentamen moeten doen. Een negatieve testuitslag geeft dan de mogelijkheid om op locatie het tentamen te doen (bij een positieve testuitslag kan het tentamen online gemaakt worden, of op een later moment fysiek).

Laagdrempeliger afnamemethoden: thuistesten en alternatieven voor de wattenstaaf

Zoals ook aangegeven in eerdere kamerbrieven verkent het kabinet de mogelijkheden voor (begeleide) zelf- of thuistesten. In dat kader heb ik een werkgroep opgezet om de mogelijkheden en eventuele beperkingen te onderzoeken voor de reguliere antigeen testen die nu op de markt zijn. Dit zijn dus nog geen gecertificeerde testen die speciaal op de markt zijn gebracht voor thuistesten. Deze zijn immers nog niet op de markt. Er lopen op dit moment diverse studies, o.a. in Tilburg, waar mensen in de GGD-teststraat na hun test ook een zelftest met een uitgebreide instructie mee naar huis krijgen en gevraagd worden om zich nogmaals zelf te testen en het resultaat en de ervaring terug te koppelen naar de onderzoekers. Voorlopige resultaten van deze studie worden in de loop van januari verwacht. Ook wordt bij de pilots clustergericht testen op scholen en bij de pilots voor bedrijven waar de 1,5 meter moeilijk te handhaven is door de aard van het werk gekeken naar de mogelijkheid van begeleide zelfafname. Nadrukkelijke aandachtspunten bij zelftesten zijn de melding

van positieve resultaten en kwaliteit van afname, maar ook afvalverwerking en hygiënemaatregelen.

Op dit moment is de wattenstaaf die diep in de neus en in de keel ingebracht moet worden de gouden standaard voor monsterafname voor de detectie van een besmetting met het SARS-CoV-2 virus. Dit is een redelijk invasieve afnamemethode die door veel mensen als onprettig wordt ervaren. Minder invasieve afnamemethoden kunnen helpen om de ambities op het gebied van frequent en risicogericht testen te realiseren en de testbereidheid bij mensen te vergroten. Bijvoorbeeld in het geval van het testen van kinderen op bijvoorbeeld scholen of bij (begeleide) zelfafname. Op dit moment zijn er naast de ademtest waar uw Kamer al vaker over geïnformeerd is, ook andere minder invasieve en daarmee meer laagdrempeligere afnamemethoden in onderzoek. Het gaat dan bijvoorbeeld om gorgelen, verschillende manieren om speeksel af te nemen, en wattenstaven die minder diep de neus of keel in moeten. Deze afnamen kunnen mogelijk afhankelijk van de doelgroep en setting gecombineerd worden met gevoelige testen zoals de PCR-test of de LAMP-test of andere innovatieve testmethoden zoals massa spectrometrie. Ik blijf de ontwikkelingen van nieuwe testmethoden die minder invasief zijn dan ook nauwlettend in de gaten houden en zal u over de ontwikkeling hierin op de hoogte houden.

Welke testen zijn gevalideerd voor welke setting, en hoe zijn ze verantwoord te gebruiken

Het validatieprogramma nadert voor verschillende type testen haar afronding. Van de LAMP-test en de reguliere PCR heeft het OMT al eerder bepaald dat die beiden erg gevoelig en specifiek zijn en daarmee breed toepasbaar voor mensen met en zonder klachten.

Voor de SpiroNose ademtest geldt dat recentelijk verschillende studies zijn afgerond en dat het OMT op basis daarvan geoordeeld heeft dat deze test een zeer hoge gevoeligheid (voor een negatieve uitslag) heeft voor volwassenen zowel met als zonder klachten. De negatief voorspellende waarde van deze test is dusdanig dat iemand met een negatieve uitslag met een zekerheid grenzende waarschijnlijk niet besmet is. Dit gecombineerd met het minder invasieve karakter van de ademtest, geeft deze test unieke eigenschappen. De fabrikant heeft recentelijk een ontheffingsaanvraag voor de CE-markering bij mijn ministerie ingediend om tijdelijk gebruik op de Nederlandse markt van dit medisch hulpmiddel en daarmee de verdere uitrol op korte termijn mogelijk te maken. Ik heb de IGJ gevraagd mij hierover te adviseren. Ondertussen zijn er 500 ademtesten ingekocht en zal ik er deze week nog eens 1.300 kopen.

Inzet antigeentesten mensen zonder klachten

De afgelopen periode zijn verschillende validatiestudies naar de prestaties van antigeentesten in mensen zonder klachten gestart. Op basis van de eerste wetenschappelijke inzichten heeft het OMT in haar 94e advies geschetst onder welke omstandigheden en in welke settings antigeentesten bij mensen zonder klachten in een *post-lockdown situatie* benut zouden kunnen worden om zo de samenleving op een meer gecontroleerde manier te kunnen openen<sup>11</sup>.

Het OMT geeft daarbij aan dat antigeentesten betrouwbaar gebruikt kunnen worden bij mensen *zonder klachten én zonder bekende blootstelling*, voorwaarde blijft wel dat er duidelijke communicatie is over de

<sup>11</sup> [www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/testen/verschillende-type-testen](http://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/testen/verschillende-type-testen)

betekenis van een negatieve testuitslag en de noodzaak om je bij het ontstaan van klachten opnieuw te laten testen. Daarnaast geldt de antigeen test nog niet voor mensen zonder klachten die wél een bekende blootstelling aan het virus hebben gehad, zoals mensen uit het BCO en de Corona Melder App. Ook geldt dit advies niet voor kwetsbare personen en instellingen waar kwetsbare personen verblijven.

Bij een *positieve testuitslag* dient uiteraard adequaat gehandeld te worden, waarbij de betreffende persoon het testbeleid volgt. Dit betekent dat hij/zij in isolatie gaat en de uitslag in CoronIT geregistreerd wordt zodat ook bron- en contactonderzoek plaatsvindt. Voor mensen met een *negatieve testuitslag* geldt dat zij helder geïnformeerd moeten worden over wat de uitslag precies betekent. Daarbij wordt aandacht gegeven aan de beperkte geldigheid van de uitslag (maximaal 48 uur na afname), dat fout-negatieve uitslagen mogelijk zijn en dat men – als er toch klachten ontstaan – thuis moet blijven en zich opnieuw moet laten testen zoals ook gebruikelijk bij andere testuitslagen

De betrouwbaarheid van antigeentesten maakt ook nieuwe toepassingen mogelijk gericht op het openen van de maatschappij, zodra daar epidemiologisch ruimte voor ontstaat. Zo zou je antigeentesten kunnen gebruiken voor veilige toegang tot het sociale leven: gedurende 48 uur na afname van een test zou je mensen toegang kunnen bieden tot bijvoorbeeld een festival, sport, hobby of horeca (niet zijnde met kwetsbare personen), als onderdeel van een breder protocol of een breder pakket aan voorzorgsmaatregelen. Ook zou het mogelijk zijn om veilig werken op de werkplek weer mogelijk te maken bijvoorbeeld door werknemers op maandag, woensdag en vrijdag te laten testen.

Voor verschillende sectoren zijn plannen van aanpak uitgewerkt en zijn afspraken gemaakt om deze via pilotstudies uit te voeren. Hiermee kan dit beleid in een in een gecontroleerde setting met goede registratie en monitoring branche-gewijs worden uitgerold.

## 2. *Varia testen*

### Regie testketen verder versterkt met convenant

Sinds de zomer heb ik stappen gezet om de regie op en governance van de testketen te versterken. In dat kader is een belangrijke mijlpaal bereikt, namelijk het sluiten en ondertekenen van het convenant met de GGD'en en GGD GHOR Nederland en mijzelf alsmede de Dienst Testen en het RIVM (zie het convenant bijgevoegd als bijlage 12 bij deze brief)<sup>12</sup>. Het doel van dit convenant is tweeledig. In de eerste plaats worden er in dit convenant afspraken gemaakt over de samenwerking tussen het Ministerie van VWS, RIVM, Dienst Testen en GGD over de inkoop van testmaterialen en de toedeling van testcapaciteit. Deze afspraken geven Dienst Testen de mogelijkheid om het testlandschap eenduidig en efficiënt vorm te geven en om GGD'en te ontlasten. Daarnaast worden er in het convenant afspraken gemaakt over de samenwerking van alle partijen binnen de stuurgroep LCT. Daarin is specifiek afgesproken dat de LCT verantwoordelijk is voor de afstemming tussen de verschillende partijen in de verschillende sporen uit de teststrategie zoals gepresenteerd in het Ontwerp Fasering Testen. Middels dit convenant geef ik invulling aan de motie van lid Veldman c.s. betreffende het in één hand brengen van de uitvoering van de verschillende sporen (Kamerstuk 25 295 nr. 661).

<sup>12</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

## Extra capaciteit voor sequenzen van positieve testmonsters

De komst van verschillende nieuwe virusvarianten zoals de Engelse en Zuid-Afrikaanse variant brengt de behoefte met zich mee om veel vaker een volledige genoom analyse te doen van de gevonden virussen. De noodzakelijke extra capaciteit voor dit sequenzen wordt momenteel opgevoerd en de LCT zal mij nog deze maand adviseren over de mogelijkheden daartoe. Verschillende professionele laboratoria in Nederland hebben, naast RIVM en Erasmus UMC, mogelijkheden dit te doen. Tevens maakt deze behoefte het noodzakelijk om de logistiek en bewaartermijnen van positieve antigeentest monsters te wijzigen.

## IT-landschap

In de brief van 24 december jl.<sup>13</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitgevoerde risicoanalyse van het IT-landschap testen en traceren. Hierin werden enkele maatregelen beschreven om de meest acute risico's te mitigeren. Deze week zal de kick-off plaatsvinden van de werkgroep die de follow-up van deze risicoanalyse gaat uitvoeren. In deze werkgroep zijn alle ketenpartners vertegenwoordigd. Het streven is om in februari 2021 nog een eerste schets gereed te hebben van tijdlijnen t.a.v. het verbeterplan op korte termijn. Daarnaast buigt de werkgroep zich ook over een strategie om de keten op lange termijn duurzaam in te richten. Ik ben reeds begonnen met het implementeren van een laagdrempelig incident management proces, in samenwerking met de ketenpartners (GGD, RIVM & Dienst Testen). Het doel van dit proces is om eerder op de hoogte te zijn van incidenten en storingen in de keten, zodat hier sneller en beter op gereageerd kan worden. Ook zal dit proces worden geformaliseerd, zodat voor alle betrokken partijen duidelijke richtlijnen bestaan voor het melden van een incident of verstoring. Door het implementeren en formaliseren van dit proces, zal ik ook tijdiger kunnen communiceren richting Kamer en publiek over eventuele incidenten in de IT-keten. Daarnaast wordt er gewerkt aan het digitaal aanleveren van testresultaten van commerciële teststraten aan de GGD. Tevens wordt op korte termijn nagegaan of de persoonsgegevens bij de overdracht van de monsters naar de analyselaboratoria wel in alle gevallen worden weggelaten, zoals volgens de overeenkomsten de bedoeling is. Overige beheersmaatregelen worden komende weken uitgewerkt door de werkgroep, waarbij sommige zaken spoedig gerealiseerd kunnen worden en andere meer tijd, inspanning en in sommige gevallen nadere betrokkenheid van derden vereisen.

In de stand van zakenbrief van 8 december heb ik uitgeweid over het gebruik van persoonsgegevens in de testketen. Nadien heb ik het signaal ontvangen dat de communicatie tussen de GGD en een aantal laboratoria afwijkt van de eerder beschreven werkwijze. Met het sluiten van het eerder beschreven convenant, is tevens overeengekomen dat Dienst Testen een centrale rol gaat spelen in de contractering van laboratoria die covid-19 diagnostiek uitvoeren. Naast de contractering zal Dienst Testen de verwerkerovereenkomsten met deze laboratoria verder uniformeren. Deze uniformering van overeenkomsten zal leiden tot een uniformering van werkwijze en gegevensuitwisseling. Hiermee worden de risico's in het kader van privacy gemitigeerd.

## Toezicht op testen

IGJ gaat begin 2021 verder met toezichtonderzoek naar de GGD» en, laboratoria en commerciële testlocaties. Op basis van de eerste analyse van toezicht informatie over de commerciële testlocaties, wordt het

<sup>13</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 843



toezicht in deze fase meer gericht op concrete risico's voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. In de eerste bezoekeronde (oktober-december 2020) is geconstateerd dat, daar waar sprake was van grotere organisaties die al in of rondom de zorg werkzaamheden verrichtten, de testwerkzaamheden goed georganiseerd waren. Bij aanbieders die nieuw toe traden tot de zorg, was soms sprake van onbekendheid met regelgeving en waren er nog bepaalde verbeterpunten. Die verbeteringen werden veelal snel in gang gezet. In een enkel geval was de inzet van handhaving noodzakelijk. In algemene zin is de indruk van de inspectie over de commerciële testlocaties dat deze kwalitatief goed zijn. De dynamiek van het testen, met name de ontwikkeling van nieuwe type testmethoden en de inzet daarvan in verschillende settings, vraagt extra aandacht van de IGJ. Een test die gevalideerd is voor gebruik in een teststraat is namelijk niet zonder meer bruikbaar in een andere setting, bijvoorbeeld als zelftest. Daarom zal de IGJ hier de komende periode extra aandacht aan besteden in haar toezicht activiteiten.

### OMT en belangenverklaring

OMT leden hebben zich de afgelopen maanden sterk ingezet voor de Nederlandse samenleving. In deze crisis is duidelijk geworden hoe ontzettend hard we deze kennis van experts uit het veld juist nodig hebben. Het is onvermijdelijk dat een deel van deze medische experts in vrije vestiging werkzaam is. Dit is inherent aan het huidige zorglandschap. Het OMT heeft daarom steeds kritisch gekeken of er sprake is van belangenverstremming van haar leden volgens de «Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremming» en aan haar leden gevraagd deze verklaring in te vullen over de huidige werkring en nevenfuncties en over directe en indirecte belangen die kunnen leiden tot oneigenlijke beïnvloeding. Zo ook bij prof. dr. Kluytmans is door het OMT zijn relatie tot het Amphia Ziekenhuis Breda en ETZ Tilburg bekeken en heeft het OMT vervolgens geoordeeld dat er geen dat er geen sprake is van belangenverstremming<sup>14</sup>. Deze verklaring is gedateerd op oktober 2020. Betreffende de keuzes voor welke antigeentesten gevalideerd zouden worden, heeft deze steeds gelegen bij de Werkgroep antigeen testen, waarvan het voorzitterschap inmiddels bij prof. dr. Koopmans ligt en waar naast prof dr. Kluytmans ook talrijke andere experts deelnemen uit academische centra. Ik sluit mij dan ook aan bij de conclusie van het OMT dat er geen aanwijzingen zijn voor belangenverstremming bij de inzet van prof. dr. Kluytmans in de bestrijding van deze crisis. Hiermee kom ik tegemoet aan de toezegging die ik heb gedaan aan het lid Wilders tijdens het debat van 9 december 2020 (Handelingen II 2020/21, nr. 35, Debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus).

### *3. Bron- en contactonderzoek*

De GGD'en hebben verder opgeschaald, waardoor er nu ongeveer 7.500 fte klaar staat om bron- en contactonderzoek uit te voeren. Hiermee is de capaciteit van GGD GHOR Nederland volledig opgeschaald. De GGD'en kunnen bij ongeveer 4.400 besmettingen per dag elke besmetting opvolgen met volledig BCO. Op dit moment zijn de besmettingen per dag hoger, waardoor het merendeel van de GGD'en op dit moment risico gestuurd BCO uitvoert (dat kan ook een volledig BCO exclusief de monitoringsgesprekken zijn). De GGD'en bevinden zich op dit moment in de volgende fases van BCO:

- 88% van de GGD'en voeren volledig BCO uit of volledig BCO zonder monitoringsgesprekken op dag 5 en dag 10. (22 GGD'en)

<sup>14</sup> <https://www.rivm.nl/documenten/belangenverklaring-j-kluytmans>



- 4% van de GGD'en voeren risicogestuurd BCO uit waarbij alleen de indexen gebeld worden. (1 GGD)
- 8% van de GGD'en voeren risicogestuurd BCO uit waarbij alleen de indexen gebeld worden (2 GGD'en).

Ook wordt er steeds efficiënter gewerkt. Bijvoorbeeld door digitale ondersteuning voor efficiënter gebruik van HP-zone, en de ontwikkeling van de GGD Contact, hierover informeer ik u in het hoofdstuk «*digitale ondersteuning*» onder het kopje «*GGD Contact*»). GGD-regio's met een hogere besmettingsgraad worden ondersteund door BCO-medewerkers uit de landelijke schil en, indien specifieke expertise nodig is (bijvoorbeeld voor uitbraken in VVT-instellingen) door BCO-medewerkers uit GGD-regio's met een lagere besmettingsgraad. Besmettingen met de VK-variant van het virus krijgen bijzondere aandacht in het BCO, voornamelijk in het brononderzoek. Bij indexen met recente reisgeschiedenis binnen de incubatietijd naar de VK of Zuid-Afrika vindt overleg plaats met de medische supervisie. De locaties van deze indexen worden specifiek benoemd. Bij een mogelijke bron van de index met een link naar het buitenland wordt specifiek gevraagd naar de VK en Zuid-Afrika. Indien er een link is naar de VK of Zuid-Afrika wordt dit ook overlegd met de medische supervisie.

#### 4. Feiten en cijfers over testen en traceren de afgelopen 4 weken

**Tabel 1. Feiten en cijfers testen en traceren**

Indicator	Week 51	Week 52	Week 53	Week 1
<i>Omvang</i>				
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen) <sup>1, 2</sup>	552.000 totaal per week 78.805 gemiddeld per dag	498.827 totaal per week 71.261 gemiddeld per dag	437.269 totaal per week 62.467 gemiddeld per dag	410.214 totaal per week 58.602 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD testlocaties <sup>1</sup>	472.000 testen per week 67.402 gemiddeld per dag	410.611 testen per week 58.659 gemiddeld per dag	349.753 testen per week 49.965 gemiddeld per dag	325.024 testen per week 46.432 gemiddeld per dag
Percentage sneltesten van het totaal aantal afgenomen testen	6,9%	9,2%	8%	8,3%
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten <sup>3</sup>	82.340 meldingen bij het RIVM 65.560 positieven uit de GGD-testlocaties. 13,7% positieven in GGD-testlocaties.	67.388 meldingen bij het RIVM 53.398 positieven uit de GGD-testlocaties 13,0% positieven in GGD-testlocaties	56.440 meldingen bij het RIVM 47.743 positieven uit de GGD-testlocaties 13,7% positieven in GGD-testlocaties	49.398 meldingen bij het RIVM 41.600 positieven uit de GGD-testlocaties. 12,8% positieven in GGD-testlocaties.
Aantal en percentage opgestarte en afgeronde BCO <sup>3</sup>	83,5% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 65.167 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	83,4% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 55.938 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	84,4% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 47.074 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	88,8% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 44.595 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen <sup>4, 5</sup>	45,3% (meting 4, 1-7 december)	50,9% (meting 5, 15-21 december)	50,9% (meting 5, 15-21 december)	50,9% (meting 5, 15-21 december)

Indicator	Week 51	Week 52	Week 53	Week 1
<i>Effectiviteit</i>				
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname <sup>1</sup>	15,6 uur	17,1 uur	14,0 uur	14,1 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag <sup>1</sup>	26,3 uur	25,5 uur	21,9 uur	21,3 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraak en testuitslag <sup>1</sup>	41,9 uur	42,6 uur	35,9 uur	35,4 uur
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) <sup>1</sup>	25,1 uur	25,7 uur	23,9 uur	24,7 uur

<sup>1</sup> Bron: CoronIT en LCDK lab-uitvraag (12/01/2021).

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

<sup>3</sup> Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (12/01/2021).

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

<sup>5</sup> De gebruikte bron voor dit percentage is gewijzigd. Was voorheen gedragsonderzoek, is nu trendonderzoek dat elke 3 weken wordt uitgevoerd. Hierdoor kan een actueler cijfer worden gerapporteerd.

## 9. Digitale ondersteuning

### *Ondersteuning oudere iPhone telefoons van CoronaMelder*

Apple heeft een nieuwe update uitgebracht waardoor ook oudere telefoons vanaf iOS 12 ondersteuning zullen bieden voor notificatieapplicaties zoals CoronaMelder. Dit was voorheen niet mogelijk. Het oudste ondersteunde model is tot nu toe de iPhone 6S. Na deze update zullen ook de iPhone 5S uit 2013 en de iPhone 6 uit 2014 ondersteund worden. De aankomende weken worden de benodigde technische aanpassingen voorbereid om CoronaMelder geschikt te maken voor deze telefoons.

### *Informatiebeveiliging en privacybescherming CoronaMelder*

Ook na landelijke introductie van CoronaMelder blijf ik mogelijke risico's voor de informatiebeveiliging en privacybescherming intensief bewaken en onderzoeken. Op mijn verzoek heeft het IT Audit en adviesbureau Noordbeek daarom onderzoek uitgevoerd op deze aspecten van de app. Hiertoe hebben zij onder andere de hardware en backendomgeving beoordeeld. De bevindingen tonen ook nu geen kritieke risico's aan. De constatering en aanbevelingen zoals genoemd in de rapportages (zie bijlage 5 en 6)<sup>15</sup> neem ik waar mogelijk over en worden uitgevoerd.

Omwille van het waarborgen van de randvoorwaarden die ik bij de ontwikkeling van de app heb aangehouden, zoals onder andere de privacy, zal op 20 januari 2021 om 13.37 uur een bug bounty-programma starten om de IT-community uit te dagen mogelijke fouten in de app op te sporen. Details hierover worden in de aankomende week bekend gemaakt op de website coronamelder.nl.

### *Meldpunt Misbruik CoronaMelder*

Op 12 oktober is het Meldpunt Misbruik CoronaMelder van start gegaan bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd waar burgers direct en indirect misbruik van de app op eenvoudige wijze kunnen doen. Vormen van misbruik zijn direct bijv. het vragen naar inzage in de app of het dwingen

<sup>15</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

tot installatie, maar indirect ook het gebruiken van een gezagsverhouding of het bieden van financieel voor- of nadeel bij gebruik van CoronaMelder. Sinds de start van het meldpunt zijn er 9 vragen binnengekomen waarvan één melding van mogelijk misbruik van de CoronaMelder. Deze melding is doorgezet naar de Inspectie SZW.

#### *Doorlopende evaluatie CoronaMelder*

Ruim dertien weken na landelijke introductie is CoronaMelder door ruim 4,4 miljoen (4.439.718) mensen gedownload. In totaal hebben op 11 januari 94.241 positief geteste mensen, samen met de GGD, anderen gewaarschuwd dat zij met iemand in contact zijn geweest die achteraf besmet is gebleken. In mijn brief van 17 november<sup>16</sup> heb ik de eerste onderzoekresultaten met u gedeeld die laten zien dat CoronaMelder meer en sneller mensen bereikt. De aanvullende onderzoeksresultaten die op dit moment vanuit de doorlopende evaluatie beschikbaar zijn, bevestigen deze bevindingen. De resultaten zijn online beschikbaar via coronamelder.nl. CoronaMelder vindt sneller meer mensen, aanvullend op het reguliere bron- en contactonderzoek. Daarnaast laten deze resultaten zien dat er geen grote onvoorziene maatschappelijke effecten zijn opgetreden na introductie van de app op 10 oktober. Hieronder ga ik nader in op deze bevindingen.

#### Beoogde effect: «meer besmette personen vinden»

Sinds 1 december is het ook voor mensen die geen klachten hebben mogelijk om zich te laten testen als zij een notificatie krijgen in de app. De onderzoeksresultaten van december laten zien dat CoronaMelder hiermee mensen vindt die wél besmet zijn, maar die geen klachten hadden op het moment van notificatie. Hiermee komt dus een nieuwe groep besmette personen in beeld, die het virus mogelijk kan verspreiden. In week 49 en week 50 zijn resp. 3,8% en 3,9% van de mensen positief getest zonder dat ze klachten hadden. In week 51, 52, 53 en week 1 bedraagt dit 4,1%, 4,2%, 5,3% en 5,5%. Hiermee zijn sinds 1 december 1303 mensen extra gevonden die besmet bleken.

Een nadere analyse van de gebruikers van de CoronaMelder<sup>17</sup> laat zien dat er verschillen zijn in de mate waarin diverse groepen in de bevolking de app gebruiken. Mensen tussen 55 en 64 jaar, mensen met een hoger inkomen en mensen met een opleiding in het hoger beroepsonderwijs (HBO) of wetenschappelijk onderwijs (WO) gebruiken de app het meest. Vooral onder de groep jongeren tussen 15 en 24 jaar en de groep mensen met alleen basisonderwijs of vmbo wordt CoronaMelder verhoudingsgewijs minder gebruikt. De komende periode wordt in de communicatie- en informatievoorziening over CoronaMelder daarom specifieke aandacht besteed aan deze groepen.

#### Beoogd effect: «sneller besmette personen vinden»

Van de mensen die bij het aanvragen van een test aangaven dat ze een melding van CoronaMelder hadden gehad was tot 27 november 99,8% op het moment van het aanvragen van de test nog niet benaderd door de GGD vanuit het reguliere bron- en contactonderzoek. Dit indiceert dat CoronaMelder tot dat moment inderdaad sneller nauwe contacten bereikt. Vanaf 27 november zijn de data voor het meten van dit effect niet bijgehouden, omdat er aanpassingen in de informatiesystemen van GGD

<sup>16</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 713.

<sup>17</sup> Van der Laan, Van der Waal en De Wit: Eindrapportage CoronaMelder Evaluatie, Survey LISS panel – Wave 1, December 2020, Tilburg University.

GHOR Nederland hebben plaatsgevonden. Naar verwachting is de data vanaf medio januari 2021 weer beschikbaar en wordt de ontwikkeling opgenomen in een volgende brief over de doorlopende evaluatie.

#### Beoogd effect: «mensen beter helpen zich aan de adviezen / voorschriften te houden»

De gegevens uit de vragenlijsten van het LISS panel laten zien in hoeverre gebruikers van CoronaMelder de intentie hebben de verschillende adviezen en voorschriften in de app op te volgen. Van de respondenten met klachten geeft 90,7% aan na een melding in de app te gaan bellen voor een coronatest, 93,2% geeft aan thuis te blijven zolang als geadviseerd, 94,7% geeft aan geen bezoek te ontvangen na een melding en 48,8% geeft aan de huisarts te zullen bellen wanneer zij symptomen hebben die bij een besmetting met het coronavirus passen<sup>18</sup>. Hieruit blijkt dat de gebruikers van de app de door de app gegeven adviezen en voorschriften ook echt op willen volgen. Men ervaart ook nadelen van het gebruik van de app. Iets minder dan een derde van de mensen vindt het een nadeel om thuis te blijven na een notificatie en een kwart ervaart het als een nadeel dat men geen bezoek mag ontvangen na een notificatie. Het is belangrijk dat mensen zich gesteund voelen wanneer zij thuis moeten blijven na een notificatie of na contact met de GGD. Daarom ben ik in mijn vorige brief<sup>19</sup> nader ingegaan op ondersteunende maatregelen die vanuit VWS in samenwerking met onze maatschappelijke partners zijn genomen in het kader van quarantaine.

#### Niet beoogde effecten

Zoals ook eerder aangegeven, zet ik extra in op het onderzoeken van de (negatieve) niet beoogde effecten van CoronaMelder. Informatievoorziening over de app is een belangrijk instrument om zorgen weg te nemen. Op coronamelder.nl wordt daarom aandacht besteed aan vragen en zorgen van burgers. De CoronaMelder Helpdesk is daarnaast ook beschikbaar om burgers te woord te staan. Een groot deel van de vragen die daar binnenkomen gaat over de aard van de notificatie. Zo zijn mensen bijvoorbeeld ongerust wanneer zij een binnengekomen notificatie wegklikken, of willen zij het verschil weten tussen een technische notificatie en een notificatie over een nauw contact met een besmet persoon.

Aanvullend is er onderzoek gedaan naar niet beoogde effecten, zoals «risico compensatie gedrag»<sup>20</sup>, impact op de werkprocessen of werklust van de GGD'en/huisartsenpraktijken en of gebruikers gevoel van dwang en drang of verbod ervaren. De eerste resultaten deel ik graag met uw Kamer zoals ook in mijn eerdere brief<sup>1</sup> toegezegd. Deze onderzoeksresultaten geven aan dat het «risico compensatie gedrag» meevalt. Een overgrote meerderheid van meer dan 90% gelooft niet dat de andere maatregelen niet meer in acht hoeven worden genomen wanneer men CoronaMelder geïnstalleerd heeft. Desalniettemin bleek uit een eerdere studie onder Nederlanders, uitgevoerd voor de landelijke introductie van CoronaMelder, juist wel dat men huiverig is dat (andere) mensen minder voorzichtig worden door de app<sup>21</sup>. Verder laten resultaten zien dat

<sup>18</sup> In de vragenlijst is dit omschreven als «bijvoorbeeld verkoudheid, hoesten, verhoging/koorts, loopneus»

<sup>19</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 771.

<sup>20</sup> Gedrag waarbij app gebruikers zich minder aan overige maatregelen gaan houden wanneer zij eenmaal de app gedownload hebben.

<sup>21</sup> Proszowska, D., Jansen, G., & De Vries, P. (2020). COVID-19 en de «intelligente lockdown» in de ogen van de burgers: Deel 3: Mening over de corona-app

deGGD'en noch de huisartsenpraktijken op dit moment een negatieve impact op hun reguliere werkprocessen ervaren<sup>22</sup>.

Opvallend resultaat is dat twee derde van de mensen die CoronaMelder op dit moment gebruikt zich verplicht voelt de app te gebruiken<sup>2</sup>. De onderzoekers geven aan dat dit mogelijk komt doordat het gebruiken van de app appelleert aan een maatschappelijke verplichting. Acht op de tien gebruikers (77.8%) geeft namelijk aan het eens te zijn met de stelling dat CoronaMelder helpt om mensen met een kwetsbare gezondheid te beschermen. Daarnaast geeft meer dan de helft (51.8%) van de gebruikers aan dat het gebruiken van CoronaMelder je een goede burger maakt. Tenslotte geeft eveneens meer dan de helft (54.5%) van de gebruikers aan dat het gebruiken van CoronaMelder de Nederlandse economie helpt. Elke vorm van drang of dwang is onwenselijk en daarom is het evaluatieteam gevraagd om verdiepend onderzoek uit te voeren om de uitkomsten nader te duiden.

#### Rapportage over cijfers ten aanzien van CoronaMelder

De in deze rapportage genoemde cijfers en de tussentijdse resultaten uit de doorlopende evaluatie zijn ook online beschikbaar via coronamelder.nl. Zo kan, in lijn met de open en transparante wijze waarop CoronaMelder tot stand is gekomen, de voortgang van de evaluatie worden gevolgd. Op deze website zijn wekelijks het aantal downloads en gegevens over het gebruik terug te vinden. Ook de ruwe data uit de verschillende onderzoeken en vragenlijsten en de definitieve onderzoeksrapporten komen hierop beschikbaar.

#### *GGD Contact*

In mijn brief dd. 17 november<sup>1</sup> heb ik u ook geïnformeerd over de ontwikkeling van GGD Contact. Deze digitale oplossing ondersteunt de GGD bij het uitvoeren van bron- en contactonderzoek door het verzamelen en registreren van gegevens te versnellen en vereenvoudigen. Samen met de GGD is gekozen voor een gefaseerde aanpak waarin GGD Contact stap voor stap zal worden ingevoerd, te beginnen met een praktijktest. De eerste praktijktesten zijn reeds gestart in Rotterdam-Rijnmond en West-Brabant. Dat houdt in dat GGD-medewerkers in deze regio's bij het opstarten van het bron- en contactonderzoek de besmette persoon zullen vragen om de GGD Contact-app te gebruiken om de correcte contactgegevens van hun nauwe contacten aan te leveren. Hiermee wordt de kans op fouten in gegevensoverdracht kleiner en kan het vervolgproces sneller in gang worden gezet. De praktijktest biedt de mogelijkheid om eventuele kinderziekten in de digitale oplossing te signaleren en op te lossen. Daarnaast geeft het de ruimte om het werken met GGD Contact te verenigen met de bestaande werkprocessen en medewerkers te trainen in het gebruik. Hiertoe worden onder meer gebruikersondersteuning en e-learning ingezet. Ook is er een aparte helpdesk voor mensen die vragen hebben over het gebruik van de app. De komende tijd zal de praktijktest worden uitgebreid naar nog drie regio's, te weten Gooi en Vechtstreek, Twente en Zuid-Limburg.

#### **10. Quarantaine**

Quarantaine is een essentieel onderdeel van de aanpak tegen de verspreiding van het coronavirus. Uit onderzoek door de gedragsunit van het RIVM blijkt dat de naleving van quarantaine varieert en niet goed is.

<sup>22</sup> E. Metting: Evaluatie CoronaMelder op de processen eerste lijn en GGD, eerste evaluatie, december 2020 Rijksuniversiteit Groningen

## Niet nakomen van Quarantaine

**Tabel 2. Niet nakomen quarantaine**

Bij terugkeer uit een hoog-risicogebied	70,5%
Bij ervaren klachten	68,2%
Als een huisgenoot klachten heeft	53%
Bij een melding van de GGD	41,4%
Indien een huisgenoot positief is getest	34,5%
Indien zelf positief getest	17,8%

Binnen deze groepen bevinden zich veel onbedoelde niet- nalevers, mensen die de quarantainemaatregelen wel willen opvolgen maar niet weten of niet kunnen naleven. Het kabinet concludeert dat verbetering van quarantaine naleving noodzakelijk is en richt zich op het bevorderen van quarantaine van bovenstaande doelgroepen. Mensen die niet weten of niet kunnen naleven, worden ondersteund. Hierbij hanteer ik conform het advies van de RIVM- gedragsunit, een positieve, oplossingsgerichte insteek die passend gedrag bevordert.

Een plan van aanpak over Quarantaine is naar uw Kamer verstuurd als bijlage bij de stand van zakenbrief van 8 december 2020<sup>23</sup>. Via deze brief rapporteer ik over resultaten met betrekking tot quarantaine en welke aanvullende initiatieven voor specifieke doelgroepen worden genomen om naleving te bevorderen.

### 1. Sociale ondersteuning

Een grote groep burgers vindt zelf de weg naar informatie en hulp bij quarantaine en een klein deel (3–5%)<sup>24</sup> heeft actieve hulp nodig. In het telefoongesprek van de GGD met besmette personen en huisgenoten bestaat ruim aandacht voor sociale en praktische dilemma's tijdens quarantaine. In het bescrpt van de GGD staat dat, indien de BCO-medewerker inschat dat iemand psychische hulp nodig heeft, verwezen kan worden naar telefoon- en/of chatlijnen van bijvoorbeeld ANBO, de hulplijn van het Rode Kruis of de Luisterlijn. Mensen krijgen advies over websites van hulporganisaties. In de brief die men vervolgens van de GGD ontvangt, wordt standaard verwezen naar de Quarantainegids en staan specifieke documenten opgenomen zoals de «brochure hulp en steun bij thuisquarantaine». Voor de doelgroepen positief geteste personen, huisgenoten, nauwe contacten en overige contacten bestaan aparte informatiebrieven met eenvoudige taal en afbeeldingen. Hiermee heeft de grootste groep mensen voldoende informatie en ondersteuning. Zoals in de vorige stand van zakenbrief is gemeld, zetten we, in overleg met de GGD en het Rode Kruis, vanaf januari quarantainecoaches specifiek in bij mensen in quarantaine die grote praktische of sociale problemen ervaren bij het thuisblijven. De GGD medewerker schat via de vragen van het bescrpt in dat actieve ondersteuning nodig is en zorgt met toestemming van de burger voor doorgeleiding naar het Rode Kruis die de quarantainecoaches opleidt en inzet. De quarantainecoach belt binnen 24 uur, houdt tijdens de quarantaineperiode meermalen contact en inventariseert de problemen. Dit kan variëren van onvoldoende boodschappen in huis, praktische zaken zoals uitlaten van huisdieren, brengen van kinderen maar ook aanmelden bij een voedselbank of de weg wijzen naar de gemeentelijke regelingen. De quarantainecoach adviseert en regelt ondersteuning. Voor hulp in de nabije omgeving, heeft het Rode Kruis via het netwerk Ready2Help, 85.000 buddy's klaarstaan. Deze buddy's kunnen boodschappen doen maar ook een luisterend oor

<sup>23</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 771

<sup>24</sup> Eerste resultaten uit pilot met Quarantaine coach GGD Amsterdam en VoorElkaar

bieden bij eenzaamheid. Tot 24 december 2020 is via dit netwerk steun geboden bij 2267 hulpvragen voor praktische hulp aan huis zoals boodschappen doen en medicijnen ophalen. Een buddy van Ready2Help kan ook door mensen zelf via de hulplijn van het Rode Kruis worden aangevraagd. De GGD en het Rode kruis selecteren op dit moment de eerste pilotregio's om in de tweede helft van januari te starten met de quarantainecoach.

Om quarantaine naleving te bevorderen is het positief bevorderen van passend gedrag essentieel. Via het Rapid Respons Team lopen op dit moment twee gedragsinterventie pilots voor quarantaine. Ten eerste de bewustwording/voorbereiding op een mogelijke quarantaine via een digitale check. Dit betreft een online interventie waarbij mensen die geen ervaring met quarantaine hebben, een vragenlijst doorlopen. De vragen zijn: «Heeft u voldoende boodschappen in huis voor 10 dagen?», «Wie brengt de kinderen naar school?», «bent u mantelzorger, wie neemt dat over?». De eindscore is het aantal dagen die je zogenaamd vol zou kunnen houden in thuisquarantaine. Het doel van de vragen is om pro actief mensen in de omgeving te vragen taken over te nemen mocht men in quarantaine gaan. Een testpanel beoordeelt nu de vragen, daarna wordt besloten of deze vragenlijst breder kan worden ingezet om quarantaine naleving te bevorderen.

De tweede pilot betreft het geven van een belofte aan jezelf, «commitment» op quarantaine. Gedragsonderzoek wijst uit dat commitment gewenst gedrag bevordert. Dit concept wordt nu getest in de GGD teststraat in Zutphen. In week 52 zijn 10.000 flyers uitgedeeld. Iedereen die een test laat doen krijgt deze flyer bij een folder van de GGD. In de flyer wordt de burger gevraagd een test te doen om de dienstverlening in de teststraat te evalueren, maar ook om een commitment te doen richting een mogelijke quarantaine. Van deze commitment interventie zijn de eerste voorlopige onderzoeksresultaten zichtbaar. Met name onder jongeren lijkt het vooraf geven van een belofte «commitment» om in quarantaine te gaan, positief bij te dragen aan de naleving van quarantaine.

## 2. De Quarantaine Reischeck

Reizen van en naar Nederland is in ieder geval tot 15 maart 2020 strikt beperkt tot noodzakelijke reizen. Voor alle reizigers die terugkeren uit een oranje gebied geldt onverkort het dringende advies om 10 dagen in quarantaine te gaan. Met ingang van 20 januari kan dit verkort worden door 5 dagen na terugkeer te testen. Onderzoek van het RIVM laat zien dat de naleving bij deze groep te wensen over laat. Slechts 27% van hen houdt zich aan de geldende quarantainemaatregelen. Ook nu het reizen zeer beperkt is, is het van het grootste belang dat reizigers dit quarantaineadvies opvolgen. Om de naleving te bevorderen is op 7 januari de «Quarantaine Reischeck» pilot<sup>25</sup> van start gegaan, over deze pilot heb ik uw Kamer in de stand van zakenbrief van 8 december 2020<sup>26</sup> geïnformeerd.

---

<sup>25</sup> Reizentijdenscorona.nl

<sup>26</sup> Kamerstuk, 25 295, nr. 771





De Quarantaine Reischeck is een online hulpmiddel dat reizigers ondersteunt bij het maken van keuzes na hun terugreis naar Nederland in coronatijd. Reizigers krijgen een praktische, digitale checklist waarin verhelderd wordt welke stappen ze moeten zetten bij terugkomst in Nederland. De Quarantaine Reischeck kan steeds worden aangepast aan de actuele beleidsmaatregelen waardoor reizigers altijd op de hoogte zullen zijn van de nieuwste maatregelen. Er is in de afgelopen weken op kleine schaal getest en aangescherpt, nu volgt een praktijkproef die deze week is gericht op een eerste groep van 500 inkomende reizigers. Aan inkomende reizigers wordt in de proef via social media ads gevraagd de Quarantaine Reischeck te gebruiken. Wanneer ze klikken op de online advertentie komen ze terecht op reizentijdenscorona.nl. Op basis van de resultaten van de proef wordt de Reischeck verbeterd en afgerond zodat dit hulpmiddel beschikbaar is voor alle reizigers. De Reischeck komt dan ook in andere talen dan Nederlands beschikbaar voor bredere inzetbaarheid wanneer reizen op termijn ook voor vakantie en familiebezoek weer mogelijk is. Bij de invoering van de Quarantaine Reischeck worden organisaties in de reisbranche intensief betrokken. Er worden nadrukkelijk geen persoons- of andere gegevens opgeslagen.

### 3. Communicatie over quarantaine

De huidige situatie toont dat de naleving van maatregelen in het algemeen en specifiek voor quarantaine verbeterd kan worden. Er is een groot verschil zichtbaar tussen de intentie en het daadwerkelijke gedrag. Daarnaast zijn er mensen die moeite hebben om zich aan de maatregelen en quarantaine regels te houden of niet voldoende begrijpen wat quarantaine inhoudt. Vanuit de verschillende overheden en maatschappelijke partners wordt het belang van quarantaine onderstreept. Er is op allerlei manieren ondersteuning.

Een belangrijke groep die een rol speelt in de naleving van maatregelen is de doelgroep jongeren. De RIVM-gedragsunit adviseert in haar rapportage een positieve insteek te hanteren. Het is dikwijls geen onwil. Jongeren hebben behoefte aan oplossingen en concreet handelingsperspectief, zoals voorbeeld van passend gedrag. De algemene publiekscampagne «Alleen-samen» heeft vanaf december 2020 met radiospotjes, brandend content en onlinevideo's specifiek ingezoomd op het belang van quarantaine. Daarnaast is in december een doelgroep specifieke campagne

gestart over quarantaine voor de groepen jongeren en anderstaligen. Het effect van onderstaande communicatie initiatieven wordt continue gemeten, dit leidt tot aanpassing maar ook tot het continue ontwikkelen van nieuwe initiatieven.

De volgende initiatieven zijn specifiek gericht op jongeren:

- TikTok campagne<sup>27</sup> voor jongeren gedurende twee weken in december 2020. Deze campagne leverde 505.000 views en 1.620 uur kijktijd op.
- Online quarantaine artikelen op platform Cosmopolitan en Vogue (eind december), VICE (eerste week januari live).<sup>28</sup>
- Online Oud en Nieuw festival «Goodbye 2020», dit was een gratis digitaal festival met 250 artiesten. Het festival was online een week beschikbaar en bevorderde het thuisblijven van jongeren. 650.000 jongeren hebben deelgenomen<sup>29</sup>.

Te realiseren in januari 2021:

- Opvolgen van successen van TikTok campagne, ook met inzet van influencers. Naast het opvolgen van het onderwerp quarantaine wordt via TikTok de boodschap verbreed en ook de andere onderwerpen onder de aandacht gebracht, zoals testen, vaccineren en anderhalve meter afstand houden.
- Filters over Quarantaine voor de social media kanalen Facebook, Instagram en Snapchat. AR-filters/lenzen zijn een soort digitale maskers voor social media, waarmee de echte wereld wordt vermengd met de digitale. Dus wanneer je in de camera kijkt zie je jezelf plus een digitale toevoeging in de vorm van een bijvoorbeeld een mondkapje of een testuitslag.
- Ontwikkelen van memes. Memes zijn plaatjes (vaak voorzien van tekst) die gedeeld worden via een website of sociale media omdat het zo herkenbaar of grappig is. Vooral jongeren maken hier veelvuldig gebruik van. De kracht van succesvolle memes ligt in het feit dat deze viral gaan.
- Ontwikkelen van stickers voor WhatsApp, Instagram en Facebook. Stickers bevorderen interactie, bereik en naamsbekendheid. De stickers kunnen het jongeren makkelijker maken om corona maatregelen in het gesprek/dialogoobespreekbaar te maken.
- Inschakelen jongeren-netwerken, zoals BV Jong. De jongeren begeven zich er middenin en kunnen daarom zelf veel aandragen op het gebied van content en ideeën. BV Jong liet al eerder zien dat het concept voor en door jongeren aanslaat.
- Inschakelen organisaties zoals NOC\*NSF. In samenwerking met Team NL zijn we in overleg over het gebruik van rolmodellen voor jongeren om naar jongeren te communiceren. Bijvoorbeeld door topsporters in thuisquarantaine te laten zien.

Communicatie met anderstaligen:

- Steffie producten specifiek voor quarantaine zijn ontwikkeld<sup>30</sup> en geplaatst op een platform voor anderstaligen met links naar WhatsApp-lijnen in 7 talen.

## 11. Vaccins

Woensdag 6 januari werd het startschot gegeven voor de vaccinatiecampagne. In de GGD-regio Hart van Brabant kreeg verpleeghuismedewerker Sanna Elkadiri de eerste vaccinatie. Diezelfde dag zijn ook de eerste

<sup>27</sup> <https://www.tiktok.com/@minvws>

<sup>28</sup> Potentieel verwachte vertoning 7.000 per artikel

<sup>29</sup> <https://www.goodbye2020.nl/>

<sup>30</sup> [www.steffie.nl](http://www.steffie.nl), [www.transcity.biz](http://www.transcity.biz), [www.coronatalen.nl](http://www.coronatalen.nl)

medewerkers uit de directe COVID-zorg in ziekenhuizen gevaccineerd. Ik ben enorm blij dat de vaccinatiecampagne nu echt van start is gegaan. Inmiddels zijn bijna 45.000 zorgmedewerkers gevaccineerd tegen het coronavirus. GGD GHOR Nederland heeft bericht dat in een deel van de regio's nog ruimte is voor zorgmedewerkers van verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen om een afspraak te maken; elders zijn alle tijdslots inmiddels volgeboekt.

Gelukkig is inmiddels ook een tweede vaccin tegen het coronavirus goedgekeurd. Het vaccin van Moderna is op 6 januari toegelaten tot de Europese markt. De Gezondheidsraad heeft over de inzet van dit vaccin geadviseerd. Ik reageer in deze brief op dit advies. Daarnaast ga ik verder in op de stappen die zijn gezet in de vaccinatiestrategie en de daarbij behorende planning, zoals uw Kamer op 5 januari jl. in een aantal aangenomen moties heeft verzocht. Conform de motie van het lid Asscher c.s. (PvdA)<sup>31</sup> zal ik daarbij ook de drie afhankelijkheden betrekken, alsook mogelijke knelpunten in de uitvoering op de verschillende vaccinatielocaties.

### *Leeswijzer*

Achtereenvolgens ga ik in op de aankoop van de vaccins, het advies van de Gezondheidsraad en daarna de uitwerking, strategie en planning. Daarna licht ik de meest recente stappen in de uitvoering van de vaccinatie, centrale registratie en ICT en de communicatie toe. Ik sluit af met de ontwikkelingen in de Caribische delen van het koninkrijk, mede namens de Staatssecretaris van VWS, en de rol van Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bij het toezicht op de COVID-19 vaccinatie. Daarbij geef ik ook invulling aan de toezeggingen die ik in het debat van 5 januari jl. heb gedaan. Tot slot heb ik in de afgelopen dagen diverse verzoeken ontvangen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In deze brief reageer ik, waar mogelijk, op deze verzoeken.

### 1. Aankoop COVID-19 vaccins

In de afgelopen week heeft het proces rond de aankoop van COVID-19 vaccins een nieuwe impuls gekregen: de Europese Commissie en BioNTech/Pfizer hebben een nieuwe overeenkomst gesloten. De EU heeft hiermee het recht bedongen op de afname van nogmaals 200 miljoen doses van het vaccin van BioNTech/Pfizer, met een optie op later nog eens 100 miljoen doses. Ik ben voornemens om van deze eerste 200 miljoen doses, het Nederlandse pro-rata-deel van 7.258.778 doses af te nemen. Mochten landen minder willen afnemen dan hun deel, dan opteer ik vanzelfsprekend voor een groter aantal. Mijn inzet is om zoveel vaccins als mogelijk aan te kopen, zodat we zo snel mogelijk, nog voor deze zomer, de prioritaire doelgroepen conform het advies van de Gezondheidsraad kunnen vaccineren. Deze extra vaccins worden geleverd vanaf het tweede kwartaal van dit jaar.

Deze week heeft het EMA aangegeven dat er onder bepaalde condities, niet vijf maar zes doses van het BioNTech/Pfizer-vaccin veilig uit een flacon gehaald kunnen worden. Dit is goed nieuws, want het versnelt het aantal vaccinaties dat we kunnen uitvoeren. De mogelijkheid hiertoe was overigens al opgenomen in de medische richtlijn van het RIVM. Het is echter nog onduidelijk hoe BioNTech/Pfizer met dit gegeven om zal gaan. Totdat hier meer duidelijkheid over bestaat, zal ik deze mogelijke vergroting van het aantal beschikbare vaccins nog niet meenemen in mijn prognoses voor nieuwe leveringen. Uiteraard zullen in de praktijk wel gewoon meer doses uit een flacon gehaald kunnen worden. Bij de

<sup>31</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 870.

berekeningen van het aantal te vaccineren mensen kunnen de GGD'en hier al wel rekening mee houden.

### *Leveringen Moderna*

Op 11 januari is de eerste levering vaccins van Moderna in Nederland gearriveerd. Vooralsnog gaat het om beperkte hoeveelheden. In de loop van februari zal het leveringsvolume toenemen. In het eerste kwartaal verwacht ik in totaal 400.000 doses. De levering start gefaseerd op met in januari totaal 32.000 doses en in februari 190.000 doses. Verder in de brief ga ik in op de verschillende stappen die genomen moeten worden na goedkeuring en markttoelating. Moderna heeft, net als BioNTech/Pfizer, de EU een aanbieding gedaan om meer vaccins af te nemen. Ik heb ervoor gekozen om niet meer doses van het Moderna-vaccin aan te kopen, aangezien deze vaccins zeer waarschijnlijk pas in het vierde kwartaal beschikbaar komen. Dit draagt niet bij aan mijn inzet om nog deze zomer een zo groot mogelijk deel van tenminste de prioritaire doelgroepen uit het advies van de Gezondheidsraad gevaccineerd te hebben.

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft ook schriftelijke vragen gesteld over de aankoop van extra Moderna-vaccins en het besluit van Nederland om nu geen extra vaccins van deze leverancier aan te schaffen. Zoals eerder met uw Kamer gedeeld heeft Nederland eerder 3,1 miljoen vaccins van Moderna aangekocht vanuit de basisovereenkomst die door de Europese Commissie is gesloten. Daarbovenop ontvangt Nederland nogmaals 3,1 miljoen optionele vaccins. Zoals hierboven aangegeven heeft Moderna de EU-lidstaten een nieuwe aanbieding gedaan voor de afname van nog eens 50 miljoen vaccins in het vierde kwartaal (Q4). Vanwege de late levering van deze vaccins, gaat Nederland niet in op deze aanbieding.

Ik heb er daarbij ook vertrouwen in dat het AstraZeneca-vaccin snel tot de Europese markt zal worden toegelaten. Vandaag heeft het EMA laten weten dat zij de aanvraag voor goedkeuring van het AstraZeneca-vaccin hebben ontvangen. Mogelijk kan een besluit tot toelating eind januari gegeven worden. De gesprekken tussen AstraZeneca en EMA verlopen positief, al moet ik altijd een slag om de arm houden omtrent het eindresultaat. Ook ten aanzien van het vaccin van Janssen zijn de vooruitzichten positief. Van dit vaccin heeft Nederland een deel van het surplus dat andere landen niet hebben afgenomen (3,5 miljoen vaccins) gekocht. Bovendien kies ik er, als eveneens hierboven aangegeven, voor om nu extra optionele doses BioNTech/Pfizer in te kopen. Die overeenkomst voorziet ook in een optie op nog eens 100 miljoen extra vaccins in Q4. Hiermee ben ik van mening dat het nu niet aanschaffen van extra vaccins van Moderna geen toegevoegde waarde heeft. Ten slotte wil ik u erop wijzen dat we binnen de EU hebben afgesproken dat lidstaten geen bilaterale overeenkomsten sluiten voor de levering van vaccins, met producenten waarmee er ook een EU-contract is. Die afspraak geldt ook voor Duitsland en ik ga ervan uit dat zij zich aan deze afspraak houden.

### *Aantallen vaccins*

Afgelopen week zijn in de media vragen gesteld over de aantallen vaccins die in de verschillende kwartalen van dit jaar beschikbaar komen. Ook de vaste commissie VWS van uw Kamer heeft via een e-mailprocedure vragen gesteld over het bericht dat ten minste een miljoen vaccins later zouden komen. Uw Kamer heeft in aanvulling hierop ook verzocht om een

aangepaste visuele weergave van de vaccinatiestrategie. Deze aangepaste weergave (afbeelding 1) is bij deze brief gevoegd<sup>32</sup>.

Zoals eerder met uw Kamer besproken, werk ik met leveringsprognoses. Het betreft hier nadrukkelijk geen beloften of zekerheden, maar verwachtingen op basis van informatie van de fabrikanten en overleg met de Europese Commissie. Momenteel ontvangen wij reeds de eerste vaccins uit de basisovereenkomst met BioNTech/Pfizer. Ik heb u aangegeven dat we vanaf maart ook de eerste doses vanuit de nieuwe overeenkomst, die ik aan het begin van deze paragraaf noemde, gaan ontvangen. Die verwachting heb ik nog steeds. Hierbij is het echter wel van belang dat de nieuwe productiefaciliteiten van Pfizer in Duitsland en Oostenrijk worden goedgekeurd. De verwachtingen hieromtrent zijn positief.

Wanneer de vaccins van Curevac en Sanofi op de markt verschijnen is nog onduidelijk. Tot op heden wordt in de leveringsprognoses gewerkt met de eerste verwachtingen die door de firma's zijn afgegeven. Wat dit exact betekent voor de levering is niet bekend. Met het verstrijken van de tijd wordt het steeds aannemelijker dat de leveringen van deze vaccins later zullen starten.

Al het bovenstaande is verwerkt in onderstaande tabel met leveringsprognoses.

**Tabel Indicatief leveringsoverzicht – week 2 2021 (x 1mln)**

	Dec 2020	1Q 2021	2Q 2021	3Q 2021	4Q 2021	1Q 2022	Totaal
<b>BionTech/Pfizer</b>	0,165	2,7	7,2	6,8	2,6	–	<b>19,5</b>
<b>Moderna</b>	0	0,4	1,36	1,36	3,1	–	<b>6,2</b>
<b>AstraZeneca</b>	0	4,5	5,2	2	–	–	<b>11,7</b>
<b>CureVac</b>	0	0	2,2	2	2,2	2,2	<b>8,6</b>
<b>Janssen</b>	0	0	3	6	2,3	–	<b>11,3</b>
<b>Sanofi</b>	0	0	0	0	5,85	5,85	<b>11,7</b>
<b>Totaal</b>	<b>0,165</b>	<b>7,6</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>69</b>

Dit overzicht is opgesteld op basis van leveringsindicaties van de fabrikanten en informatie op basis van Europees overleg. Het betreft nadrukkelijk verwachtingen, die mede afhankelijk zijn van markttoelating en de productiecapaciteit bij de leveranciers. Dit schema is aan verandering onderhevig en wordt op regelmatige basis bijgesteld. In deze versie zijn alle BioNTech/Pfizer aankopen samengevoegd, inclusief de nieuwe optionele aankoop van januari 2021. De verwachte levering van het CureVac-vaccin wordt, gezien de onzekerheden hieromtrent, nu vanaf eind tweede kwartaal (Q2) ingeboekt. De voortgang van de ontwikkeling van het Sanofi-vaccin is evenzeer ongewis. In deze tabel kies ik daarom voor een mogelijke startlevering in Q4. Samenvattend wordt de verwachte levering van vaccins in Q1 hiermee nu lager ingeschat dan in eerdere overzichten. De verwachte leveringen in Q2 zijn echter aanzienlijk hoger. Hierbij wil ik benadrukken dat tussen een verwachte levering eind maart, of een levering vanaf half april, in praktijk twee weken verschil kan zitten. In de gekozen presentatiewijze lijkt het dan alleen of aantallen een kwartaal doorschuiven. Het werken met prognoses en verwachtingen is noodzakelijk om het vaccinatieproces te kunnen organiseren.

Tot slot kan ik u melden dat de Europese Commissie nog met een vijftal andere leveranciers overlegt over het afsluiten van *Advanced Purchase Agreements*. Op dit moment zijn ten aanzien van deze vaccins nog geen leveringsindicaties te geven.

<sup>32</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

## 2. Advies Gezondheidsraad over de inzet van het Moderna-vaccin

Op 11 januari heeft de Gezondheidsraad het advies «COVID-19-vaccinatie: Moderna-vaccin en de vaccinatiestrategie» gepubliceerd<sup>33</sup>. Uit het advies blijkt dat het vaccin van Moderna goed werkt bij volwassenen, ouderen en medische risicogroepen. Het vaccin wordt in twee doses toegediend en bij alle groepen lag de werkzaamheid ruim boven de 80%. Ook geeft de Gezondheidsraad aan dat het vaccin veilig is; er zijn weinig bijwerkingen. De bijwerkingen die optreden zijn in de regel mild en kortdurend, zoals pijn op de plaats van injectie, hoofdpijn, spierpijn en vermoeidheid. Hoe lang het vaccin bescherming biedt, is nog niet bekend. Dat wordt nog verder onderzocht. De Gezondheidsraad benadrukt dan ook dit vaccin, naast het vaccin van BioNTech/Pfizer, primair en zo snel mogelijk in te zetten voor ouderen vanaf 60 jaar, ongeacht of zij een medische indicatie hebben. De Gezondheidsraad adviseert om hierbij te beginnen met de oudste leeftijdsgroepen, en zo de ziektelast in deze groep te verlagen. Op deze manier wordt de druk op de zorg verminderd, omdat de toestroom van patiënten naar de ziekenhuizen en de thuiszorg afneemt en uitbraken in zorginstellingen worden voorkomen. De Gezondheidsraad benadrukt daarom de nu beschikbare vaccins in te zetten bij ouderen, zowel in instellingen voor langdurige zorg als thuiswonend.

De Gezondheidsraad schrijft dat bij de huidige stand van de epidemie de gekozen hoofdstrategie: «het verminderen van ernstige ziekte en sterfte als gevolg van COVID-19» gehandhaafd moet blijven. Ook geeft de Gezondheidsraad aan dat, binnen de strategie, zoveel mogelijk van de nu beschikbare vaccins gereserveerd moeten worden voor ouderen. Daarbij hanteert de Gezondheidsraad een verdeling waarbij minimaal 90% van de hoeveelheid beschikbare vaccins van BioNTech/Pfizer en Moderna wordt ingezet bij deze groep. De Gezondheidsraad gaat ervan uit dat met de verwachte leveringen van BioNTech/Pfizer en Moderna vrijwel alle mensen van 75 jaar en ouder (zelfstandig wonend of wonend in een zorginstelling) in het eerste kwartaal van 2021 gevaccineerd kunnen worden.

Het is goed nieuws dat ook het vaccin van Moderna een hoge werkzaamheid heeft bij 60-plussers. De ziektelast bij deze groep is immers het grootst. Ik neem dit advies van de Gezondheidsraad daarom over. Dat betekent dat de nu beschikbare mRNA vaccins (BioNTech/Pfizer en Moderna), primair zullen worden ingezet voor de groep 60-plussers. In paragraaf 3 werk ik dit verder uit.

## 3. Uitwerking strategie en planning

De Gezondheidsraad heeft in het advies van 19 november jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 743) aangegeven welke mensen een hoger risico lopen op (ernstige) ziekte als gevolg van het coronavirus. Het gaat om mensen boven de 60 jaar, en mensen uit risicogroepen, die bijvoorbeeld een longziekte hebben of chronische nierinsufficiëntie. De vaccinatiestrategie van het kabinet richt zich daarom op het voorkomen van zoveel mogelijk (ernstige) ziekte en sterfte als gevolg van het coronavirus. Conform de adviezen van de Gezondheidsraad wil ik deze groepen zo snel mogelijk van vaccins voorzien. Zo kunnen we immers zoveel mogelijk gezondheidswinst behalen en de druk op de zorg verminderen. Wel wil ik benadrukken dat ik de vaccinatie van de eerste groep zorgmedewerkers handhaaf. Deze staat, zoals ik eerder heb aangegeven, al volop in de steigers.

---

<sup>33</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)



In deze paragraaf werk ik uit op welke manier we sneller starten met het vaccineren in de volgende groepen:

- Bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking met het vaccin van BioNTech/Pfizer vanaf 18 januari;
- Bewoners van kleinschalige verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een beperking waarbij de huisarts de medische verantwoordelijkheid draagt met het vaccin van Moderna, met ingang van 25 januari;
- Thuiswonende 60-plussers. Zij krijgen zoveel mogelijk het vaccin van BioNTech/Pfizer aangeboden, en indien mogelijk ook het vaccin van AstraZeneca. Dit begint medio februari.

Ten aanzien van deze groepen heeft de vaste commissie VWS mij daarnaast gevraagd om aanvullende informatie over vaccinatie tegen COVID-19 in de gehandicaptensector. Daarbij heeft de commissie aanvullende vragen gesteld over drie specifieke doelgroepen in relatie tot de vaccinatiestrategie:

- Zzp-ers die zorg verlenen aan zeer kwetsbare mensen die zelf met PGB zorg inkopen;
- 60-plussers met medische indicatie.
- Zorgverleners die werken met een Wlz-PGB.

Voor de 60-plussers geldt dat, conform het meest recente advies van de Gezondheidsraad, geprioriteerd wordt op basis van leeftijd, waarbij gestart wordt met de oudste leeftijdsgroep. In aanvulling daarop wil ik laten onderzoeken of er bepaalde medische risicofactoren zijn die binnen deze groep eerder in aanmerking moeten komen. Zorgverleners die zorg verlenen aan pgb-houders vallen binnen de groep zorgmedewerkers in de langdurige zorg. Hier ga ik in onderstaande paragrafen nader op in.

Ook zet ik uiteen op welke manier de vaccinatiestrategie nu is opgebouwd en welke scenario's er zijn om de beschikbare vaccins in te zetten bij bovengenoemde prioritaire doelgroepen en de groepen die daarna komen. Ook andere ontwikkelingen spelen een rol bij de keuzes die gemaakt worden.

#### *Vaccinatie bewoners verpleeghuizen en instellingen gehandicaptenzorg met instellingsarts*

Gelet op het advies van de Gezondheidsraad over de inzet van het BioNTech/Pfizer vaccin (Kamerstuk 25 295, nr. 846) (d.d. 24 december 2020), het gezamenlijk advies van de Gezondheidsraad en het OMT van 4 januari jl., en het advies van de Gezondheidsraad over de inzet van het Moderna-vaccin (d.d. 11 januari 2020), wil ik de vaccins van BioNTech/Pfizer en Moderna zo snel mogelijk inzetten voor 60-plussers. Ik heb in mijn brief van 4 januari jl. en tijdens het plenair debat met uw Kamer op 5 januari jl. aangegeven dat ik het in dit kader belangrijk vind om zo snel mogelijk te starten met het vaccineren van bewoners van verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen voor ouderen, en thuiswonende 60-plussers. Ook uw Kamer heeft dit belang benadrukt met de aangenomen motie van het lid Marijnissen c.s. (SP).<sup>34</sup>

Samen met het RIVM en de betrokken brancheorganisaties (Actiz, Zorgthuis, VGN, Verenso, V&VN en NVAVG) is verkend op welke manier verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking het BioNTech/Pfizer vaccin vervroegd kan worden ingezet. Het RIVM heeft uitgewerkt op welke manier het BioNTech/Pfizer vaccin onder

<sup>34</sup> Kamerstuk nr. 25 295, nr. 856.

bepaalde condities kan worden vervoerd en verstrekt aan deze instellingen. Ziekenhuisapotheken die reeds hebben meegedraaid bij de vaccinatie van ziekenhuispersoneel zullen hierbij ondersteunen. Vanaf 18 januari wordt bij 12 verschillende instellingen<sup>35</sup> met meerdere locaties gestart met het toedienen van de eerste vaccins voor deze kwetsbare groepen. Het gaat om locaties die een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten (AVG) als behandelend arts hebben (dus geen huisarts) en een medisch dossier in de instelling (dus: niet vallend onder de reguliere huisartsenpraktijk buiten de instelling). In de gehandicaptenzorg komt het vaak voor dat de huisarts de medische basiszorg verleent in de verlengde arm van de AVG. Het is een voornaam leerpunt bij deze vervroegde start hoe de samenwerking bij de vaccinatie wordt ingericht. In de week van 18 januari worden naar verwachting 15.000 bewoners gevaccineerd. De (beperkte) groep van medewerkers die de vaccinatie op locatie toedienen, kunnen ook zelf gevaccineerd worden met hetzelfde type vaccin.

Na deze vroegere start komen de bewoners van andere instellingen spoedig aan bod; het gaat dan om circa 140.000 bewoners in tweemaal drie weken. Hiermee geef ik invulling aan de toezegging die ik tijdens het plenair debat van 5 januari jl. heb gedaan aan het lid Wilders (PVV) om op zo kort mogelijke termijn het BioNTech/Pfizer vaccin beschikbaar te stellen voor de bewoners van verpleeghuizen.

*Vaccinatie bewoners kleinschalige woonvormen en instellingen gehandicaptenzorg zonder behandelend arts verbonden aan de instelling*

Zoals hierboven beschreven ga ik het BioNTech/Pfizer vaccin inzetten voor de grotere locaties die een specialist ouderengeneeskunde of AVG als behandelend arts hebben (dus geen huisarts). Hierdoor komt het vaccin van Moderna beschikbaar voor andere groepen. Zoals eerder in deze brief aangegeven komen de leveringen van Moderna gefaseerd op gang in januari met enkele tienduizenden vaccins. In februari volgen er leveringen tot een totaal van 400.000 doses in het eerste kwartaal. Ik zou deze vaccins graag met voorrang willen benutten voor bewoners van instellingen voor wie de huisarts de medische verantwoordelijkheid draagt. De huisartsen hebben aangegeven graag te willen starten met het vaccineren van deze groepen. Met de eerste doses kunnen in januari en februari 77.000 mensen worden gevaccineerd. Het RIVM is in dit kader in overleg met de genoemde instellingen en de huisartsen om de vaccinatiecampagne voor deze groepen goed te laten verlopen. Het vaccin van Moderna kent evenwel ook beperkingen qua inzetbaarheid, vanwege het aantal doses in een flacon en de logistieke eigenschappen. Het vaccin komt in aantallen van 10 x 10 flacons. Uit één flacon kunnen tien doses gehaald worden. Daarnaast mag het vaccin na ontdooiing nog slechts éénmaal vervoerd worden. Voordeel is wel dat het vaccin ontdooid tot een maand houdbaar is.

Het RIVM heeft in samenspraak met de betrokken partijen onderzocht hoe we het vaccin, gegeven deze kenmerken, kunnen inzetten bij de kleinschalige woonvormen en de instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. De meest voor de hand liggende route hierbij lijkt vaccinatie van deze groepen via de huisartsenpost. Daarmee kan vanaf 25 januari gestart worden in enkele instellingen, omdat de leveringen in het begin nog beperkt zijn.

<sup>35</sup> De volgende instellingen zijn op grond van praktische overwegingen en gegeven de omvang van de beschikbare leveringen criteria benaderd en hebben aangegeven graag mee te doen: Alliade, Amarant, Brabant Zorg, Carint Reggeland, Cordaan 's Heeren Loo, Ipse de Bruggen, Middin, Ons Tweede Thuis, Opella, TanteLouise en Zorgbalans. Er zijn veel meer instellingen die willen meedoen. De inzet is om een spoedig vervolg te geven aan deze start.

In de brief van 4 januari (Kamerstuk 25 295, nr. 851) heb ik gemeld dat ik het belangrijk vind dat de huisartsen zelf (en de zorg verlenende medewerkers uit hun praktijk) snel de mogelijkheid krijgen om zich te laten vaccineren, waarbij de uitvoering zo goed mogelijk aansluit bij hun specifieke situatie. Om die reden bieden we de huisartsen en hun assistenten, die de bewoners van kleinschalige woonvormen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking vaccineren, de mogelijkheid om ook zichzelf te vaccineren vanuit de levering die zij bij deze groepen zullen toedienen.

*Vaccinatie van de daaropvolgende groepen: verschillende scenario's*

Op basis van het Gezondheidsraadadvies is het doel 60-plussers, ongeacht hun medische indicatie zoveel als mogelijk als eerste te vaccineren met de beschikbare mRNA vaccins. Daarbij zijn wij afhankelijk van de levering van de vaccins. Zoals hierboven toegelicht is gestart met het vaccineren van de zorgmedewerkers in verpleeghuizen met het vaccin van BioNTech/Pfizer. Volgende leveringen van dit vaccin worden ingezet voor bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast wil ik het BioNTech/Pfizer vaccin beschikbaar stellen voor thuiswonende 60-plussers die naar de vaccinatie-locaties van de GGD'en kunnen komen. Thuiswonenden die niet mobiel zijn krijgen het vaccin van Moderna aangeboden.

Hieronder ga ik in op de uitwerking van de andere groepen en welke rol de vaccins die nog worden verwacht daarbij spelen.

i. Thuiswonende 60-plussers

De 60-plussers die naar de vaccinatie-locaties van de GGD'en kunnen komen, wil ik het vaccin van BioNTech/Pfizer aanbieden. Daarbij wordt gestart met de oudste leeftijdsgroepen en niet apart geprioriteerd op basis van medische indicatie. Vanwege de omvang van de leveringen van BioNTech/Pfizer, kan het enige tijd duren voordat de hele groep thuiswonende 60-plussers is gevaccineerd. Indien men niet in staat is om naar de GGD te komen, kan contact opgenomen worden met de huisarts voor een vaccinatie. Voor deze niet-mobiele groep thuiswonende 60-plussers is het voornemen dat zij het vaccin van Moderna ontvangen. De verwachting is dat hiermee medio februari kan worden gestart.

De Gezondheidsraad heeft mij geadviseerd deze groep zo snel mogelijk van een vaccin te voorzien. Daarom wil ik – parallel aan de inzet van de mRNA vaccins van BioNTech/Pfizer en Moderna – ook het AstraZeneca-vaccin beschikbaar stellen voor thuiswonende 60-plussers. Mogelijk kan de huisarts ook een rol spelen bij de inzet van dit vaccin. Op die manier komen ook thuiswonende 60-plussers sneller in aanmerking voor vaccinatie en is deze groep sneller gevaccineerd. Over de precieze verdeling tussen GGD'en en huisartsen in dit scenario vindt nog nader overleg plaats. Twee overwegingen spelen bij de inzet van het vaccin van AstraZeneca voor thuiswonende ouderen een belangrijke rol:

- Het vaccin dient ook in voldoende mate beschikbaar te blijven voor zorgmedewerkers in de verpleeghuizen die nog geen vaccinatie hebben ontvangen, en de zorgmedewerkers in de gehandicaptenzorg, en vervolgens wijkverpleging/Wmo-ondersteuning. Dit is inclusief zorgverleners die zorg verlenen aan PGB-houders. Ook voor de zorgmedewerkers van de intramurale GGZ en de bewoners die in deze instellingen verblijven worden vaccins van AstraZeneca gereserveerd.
- Daarnaast dient ook voldoende vaccin beschikbaar te zijn voor de doelgroep mensen van 18–60 jaar met een medische indicatie.

Vanzelfsprekend speelt het advies van de Gezondheidsraad over de inzet van het AstraZeneca-vaccin daarbij een belangrijke rol. Ik verwacht dit advies kort na het besluit van het EMA, eind januari. Daarmee zou eventueel half februari gestart kunnen worden de inzet van AstraZeneca bij thuiswonende ouderen, via de huisarts. Vooruitlopend hierop starten het RIVM, GGD'en en huisartsen al wel met de voorbereidingen voor dit scenario.

Voor alle vaccinerende zorgverleners geldt de mogelijkheid, dat wanneer zij gaan starten met vaccineren, zij ook zichzelf kunnen vaccineren vanuit de levering die zij bij deze groepen zullen toedienen. Dat geldt dus ook voor de huisartsen.

#### ii. Vaccinatie mensen 18–60 jaar met een medische indicatie

Ook de mensen van 18–60 jaar met een medische indicatie komen in aanmerking voor vaccinatie via de huisarts. Zij krijgen daarbij het vaccin van AstraZeneca aangeboden, mits dit door de Gezondheidsraad veilig en effectief wordt bevonden voor deze groep. Naar verwachting kan met deze groep worden gestart vanaf half februari. Op basis van de ons laatst bekende leveringsschema's worden tegen die tijd grote aantallen verwacht.

De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) heeft er afgelopen week voor gepleit dat mensen die minder dan vijf jaar geleden de diagnose kanker kregen prioriteit krijgen binnen de vaccinatiestrategie. Het lid Diertens (D66) heeft mij namens de vaste commissie VWS verzocht om te reageren op dit bericht en daarbij in te gaan op de vraag of kankerpatiënten expliciet benoemd kunnen worden als mensen met een medische indicatie en of ik kan garanderen dat ook kankerpatiënten ouder dan 60 jaar eenzelfde prioriteit krijgen.

De Gezondheidsraad heeft in zijn advies van 19 november jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 743) enkele medische risicogroepen gedefinieerd.<sup>36</sup> Er wordt nog verkend of een nadere invulling nodig is en of dit uitvoerbaar is. De huisarts kan daarnaast op basis van persoonlijke medische achtergrond wegen of sprake is van een medische indicatie voor COVID-19 vaccinatie. Ik zal uw Kamer, zodra hier meer informatie over beschikbaar is, aanvullend informeren over de medische risicogroepen.

#### iii. Vaccinatie medewerkers langdurige zorg

De GGD'en zijn inmiddels gestart met het vaccineren van zorgmedewerkers uit de verpleeghuizen (ruim 400.000 afspraken voor de 1e en 2e vaccinatie van ruim 200.000 medewerkers). In een aantal regio's waren de beschikbaar gestelde *timeslots* snel volgeboekt; in andere regio's was nog capaciteit. Een deel van die capaciteit is overgeheveld naar de volgeboekte regio's.

Gegeven de leveringsschema's zijn er geen gratis keuzes. Het eerder benutten van de leveringen van BioNTech/Pfizer vaccins voor de bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking heeft consequenties voor de wijze waarop een deel van de medewerkers in de langdurige zorg worden gevaccineerd. Dat

---

<sup>36</sup> Het gaat om patiënten met afwijkingen en functiestoornissen van de luchtwegen en longen, met een chronische stoornis van de hartfunctie, diabetes mellitus, chronische nierinsufficiëntie (dialyse en niertransplantatie-patiënten) en patiënten met een afweerstoornis of die behandeld worden met immunosuppressiva leidend tot verminderde weerstand tegen luchtweginfecties.

betekent dat de zorgmedewerkers van de gehandicaptenzorg<sup>37</sup>, wijkverpleging en bepaalde onderdelen van Wmo-ondersteuning vanaf februari het vaccin van AstraZeneca krijgen aangeboden. Dat geldt ook voor zorgmedewerkers van verpleeghuizen die niet eerder terecht konden, inclusief de ruim 4.000 zorgmedewerkers binnen de revalidatiezorg die nog aan deze groep zijn toegevoegd. Hetzelfde geldt voor zorgverleners die zorg verlenen aan pgb-houders. Deze zorgverleners waren nog niet meegenomen in de berekeningen. Om die reden zijn er in totaal 118.000 zorgmedewerkers extra toegevoegd. Bij de medewerkers gehandicaptenzorg gaat het om in totaal 80.000 personen, die deels ook in de verpleeghuizen werken. Bij de medewerkers wijkverpleging en Wmo-ondersteuning gaat het om respectievelijk 20.000 en 18.000 zorgmedewerkers.

Voor een deel van de medewerkers van de gehandicaptenzorg, wijkverpleging en Wmo-ondersteuning is de start afhankelijk van de toelating en levering van het AstraZeneca-vaccin. We bereiden ons erop voor dat dit in de week van 8 februari zal zijn. Dit is ook te zien in bijgevoegde visuele weergave van de vaccinatiestrategie. Voor een groot deel van de groep zal de vaccinatie naar verwachting op een vergelijkbaar moment zijn en voor een derde groep zal de vaccinatie eerder plaatsvinden dan vorige week aangegeven. Voor de gehele groep is de vaccinatie eerder afgerond. Ik verwacht alle zorgmedewerkers van de verpleeghuizen nog in januari en februari voor de eerste keer te kunnen vaccineren. Dit aantal was in totaal 269.000 personen.

De intramurale GGZ-medewerkers, bestaande uit zorgmedewerkers in intramurale settingen en zorgmedewerkers van crisisdiensten, die met voorrang in aanmerking komen voor vaccinatie worden naar verwachting in de week van 8 februari met het vaccin van AstraZeneca gevaccineerd. Op het moment dat zij aan de beurt zijn, worden zij opgeroepen via een brief.

#### iv. Groep 18–60 jaar zonder medische indicatie

Op basis van het Gezondheidsraadadvies is het doel de kwetsbare groep zoveel als mogelijk als eerste te vaccineren. De mensen van 18 tot 60 jaar zonder medische indicatie zullen zoals in de brief van 4 januari aangegeven, een door zowel de huisartsen als de GGD'en worden gevaccineerd. Voor de vaccinatie van deze groep zijn we afhankelijk van de goedkeuring en toelating van het vaccin van AstraZeneca. Op basis van de berichtgeving van het EMA heb ik goede hoop dat het vaccin eind januari zal worden toegelaten en de leveringen vervolgens snel beschikbaar komen. Indachtig het advies van de Gezondheidsraad wordt gestart met de oudste leeftijdsgroep.

#### v. Andere groepen in de samenleving

De afgelopen weken heb ik veel berichten ontvangen van diverse zorgkoepels en andere organisaties van mensen die in het hart van onze samenleving werkzaam zijn. Ik begrijp hieruit dat er nog veel vragen zijn over de vaccinatiestrategie. Natuurlijk begrijp ik ook dat iedereen zo snel mogelijk gevaccineerd wil worden. Ook ben ik me ervan bewust dat er veel verschillende groepen zijn die een belangrijke functie vervullen binnen de maatschappij. Vanwege de beperkt beschikbare hoeveelheid vaccins heeft het kabinet echter keuzes moeten maken in de volgorde waarin mensen gevaccineerd kunnen worden. Dat betekent niet dat deze

<sup>37</sup> Zorgmedewerkers in de gehandicaptenzorg die zorg en ondersteuning leveren in instellingen (jeugd en volwassenen), bij cliënten thuis of tijdens dagbesteding (activiteitenbegeleiding)

groepen niet zijn opgenomen in de strategie. Medewerkers van vitale sectoren worden in de eerste instantie op basis van hun persoonlijke medische achtergrond uitgenodigd.

Op basis van de verwachte leveringen van vaccins ga ik er nu vanuit dat iedereen in Nederland die daarvoor in aanmerking komt aan het eind van kwartaal drie een uitnodiging heeft gehad voor vaccinatie.

#### *Tijdljn en keuzes in de strategie*

In mijn brief van 4 januari heb ik toegelicht hoe de vaccinatiestrategie verder wordt uitgewerkt en welke keuzes daarbij zijn gemaakt. Naar aanleiding hiervan heeft het lid Klaver (GroenLinks) mij gevraagd welke stappen in dit kader sinds 24 december zijn gezet om zo snel mogelijk te starten met vaccineren. Zoals besproken met uw Kamer voeg ik bij deze brief een deel van het stenografisch verslag van het debat op 5 januari jl. wat inzicht biedt in de stappen die gezet zijn (zie bijgevoegde tijdljn en stenografisch verslag)<sup>38</sup>. Ten aanzien van het stenografisch verslag merk ik overigens aanvullend op, dat op 22 oktober met de logistieke dienstverlener de optie van *re-icing* (ofwel droogijsvervoer) is verkend met transport bij  $-70^{\circ}\text{C}$  naar de uitvoerenden én het alternatief van ontdooid transport. Het contact met Pfizer eind november bestond uit zowel mailcontact op 25 november, als een gesprek op 27 november over de mogelijkheden rond kleinere verpakkingen. In aanvulling op hetgeen tijdens dit debat gewisseld is, heb ik een overzicht bijgevoegd, waarbij ik opmerk dat een deel van deze zaken reeds in de brief van 4 januari jl. met uw Kamer is gedeeld. Hiermee kom ik ook tegemoet aan het verzoek van de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport om, waar mogelijk, aan te geven wanneer specifieke informatie over het vaccin van BioNTech/Pfizer beschikbaar kwam en wanneer keuzes zijn gemaakt in de uitvoering van de hoofdroute.

De stappen die hierboven en in de bijlage zijn benoemd, leiden tot aanpassingen in de visuele weergave van de vaccinatiestrategie die ik uw Kamer eerder ter beschikking heb gesteld (d.d. 4 januari 2021). Om die reden stuur ik een nieuwe versie mee met deze brief.

#### 4. Uitvoering

Er is goed gehoor gegeven aan de eerste oproep voor de vaccinatiecampagne. Inmiddels wordt er op zes GGD-locaties gevaccineerd. Sinds vrijdag 8 januari zijn ook de GGD-locaties in Houten en Rotterdam open. Gisteren, 11 januari volgden de locaties Amsterdam, Drenthe en Den Haag. Met ingang van 15 januari zijn alle 25 GGD-vaccinatielocaties in het land geopend voor het toedienen van de vaccinaties. In de komende weken krijgen de zorgmedewerkers die een afspraak hebben gemaakt hun eerste prik met het BioNTech/Pfizer-vaccin. Er hebben zich tot nu toe geen problemen voorgedaan, noch bij het maken van de afspraken, noch bij het vaccineren. Wel is het callcenter korte tijd moeilijk bereikbaar geweest, maar binnen een week heeft het callcenter al voor 185.000 medewerkers in de langdurige zorg afspraken gepland. GGD GHOR geeft aan dat de wachttijden over het algemeen te overzien waren.

#### *Uitvoering acute zorg*

Ook de vaccinaties van zorgmedewerkers in de acute zorg verloopt voorspoedig. Nagenoeg alle zorgmedewerkers van de COVID-bedden (klinisch en IC), de spoedeisende hulp, en de ambulances voor de

<sup>38</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)



COVID-zorg zijn afgelopen week gevaccineerd. Deze week zullen degenen die nog niet gevaccineerd zijn volgen.  
In totaal zijn afgelopen week meer dan 38.000 mensen gevaccineerd.

### *Volgorde van uitnodigen*

De vaste commissie voor VWS heeft mij op 12 januari verzocht te reageren op een bericht over het feit dat ook personeel dat daar nog niet voor in aanmerking komt is gevaccineerd. In reactie op dit verzoek ga ik graag nader in op de volgorde van uitnodigen.

In de vaccinatiestrategie van 20 november jl. en aanvullende brieven aan uw Kamer (8, 21, 24 december jl. en 4 januari jl.) heb ik (Kamerstuk 25 295, nr. 745) vaccinatiestrategie toegelicht. Op basis van deze strategie zijn de medewerkers van verpleeghuizen en medewerkers van de acute COVID-19-zorg nu als eerste uitgenodigd. Het gaat in de verpleeghuiszorg om alle zorgmedewerkers van 18 jaar en ouder die direct contact hebben met cliënten, inclusief stagiaires, leerlingen, ZZP'ers en uitzendkrachten. Aansluitend zijn de zorgmedewerkers van de gehandicaptenzorg en de wijkverpleging en Wmo-ondersteuning aan de beurt. De werkgevers nodigen daarbij de individuele zorgmedewerkers uit. De brieven hierover zijn in nauw overleg met de koepelorganisaties in de langdurige zorg opgesteld. Ook is daarbij een duidelijke instructie gegeven over de volgorde waarin zorgpersoneel opgeroepen mag worden voor de vaccinatie en om welk personeel het gaat. Dit is tevens vastgelegd in de zogenaamde «werkwijze vaccinatie zorgmedewerkers» die aan alle uitvoeringspartijen van de zorgmedewerkers is verzonden. In deze werkwijze is een formele «go» door GGD/GHOR en RIVM afgesproken voordat een nieuwe groep uitgenodigd kan worden. Zodoende wachten de werkgevers in de gehandicaptenzorg en thuiszorg heel duidelijk op een signaal dat zij de uitnodigingen mogen versturen.

Meestal gaat dit gelukkig goed. Helaas blijkt uit berichten in de media dat er ook zorgmedewerkers zijn uitgenodigd en gevaccineerd die niet tot deze allereerste groepen behoren. Dit is uiteraard niet de bedoeling omdat dit ten koste kan gaan van zorgmedewerkers die als eerste aan de beurt zijn, werkgevers hebben daarin een belangrijke verantwoordelijkheid. Er wordt in berichten verwezen naar mijn Kamerbrief van 4 januari jl., meer in het bijzonder de passage: «Vanaf vandaag, 4 januari, kunnen zorgmedewerkers in de verpleeg(huis)zorg, gehandicaptenzorg, en medewerkers in de wijkverpleging en Wmo-ondersteuning bellen met het GGD-callcenter om een afspraak te maken voor hun COVID-19 vaccinatie. Zij ontvangen hiervoor vanuit hun werkgever een brief.» Daarbij is de brief van de werkgever bepalend. Het RIVM communiceerde deze standaard uitnodigingsbrief al eerder via de koepels met werkgevers. De werkgevers zijn daarbij nadrukkelijk gevraagd om zich aan de afgesproken volgorde te houden en nu alleen de zorgmedewerkers uit de verpleeghuiszorg met direct cliëntcontact een uitnodigingsbrief te sturen.

De brancheverenigingen ActiZ en ZorgthuisNL hebben ook alleen de leden met verpleeghuiszorg en kleinschalige woonvormen gevraagd hun zorgmedewerkers uit te nodigen. De branchevereniging VGN heeft aan hun leden meerdere keren duidelijk aangegeven dat met uitnodigen van de medewerkers gewacht moet worden op een formeel signaal vanuit GGD GHOR Nederland en het RIVM. Ook in de uitnodigingsbrief aan de medewerkers zelf is de volgorde onder de groepen benadrukt. Bovendien is het telefoonnummer voor het maken van de afspraak alleen via deze uitnodigingsbrief bekendgemaakt, waarbij het callcenter ook vraagt naar deze specifiek op naam gestelde uitnodigingsbrief.

Op de priklocatie wordt gecontroleerd of iemand in aanmerking komt voor de daadwerkelijke vaccinatie, via het tonen van deze persoonlijke brief op briefpapier van de zorginstelling/werkgever, gecombineerd met een controle van een identiteitsbewijs.

Graag benadruk ik dat we zeer hechten aan een spoedige, zorgvuldige vaccinatieoperatie. Daarbij heeft iedere betrokken partij – in dit geval zeker de werkgevers – een belangrijke rol om dit tot een succes te maken. Soms vraagt dat geduld en solidariteit om samen zo snel mogelijk de grootste gezondheidswinst te kunnen realiseren. Daarom vraag ik werkgevers hun de zorgmedewerkers die niet tot deze groep horen te verzoeken hun afspraak bij de GGD te annuleren, zodat er ruimte komt voor de groep zorgmedewerkers voor wie de eerste vaccinatie rond bedoeld is.

#### *Vaccinatie bewoners van instellingen via de behandelend arts verbonden aan de instelling*

Deze week zullen de cliënten van de eerste grotere zorginstellingen worden uitgenodigd die een specialist ouderengeneeskunde of AVG als behandelend arts hebben (dus geen huisarts) en een medisch dossier in de instelling worden uitgenodigd voor vaccinatie. Omdat in de instellingen veelal mensen verblijven die niet meer zelf een keuze voor een vaccinatie kunnen maken, moet tijdig toestemming worden gevraagd aan de wettelijke vertegenwoordiger (meestal familie van de cliënt). Het is voorstelbaar dat niet van alle cliënten tijdig toestemming wordt verkregen of dat een deel van de cliënten nog niet in aanmerking komt voor vaccinatie (bijvoorbeeld omdat zij ziek zijn of nog te recent hersteld). Voor deze groep cliënten komt een tweede mogelijkheid. In totaal kunnen locaties die meedoen aan de eerdere start drie keer bestellen. De eerste keer is nu, voor de eerdere start. De tweede keer is op het moment dat voor alle cliënten van deze groep besteld kan worden. Daarvoor is per 15 januari de bestel-app gereed. De derde keer tenslotte is een «veegactie» ten behoeve van bewoners die eerder niet konden deelnemen.

Na levering van de vaccins en de spuiten/naalden zullen de instellingen in het algemeen een grote groep bewoners op eenzelfde dag gaan vaccineren. De instellingen staan klaar om deze taak voortvarend op te pakken. Uiteraard is het zaak om te voorkomen dat vaccins die overblijven niet onbenut blijven. Daarom wordt bij de levering (door het ompakken) zo veel mogelijk aangesloten op aantallen die de instellingen bestellen. Mocht daarbij een aantal doses overblijven dan kunnen deze (analoog aan de ziekenhuizen) naar beste inzicht in worden gezet. Ik ben de ziekenhuis-apotheken erkentelijk voor de ondersteunende rol die ze op zich nemen bij de start van dit vaccinatieproces.

#### *Vaccinatie Moderna kleinschalige woonvormen voor ouderen en bewoners van instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking*

Met de eerste leveringen van het Moderna-vaccin is de verwachting dat elke huisarts maar een beperkte hoeveelheid vaccin krijgt. Voor dat aantal kan de huisarts dan uitnodigingen verzorgen. De huisarts stemt de uitnodiging en de periode van vaccinatie af met de locatie waar de cliënten wonen. Dat uitnodigen doet de huisarts in principe vanuit de daarvoor aangepaste Huisartsen Informatiesystemen (HIS) die vanaf 15 januari gereed zijn. Het lijkt erop dat dit voor deze eerste kleine groep ook via een bypass zal kunnen. Een belangrijke factor hierbij is dat bewoners of hun wettelijk vertegenwoordiger toestemming voor registratie moeten geven. Dit proces is anders dan bij de griepvaccinatie en kost enige tijd. De bestelapp is vanaf 15 januari gereed. Alle huisartsen

moeten daarin bestellen, zodat RIVM weet aan welke huisarts geleverd moet worden op welke dag. Dit is om te voorkomen dat onbevoegden straks vaccins krijgen. De vervroegde start van dit traject is 25 januari.

### *Vervoer*

Voor de thuiswonende ouderen geldt dat zij voor een deel bij de GGD worden uitgenodigd voor vaccinatie. Het is van belang dat zoveel mogelijk mensen uit deze groep via de GGD gevaccineerd kunnen worden. Een deel van deze grote groep 60-plussers zal echter niet in staat zijn om zelf naar de GGD-locatie te gaan of zich laten te brengen. Zoals ik in mijn brief van 4 januari al aangaf, zal ik ervoor zorgen dat vervoersmogelijkheden worden aangeboden zodat een zo groot mogelijk deel van de thuiswonende 60-plussers die daartoe in staat zijn naar de GGD-locaties kunnen komen.

### *Inzet personeel*

Ten slotte is in het debat ook meermalen verzocht om een goede voorbereiding van de vaccinaties en ervoor te zorgen dat er voldoende personeel (prikkers en ondersteunend personeel) beschikbaar, ook zodra meerdere vaccins beschikbaar zijn en aanvullende doelgroepen gevaccineerd kunnen worden. In het huidige kwartaal worden hier geen knelpunten voorzien. Het is goed om te zien dat zich veel partijen melden om te helpen bij het vaccineren.

Ik heb de GGD'en en het RIVM gevraagd een goede inschatting te maken van de benodigde capaciteit voor de gehele vaccinatieperiode, uitgaande van spoedige toelatingen en leveringen van de andere vaccins.

## 5. Centrale registratie en ICT

In mijn brief van 4 januari jl. ben ik uitgebreid ingegaan op het onderwerp centrale registratie en ICT. In het plenaire debat op 5 januari is hierover ook gesproken. Ik kan inmiddels melden dat het COVID-19 vaccinatie informatie- en monitoringsysteem (CIMS) donderdag 7 januari live is gegaan. De laatste veiligheidschecks zijn gedaan en zodanig opgelost of van maatregelen voorzien dat de nog resterende informatiebeveiligingsrisico's in voldoende mate gemitigeerd zijn om geaccepteerd te kunnen worden. Het RIVM heeft een proces ingericht voor het beheer en doorontwikkelen van het landelijk register en het nemen van eventuele aanvullende informatiebeveiligingsmaatregelen. Ik heb het RIVM gevraagd mij op de hoogte te houden van de voortgang. Bij het vaccineren van de medewerkers in de acute zorg, is in de ziekenhuizen de invoerapplicatie in gebruik genomen die ik die in mijn vorige brief heb beschreven. Bij de ontwikkeling is maximaal aandacht besteed aan privacy en informatiebeveiliging. De toepassing is beschikbaar voor elke toediener van vaccinaties die niet of nog niet beschikt over een eigen registratiesysteem dat geautomatiseerd gegevens kan doorleveren aan het centrale registratiesysteem. In alle ziekenhuizen die vaccinaties toedienden, is in de afgelopen week met deze invoerapplicatie gewerkt en zijn gegevens vastgelegd voor doorlevering van die gevaccineerden die daarvoor toestemming hebben gegeven. Van mensen die geen toestemming hebben gegeven worden data ook vastgelegd, maar worden uitsluitend geanonimiseerde gegevens doorgemeld aan CIMS.

Tot en met 11 januari waren er door de ziekenhuizen ruim 18.000 vaccinaties gemeld aan de centrale registratie. Het aantal *gemelde* vaccinaties in de ziekenhuizen loopt overigens achter bij het aantal daadwerkelijk *uitgevoerde* vaccinaties (tot nu toe 38.000) omdat een deel van de ziekenhuizen eerst alle betrokkenen vaccineert om de vaccinatiege-

gevens daarna in één keer te registreren. Ook van de vaccinaties die plaatsvinden bij de GGD-vaccinatielocaties worden de data geregistreerd, via GGD-registratiesysteem CoronIT. Van de GGD'en heb ik vernomen dat het systeem stabiel werkt, zowel voor aanmeldingen en afspraken als voor registratie van gegevens. Via de GGD'en hebben tot nu toe circa 185.000 medewerkers in de verpleeghuiszorg afspraken gemaakt voor vaccinatie (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> prik). Tot en met vandaag zijn 6.400 mensen gevaccineerd en geregistreerd bij de GGD'en.

Het is, zoals ik in mijn brief van 4 januari heb toegelicht, belangrijk voor het inzicht in de effecten en het verloop van de vaccinatiestrategie, dat een groot deel (>95%) van de mensen die gevaccineerd zijn, toestemming geeft voor het doorleveren van hun vaccinatiedata naar het centrale registratiesysteem. De eerste gegevens die ik hierover terugkrijg zijn positief: tot en met 11 januari geeft 96% van de gevaccineerden in ziekenhuizen en 98% van de gevaccineerden in de GGD-vaccinatielocaties toestemming dat hun vaccinatiegegevens (niet-anoniem) worden doorgeleverd.

Mijn streven is vanaf februari het coronadashboard aan te vullen met gegevens die inzicht bieden in het verloop van het vaccinatieprogramma. Initieel door gegevens op te nemen over het aantal toegediende vaccins, het aantal vaccins op voorraad per type, en de leveringsverwachtingen van de verschillende vaccins. Naarmate meer data beschikbaar komen, en voor rapportage relevante aantallen mensen hun tweede prik gehad hebben (waarmee de vaccinatie is afgerond), zal ik ook gegevens over vaccinatiegraad en doelgroepen inzichtelijk maken. Ik zal uw Kamer op de hoogte houden van de voortgang.

## 6. Vaccinatie werknemers

In het debat van 5 januari jl. heb ik toegezegd aan het lid Sazias (50PLUS) in te gaan op de vraag of werkgevers inzicht kunnen vragen in het wel of niet gevaccineerd zijn van medewerkers en hoe zich dat verhoudt met de situatie bij hepatitis B vaccinatie, hoe het zit met de registratie van de vaccinatie en op welke manier dit geldt in het kader van het coronavirus om de veiligheid van patiënten te garanderen.

Het korte antwoord op deze vraag is dat werkgevers, waaronder ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere zorginstellingen, geen inzicht mogen vragen in het gevaccineerd zijn van medewerkers en daar ook geen registratie van mogen bijhouden. Dit volgt uit de AVG, die bepaalt dat de werkgever geen medische gegevens van werknemers mag verwerken. Dat is bij hepatitis B overigens ook niet anders. Alleen de bedrijfsarts heeft inzage in dergelijke gegevens, omdat het medische gegevens zijn. In het geval van risico's voor de gezondheid van werknemers op de werkplek, waarvoor geldt dat het om biologische agentia gaat terwijl er effectieve inenting in Nederland beschikbaar zijn, moet de werkgever een vaccinatie aanbieden (Arbobesluit artikel 4.91). De bedrijfsarts adviseert de werkgever op basis van risico-inventarisatie over het werk. De werkgever biedt vaccinatie aan de werknemer aan met begeleidende individuele voorlichting. De werknemers moeten op de hoogte worden gebracht van de voor- en nadelen en worden bijgestaan in een individuele afweging. De vaccinatie maakt onderdeel uit van de arbeidsgeneeskundige begeleiding en vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van een bedrijfsarts. De werknemer beslist over het al dan niet vaccineren.

## 7. Communicatie

De vaccinatiebereidheid van Nederlanders neemt toe en wordt geschat op 75% (laatste meeting onderzoeksbureau Ipsos). Dat is goed nieuws. Wel zijn er verschillen tussen de bereidheid onder 55-plussers (86%) en jongeren tussen 18–34 jaar (65%). Op dit moment richten we ons in de publiekscampagne met name op het algemeen publiek en de zorgmedewerkers die als eerste worden gevaccineerd. Via online communicatie bereiken we ook jongeren.

Er zijn uitgebreide gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van jongerenorganisaties over hun twijfels en zorgen over corona, welke informatie ze nodig hebben en hoe we die bij hen kunnen krijgen. Dat doen we op korte termijn ook over vaccinatie. De communicatieaanpak waarmee we ons tot jongeren richten in het kader van de coronamaatregelen, is ook zeer geschikt voor informatie over vaccinatie. Het gaat onder meer om samenwerking met media die zich op deze groep richten. De betreffende media-kanalen maken uitwerkingen in hun eigen stijl op basis van onze boodschappen. Hierdoor sluiten we optimaal aan bij de doelgroep.

De publiekscampagne loopt sinds medio december. Centraal daarin staat de website [www.coronavaccinatie.nl](http://www.coronavaccinatie.nl), met informatie over de vaccins, de aanpak, de veiligheid, en meer. Het callcenter 0800-1351 beantwoordt zo veel mogelijk telefonische vragen. Daarnaast worden tal van middelen ingezet, van tv-en radiocommercials en advertenties in dagbladen tot sociale media. Hierin verwijzen we mensen vooral naar de website. We willen graag dat mensen zich goed informeren over vaccinatie en zo hun mening kunnen vormen.

Voor speciale doelgroepen komen er vertalingen, is er een Steffiemodule [corona.steffie.nl/vaccinatie](http://corona.steffie.nl/vaccinatie) (voor laaggeletterden, mensen met een beperking of mensen die de Nederlandse taal (nog) niet goed machtig zijn) en wordt er een «praatplaat» gemaakt. Via onderzoek onder algemeen publiek en specifieke doelgroepen zorgen we dat de communicatie voortdurend goed aansluit op wat er leeft in de samenleving.

In januari is een online talkshow voor zorgmedewerkers georganiseerd, waarin experts aan het woord kwamen. Deze talkshow is online beschikbaar voor iedereen. Er is een toolkit gemaakt voor zorginstellingen waarmee zij hun medewerkers kunnen informeren, inmiddels is deze opengesteld voor iedereen die zich bezighoudt met lokale en regionale communicatie over de vaccinatie tegen corona. De toolkit bevat communicatiemiddelen die kunnen worden ingezet op landelijk, regionaal of lokaal niveau. De toolkit wordt steeds geüpdatet en aangevuld.

## 8. Caribische delen van het Koninkrijk

In de brief aan de Kamer over de COVID-19 vaccinatiestrategie van 4 januari jl. heb ik u geïnformeerd over de vaccinatiestrategie voor de BES- en CAS-eilanden. Daarin heb ik gesteld dat de Caribische delen van het Koninkrijk zo gelijktijdig mogelijk worden voorzien van vaccins als Europees Nederland. Medio januari beoordeelt het RIVM de uitvoeringsplannen en de opslaglocaties. In de tweede helft van januari bezoekt het RIVM alle eilanden voor de beoordeling en assistentie. Half februari wordt in ieder geval gestart met het vaccineren van zorgpersoneel op Aruba, Curaçao, Sint Maarten en Bonaire, en van alle vaccinatie doelgroepen van Saba en St. Eustatius. Bij de inzet voor de Caribische delen van het Koninkrijk zal ook rekening gehouden moeten worden met het GR-advies om te starten met de mensen ouder dan 60 jaar. Mijn voornemen is dan

ook om half februari te starten met het vaccineren van deze groep met het vaccin van BioNTech/Pfizer. Het gaat inclusief de genoemde groepen dan om totaal 86.000 mensen.

Het Ministerie van VWS heeft bovendien een vaccinatiegezant voor de Caribische delen van het Koninkrijk aangesteld, in de persoon van Marc Sprenger. De heer Sprenger brengt zijn expertise mee in de vaccinatiestrategie voor de eilanden als voormalig DG RIVM, directeur ECDC en directeur bij de WHO. De vaccinatiegezant zal de gezondheidsautoriteiten op de eilanden assisteren bij de voorbereidingen op het vaccinatieprogramma en de komst van de vaccins.

## 9. Internationale ontwikkelingen

Alle landen binnen de EU zijn gestart met vaccineren. Veel lidstaten zijn gestart met hun kwetsbare ouderen, al dan niet in verpleeghuizen. Maar ook de medewerkers in de acute zorg en langdurige zorg krijgen in veel lidstaten voorrang. De start van het vaccineren betekent niet dat in alle landen al sprake is van een grootschalige vaccinatiecampagne vanaf begin januari. Dit is terug te zien in de cijfers van het aantal gevaccineerden per lidstaat. Vanzelfsprekend hebben alle lidstaten te maken met beperkingen van de leveringen van de vaccins. Ook kampen enkele lidstaten met uiteenlopende opstartproblemen. Italië (718.797 gevaccineerden) en Duitsland (688.782 gevaccineerden) lopen in aantallen flink voorop. Als gekeken wordt naar het aantal inwoners, heeft Denemarken met 117.104 vaccinaties de meeste personen gevaccineerd. In het merendeel van de landen die gestart zijn in 2020, zoals Oostenrijk, Finland, en België, is het aantal verstrekte vaccinaties minder dan 40.000.

### *Solidaire toegang tot COVID-19 vaccins*

In het debat van 5 januari jl. werd door het lid Segers (CU) aangegeven dat grote delen van de wereld pas in 2023 zicht hebben op een beschikbaar vaccin en hij vroeg of het Kabinet zich ook verantwoordelijk voelt voor een rechtvaardige verdeling van vaccins wereldwijd. Het kabinet wil nogmaals het grote belang onderstrepen dat zij hecht aan een solidaire toegang tot vaccins. Op 18 december 2020 (Kamerstuk 25 295, nr. 902) heeft de Minister voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking een overzicht gegeven van de inspanningen die dit kabinet in 2020 op dit terrein heeft verricht.

De COVAX Facility heeft inmiddels bijna 2 miljard doses vaccins verzekerd dankzij afspraken met farmaceutische bedrijven. Daarvan zijn ongeveer 1,3 miljard doses (65%) aangemerkt voor 92 lage- en middeninkomenslanden, die via de COVAX-AMC bediend worden. De distributie hiervan zal beginnen in het eerste kwartaal van 2021. Verwachting is dat lage en middeninkomenslanden op deze manier binnen 3–4 maanden kunnen beginnen met vaccineren. De andere 0,7 miljard doses worden ingezet voor zelf-financierende landen die via de COVAX Facility vaccins inkopen. De WHO heeft samen met andere internationale partners een brief gestuurd over het financieringstekort voor vaccins, beschermende middelen, diagnostische tests en geneesmiddelen voor ontwikkelingslanden. De Minister voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking was al in overleg met de WHO en heeft bevestigd dat er een extra bijdrage van EUR 25 mln. beschikbaar wordt gesteld voor COVAX AMC, de pijler van COVAX die speciaal is ingericht voor lagere en middeninkomenslanden. Dat maakt dat de totale Nederlandse bijdrage aan de *Access to Covid Tools Accelerator* (ACT-A), het coördinatiemechanisme om lage en middeninkomenslanden te voorzien van vaccins, beschermende middelen, diagnostische tests, geneesmiddelen EUR 85 mln. bedraagt. Nederland is hiermee de 11e publieke donor van ACT-A.



Nederland streeft er naar de verdeling van vaccins buiten de EU via COVAX te laten verlopen en heeft de Europese Commissie opgeroepen eenzelfde lijn te volgen. In uitzonderlijke gevallen zal NL kijken of- en in hoeverre – deelname aan aparte Europese initiatieven nodig is. Zo wordt in EU-kader momenteel onder meer gesproken over het beschikbaar stellen van vaccins voor de Westelijke Balkanlanden.

#### 10. Toezicht op vaccinaties

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft haar toezicht activiteiten gerelateerd aan Covid-19 uitgebreid naar het vaccineren. De IGJ is één van de partijen die betrokken is in de landelijke voorbereiding van het vaccineren, vanuit haar rol op gebied van toezien op goede zorg. De IGJ heeft contact met de verschillende partijen die onderdeel uitmaken van het vaccinatieproces, inclusief distributie en opslag van de vaccins. Vanaf de eerste dag waarop vaccinaties worden toegediend is de IGJ op diverse toedienlocaties (zowel bij GGD'en, ziekenhuizen als later de decentrale toedienlocaties) aanwezig om na te gaan of de toediening veilig en verantwoord wordt uitgevoerd. Voorts strekt de aandacht van de IGJ zich uit over de gehele toedieningsketen: van productie, tot het logistieke- en organisatorische proces en de uiteindelijke toediening. Op basis van de afgelegde bezoeken is de eerste indruk van de IGJ dat het vaccineren in algemene zin goed verloopt. Zo is gezien dat GGD-vaccinatiestraten goed zijn geoutilleerd, personeel klaar is voor het begeleiden en vaccineren van grote groepen zorgmedewerkers en ook ziekenhuizen het vaccineren voortvarend oppakken. Op basis van de toezicht bezoeken merkt de IGJ op dat het vaccineren van een grote groep medewerkers in de acute zorg een bemoedigende uitwerking heeft op betrokkenen. De IGJ besteedt in het toezicht extra aandacht aan het intact houden van de koude keten, het gereedmakingsproces en de registratie. Hier blijft de IGJ actief op toezien en koppelt geaggregeerde beelden ook direct terug naar relevante partijen als GGD GHOR, LNAZ, RIVM en mijn ministerie.

Twee concrete aandachtspunten die de IGJ inmiddels via het LNAZ heeft teruggekoppeld aan de ziekenhuizen zijn:

- i. Uit één flacon van het Pfizer-vaccin kunnen maximaal 6 doses worden bereid.
- ii. Het mengen van restanten uit meerdere flacons («pooling») van het Pfizer-vaccin om één dosis te bereiken is niet volgens het gebruiksvorschrift.

Tijdens de toezicht bezoeken is vastgesteld dat de uitvoeringspraktijk in de naleving van deze twee aspecten lokaal afwijkingen lieten zien, die van invloed kunnen zijn op de veilige en verantwoorde toediening van het vaccin, gelet op de gebruiksvorschriften vanuit EMA/CBG en RIVM. Het lid Dik-Faber (CU) heeft namens de commissie de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vragen gesteld over het maximaal aantal doses dat uit een flacon kan worden gehaald. Hierover kan ik u het volgende melden.

Flacons worden bij de producent afgevuld met een zekere marge. Deze marge kan per flacon steeds een klein beetje variëren. Deze marge maakt dat er steeds voldoende inhoud is voor het op een goede wijze onttrekken van het voorgeschreven aantal doses. Deze week heeft het EMA aangegeven dat er onder bepaalde condities, niet vijf maar zes doses van het BioNTech/Pfizer-vaccin veilig uit een flacon gehaald kunnen worden. De mogelijkheid hiertoe was overigens al opgenomen in de medische richtlijn van het RIVM. Ik ben ervan op de hoogte dat incidenteel gebruik wordt gemaakt van «pooling» waarbij uit meerdere flacons wordt opgetrokken om tot een extra (zevende) dosis te komen. In sommige gevallen kan uit één flacon een zevende dosis worden opgetrokken. Bij de

uitvoering van het toezicht op de COVID-19 vaccinaties heeft de IGJ, zoals hierboven aangegeven, deze werkwijze geconstateerd bij een beperkt aantal uitvoerders. Deze werkwijze is onwenselijk vanwege een drietal risico's. Ten eerste is daar het risico van niet aansluitende beschikbaarheid van voldoende vaccins in de tweede toedieningsronde van deze eerste fase. Daarnaast bestaat bij pooling het risico op contaminatie. En tot slot, het risico van uitvoeringsproblemen indien deze werkwijze zich in de toekomst op andere (decentrale) locaties zou gaan herhalen als staande praktijk. Tevens is deze werkwijze in strijd met de richtlijnen vanuit de fabrikant en het RIVM voor toediening van het vaccin. Deze werkwijze wordt op dit moment slechts in een beperkt aantal ziekenhuisapotheken toegepast. Bij andersoortige medicijn- en vaccinatie preparatie is dit voor de ziekenhuisapotheken een reguliere werkwijze. Ziekenhuisapotheken beschikken over de middelen, de ruimtes en het personeel om deze handeling te kunnen verrichten volgens de voorgeschreven richtlijnen. De IGJ heeft haar signaal afgegeven aan de LNAZ met het verzoek dit door te geven aan de betreffende zorgaanbieders. De IGJ zal in uitvoering van haar toezicht dit signaal uiteraard meenemen.

## Zorgen dat de zorg het aan kan

### 12. Zorg voor patiënten in de curatieve sector

#### *Actueel beeld*

Schouder aan schouder wordt er door huisartsen, verpleegkundigen en artsen in de ziekenhuizen, verpleeghuizen en zorg in de thuissituatie hard gewerkt om het grote aantal COVID-patiënten op te kunnen vangen en tegelijkertijd ook de zorg aan non-COVID-patiënten te blijven verlenen. Na een periode van groeiende instroom van COVID-patiënten in de ziekenhuizen neemt de gemiddelde instroom sinds begin januari weer enigszins af. Het aantal COVID-patiënten in de ziekenhuizen lijkt zich per saldo te stabiliseren. Het Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS) verwacht op basis van de bij hen beschikbare data de komende week een voorzichtige daling van het aantal COVID-patiënten op de IC en in de kliniek. De inschatting is dat de daling langzaam zal gaan en nog lange tijd zal vergen, omdat de instroom volgens de prognoses van het LCPS nog weken hoog zal blijven en omdat de COVID-patiënten een relatief lange ligduur hebben (met name op de IC). Op dit moment (stand 12 januari 2021) zijn volgens het LCPS in totaal 2633 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen, waarvan 688 COVID-patiënten op de IC en 1945 COVID-patiënten in de kliniek. Daarnaast liggen 7 patiënten op de IC in Duitse ziekenhuizen.

Gezien de lange periode waarin we nog met grote druk in de ziekenhuizen te maken hebben, blijft het zaak om die druk zo evenredig mogelijk te verdelen. Dat is uitgewerkt in het «Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie»<sup>39</sup> van 23 oktober 2020. Partijen, ieder vanuit de eigen rol maar in nauwe samenwerking met elkaar, blijven de komende periode doen wat hiervoor nodig is:

- Het **Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS)** blijft patiënten spreiden, zodat de instroom van patiënten met COVID-19 regionaal zoveel mogelijk gelijk is. In de afgelopen week (2 januari tot en met 8 januari) vonden er gemiddeld dagelijks 17 bovenregionale overplaatsingen van COVID-19 patiënten naar een ander ziekenhuis plaats, waarvan 3 IC-patiënten. Het is belangrijk dat patiënten gespreid worden, zodat regionaal en landelijk zoveel als mogelijk in gelijke mate de acute en kritieke planbare zorg kan blijven plaatsvinden en er geen

<sup>39</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 317

grote verschillen in de omstandigheden voor zorgpersoneel en instellingen in Nederland ontstaan.

- De **Nederlandse Zorgautoriteit** (NZa) monitort de toegankelijkheid van zorg. Het door hun opgerichte Zorgbeeldportaal biedt zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) inzicht in de capaciteit van reguliere zorg tijdens de COVID-19 pandemie, zodat tijdig hierop geanticipeerd kan worden. Uit de meest recente meting van 6 januari blijkt dat landelijk de helft van de OK-programma's in ziekenhuizen is afgeschaald. Ook zien we dat de kritieke planbare zorg (dus de zorg die binnen 6 weken geleverd moet worden om gezondheidsschade te voorkomen) onder steeds grotere druk komt te staan. Bijna een derde (31%) van de ziekenhuizen waar de NZa data van ontvangt, geeft aan dat die zorg nog deels kan worden geleverd. Verder ligt het aantal verwijzingen naar ziekenhuiszorg op 71% ten opzichte van het verwachte aantal verwijzingen in dezelfde periode in voorgaande jaren. Naar schatting zijn er cumulatief circa 1,19 miljoen minder verwijzingen naar ziekenhuiszorg geweest.
- Door die toenemende druk op de kritiek planbare zorg heeft het **Landelijke Netwerk Acute Zorg** (LNAZ) eind december een landelijke afschaling van klasse 4 en 5 zorg aangekondigd, zoals gemeld in de brieven van de Minister voor MZS van 22 en 24 december 2020<sup>40</sup>. Daarbij gaat het om behandelingen zoals niet urgente sterilisaties, herniaoperaties en liesbreukcorrectie. De afschaling van deze categorieën van niet-kritieke planbare zorg is erop gericht om het beschikbare personeel vrij te spelen om de (COVID- en non-COVID) patiënten die acute en kritieke planbare zorg nodig hebben te kunnen helpen. Dat betekent wel dat een groeiende groep patiënten helaas te maken krijgt met uitstel van hun operatie. Hoewel dit uitstel in het algemeen geen gezondheidsschade oplevert, is het voor deze patiëntgroepen uiteraard wel vervelend. Want uitstel kan gepaard gaan met langer pijn en ongemak.
- De **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd** (IGJ) ziet erop toe dat de werkwijze in de ziekenhuizen zodanig is dat deze leidt tot goede en veilige zorg. De IGJ heeft daarbij dagelijks contact met ziekenhuizen. Doordat er niet altijd meer sprake is van tijdige zorgverlening, constateert de IGJ dat de tijdigheid als onderdeel van kwaliteit van zorg in het geding is. Wel komt het beeld naar voren dat er veilige zorg wordt geleverd, waardoor geconcludeerd kan worden dat er geen onverantwoorde zorg wordt geleverd in de ziekenhuizen als gevolg van de druk door COVID-19.

Het LNAZ en LCPS hebben mij gevraagd, conform de procedure zoals die in het opschalingsplan van de LNAZ staat beschreven, om fase 2D van het opschalingsplan af te kondigen. Daar heb ik gehoor aan gegeven en dit heb ik ook gecommuniceerd richting LNAZ en LCPS. Zie bijlage 14<sup>41</sup>. Ik wil hierbij benadrukken dat deze afkondiging een procedurele vastlegging is van de huidige (ernstige maar reeds bekende) situatie in de opschaling van de IC-capaciteit in de taal en terminologie van het Opschalingsplan. De meeste maatregelen die samenhangen met fase 2D zijn de facto al eerder in uitvoering gebracht met het «Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie» van 23 oktober 2020 en de nadere invulling daarvan die op 22 en 24 december 2020 is gecommuniceerd. Zo is de IC-capaciteit in de huidige praktijk reeds opgeschaald, is de zorg in categorie 4 en 5 landelijk al afgeschaald en wordt de Duitse IC-capaciteit inmiddels weer gebruikt voor de opvang van COVID-patiënten. Er is dus nadrukkelijk geen sprake van een plotseling verslechterende situatie of een acute noodzaak om nu extra maatregelen te treffen.

<sup>40</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 327 en Kamerstuk 29 247, nr. 328

<sup>41</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

### *Toezegging om gemiste verwijzingen naar ziekenhuiszorg te duiden*

Tijdens de begrotingsbehandeling is op 3 december jl. (Handelingen II 2020/21, nr. 33, Debat over de begroting van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2021 + Tweede incidentele suppletoire begroting inzake coronamaatregelen) toegezegd de NZa te vragen om het aantal gemiste verwijzingen naar ziekenhuiszorg nader te duiden en uw Kamer hierover te informeren. Dat doe ik bijgaand. Het gaat om patiënten die zich niet bij de huisarts hebben gemeld met hun klachten. Daardoor kon de huisarts geen diagnose stellen en hen dus ook niet doorverwijzen naar de medisch specialist in het ziekenhuis. Het is nadrukkelijk niet het geval dat huisartsen, vanwege COVID-19, een aangepast verwijsbeleid of iets dergelijks hebben, waardoor zij minder vaak mensen naar de medisch specialist zouden hebben doorverwezen.

Bij de eerste golf hebben we gezien dat een groot aantal mensen zich niet bij de huisarts heeft gemeld met klachten, omdat deze mensen dat niet konden, wilden of durfden. Dit ondanks de oproepen vanuit de artsen, de patiëntenverenigingen en vanuit de toenmalige Minister voor MZS, dat men dit wel gerust kon en moest doen bij klachten. Tijdens de eerste golf gaat het naar berekening van de NZa om in totaal ongeveer 800.000 minder verwijzingen in vergelijking met voorgaande jaren. Een belangrijke les uit de eerste golf was daarom dan ook, dat alle partijen nog nadrukkelijker naar hun patiënten kenbaar moeten maken dat ze zich blijven melden bij klachten.

Tijdens de tweede golf zien we dat het anders is dan bij de eerste golf. Er is nog steeds sprake van minder verwijzingen dan normaal, maar het aantal ligt flink lager dan in het voorjaar. Het gaat nu gemiddeld om ongeveer 19.000 minder verwijzingen per week. Het gaat dus een stuk beter, maar elke patiënt die zich niet meldt is er één te veel. Daarom blijven we dit punt in de communicatie benadrukken; de medische wereld, de zorgverzekeraars, de patiëntenverenigingen, NZa en ikzelf.

### *Motie van de leden Van der Staaij en Veldman over de coronazorg bij verdere groei van het aantal ziekenhuisopnames<sup>42</sup>*

De motie van de leden Van der Staaij en Veldman richt zich op twee aspecten: het opstellen van een plan om de coronazorg per regio te concentreren en het onderzoeken van mogelijkheden om aan coronapatiënten buiten het ziekenhuis zorg te verlenen. Over het tweede deel van de motie heb ik uw Kamer op 17 november 2020 geïnformeerd. Ten aanzien van het eerste deel is het van belang om ook na te blijven denken over scenario's met patiëntenaantallen die onverhoopt ver boven de huidige prognoses liggen. Daarom heb ik contact opgenomen met de LNAZ en heb ik hen gevraagd om aan te geven hoe kan worden voorzien in de fysieke opvang van deze coronapatiënten mocht de druk op ziekenhuiszorg onverhoopt nog verder oplopen. Zij hebben mij per brief van 17 december 2020 (zie bijlage 3) geïnformeerd dat er door iedereen hard is gewerkt en nog wordt gewerkt om de IC-opstapeling tot 1.700 bedden en de daarbij behorende klinische capaciteit te realiseren. Het uitgangspunt van het LNAZ is dat deze zorg wordt geboden in de bestaande ziekenhuisinfrastructuur. In deze infrastructuur zijn de benodigde voorzieningen aanwezig en is ook de organisatiekracht aanwezig. Het is nu niet logisch om deze zorg te concentreren buiten de bestaande ziekenhuizen. Het LNAZ geeft aan dat de wijze waarop deze uitbreiding van fysieke capaciteit in de bestaande ziekenhuizen wordt gerealiseerd, afhankelijk zal zijn van huisvestingsmogelijkheden in iedere regio. Je kunt hierbij denken aan gespreide uitbreiding van de capaciteit in de hele regio, maar ook aan geconcentreerde opvang in een beperkt aantal ziekenhuizen. Het LNAZ

<sup>42</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 673

geeft aan dat realiseren van nieuwe (geconcentreerde) opvangcapaciteit voor COVID-zorg buiten ziekenhuizen in grote hallen geen oplossing biedt voor de beperkte beschikbaarheid van personeel. Ik beschouw de motie hiermee als afgerond.

### **13. Opschaling tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis**

Het is van groot belang om de zorg voor de COVID-patiënt in de totale keten te blijven bezien, zowel vanuit het perspectief van de patiënt zelf, als ook om de druk op het totale zorgsysteem in beeld te hebben en aan te pakken. Hierbij gaat het onder meer om de uitstroom van COVID-patiënten die in het ziekenhuis verpleegd zijn geweest en die inmiddels weer aan het herstellen zijn, maar die nog niet meteen terug naar huis kunnen.

Om tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis te borgen, is een landelijk ramingsmodel voor beddenscapaciteit opgesteld door de GGD-GHOR. Momenteel is de beddenscapaciteit opgeschaald naar 1.209 bedden, waarvan 878 bezet zijn (cijfers van 8 januari jl.). Ook hier is sprake van personeelstekorten door bijvoorbeeld besmettingen met het coronavirus of personeel dat in quarantaine moet. Hierin zijn regionale verschillen te zien. Zeven van de 25 veiligheidsregio's kunnen op dit moment niet verder opschalen door personeelstekorten. De prognoses laten een verdere toename van instroom zien. Dit kan leiden tot knelpunten.

Bij urgente knelpunten ten aanzien van personeelsbezetting zijn er verschillende stappen die kunnen worden doorlopen om deze tekorten op te lossen. Deze stappen en de procedure voor de aanvraag van bijstand door Defensie staan beschreven in de brief die op 5 januari jl. is verstuurd aan de Tweede Kamer<sup>43</sup>. Uitgangspunt is dat eerst regionaal wordt gezocht naar samenwerking tussen zorgaanbieders. Daarna kunnen zorgaanbieders een aanvraag doen voor verzorgend en ondersteunend personeel van andere instanties zoals Extra Handen voor de Zorg (EHvdZ) en het Rode Kruis. Het opgerichte expertiseteam Zorgcontinuïteit van GGD-GHOR Nederland ondersteunt de regio hierbij. Als laatste biedt Defensie een mogelijkheid tot gerichte en tijdelijke ondersteuning.

Naast deze mogelijkheden, worden er in steeds meer regio's initiatieven opgezet waarbij huisartsen samenwerken met ziekenhuizen. Hier wordt gekeken of COVID-patiënten met ondersteunende instrumenten onder regie van de huisarts, thuis kunnen herstellen. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft daar randvoorwaarden voor opgesteld om huisartsen houvast te bieden in het vormgeven van hun samenwerking met het ziekenhuis.

### **14. Persoonlijke beschermingsmiddelen**

Zoals eerder gemeld hebben de Ministeries van VWS en EZK met een aantal partijen contracten afgesloten over persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM). Ik geef u hierbij een korte update van deze initiatieven.

De Nederlandse producenten (Koninklijke Auping, Afpro Filters BV, Sion BV, Mondmaskerfabriek BV, Lemoine Holland BV en Medprotex BV) van FFP2- en type IIR-mondmaskers, leveren inmiddels allemaal aan het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH). Daarnaast zijn, in samenwerking met het Ministerie van EZK/RVO, twee SBIR's uitgeschreven, namelijk voor de ontwikkeling van medische beschermingsjassen en voor mondmaskers.

<sup>43</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 426

Het instrument SBIR («Small Business Innovation Research») daagt ondernemers uit om met innovatieve producten en diensten te komen om maatschappelijke vraagstukken op te lossen. De SBIR voor de beschermingsjassen is inmiddels gesloten. Een tiental bedrijven heeft hierop ingeschreven en de beoordelingscommissie bekijkt momenteel de voorstellen. Op de SBIR duurzame mondkmaskers in de zorg kan nog tot 16 februari a.s. gereageerd worden.

Leveringszekerheid en het garanderen van kwalitatief hoogwaardige producten staan voorop. De samenwerking in Europees verband is daarbij van groot belang.

### *RescEU*

In de Kamerbrief van 13 oktober 2020<sup>44</sup> is gemeld dat Nederland een voorstel bij de Europese Commissie (EC) heeft ingediend voor het aanleggen en beheren van een Europese medische noodvoorraad (RescEU medical stockpile). Het voorstel is in november jl. door de EC geaccepteerd. Eind december jl. hebben de EC en Nederland hiervoor een contract opgesteld en ondertekend. Binnenkort zal de aanbesteding voor deze opdracht worden uitgezet.

Naar aanleiding van de aanmeldronde in september 2020 gaan België, Slovenië en (nogmaals) Duitsland ook Europese medische voorraden aanhouden. Denemarken, Griekenland, Hongarije, Duitsland, Roemenië en Zweden zijn al eerder aangewezen als beheerders van RescEU voorraden. De kosten voor al deze voorraden worden gefinancierd uit het budget van de EC. In het geval van een crisis, zoals COVID, kunnen lidstaten de EC om hulp vragen en producten uit de Europese voorraden ontvangen of in bruikleen krijgen. De EC bepaalt of, en zo ja hoe, de producten worden verdeeld.

### *Landelijk Consortium Hulpmiddelen*

Op 18 november jl. heeft de SP een motie<sup>45</sup> ingediend waarin de regering wordt verzocht te onderzoeken of en hoe uitgiftepunten kunnen worden ingericht waar mensen – tegen kostprijs en gratis voor bepaalde groepen – gecertificeerde mondneusmaskers kunnen verkrijgen.

Op dit moment beschikt het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) over ruim voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen voor de zorg. Daarom heb ik onderzocht en gevraagd of het LCH ook mondneusmaskers kan uitleveren aan andere doeleinden. De functie van het LCH als noodvoorziening voor de zorg blijft vanzelfsprekend gehandhaafd. Om invulling aan de motie te geven, ben ik in gesprek met verschillende organisaties. Dit heeft er inmiddels toe geleid dat het LCH 2 miljoen mondneusmaskers heeft verstrekt aan de Voedselbanken. De Voedselbanken geven aan hiermee voldoende voorraad te hebben voor 2021 en verstrekken de mondneusmaskers via de verschillende locaties. Daarnaast is met het Armoedefonds en Stichting Burgerinitiatief Woudenberg afgesproken dat het LCH de komende tijd in totaal 5 miljoen mondneusmaskers doneert.

---

<sup>44</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 656.

<sup>45</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 728.



## Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid

### 15. Kwetsbare personen

Verpleeghuiszorg

*Cijfers*

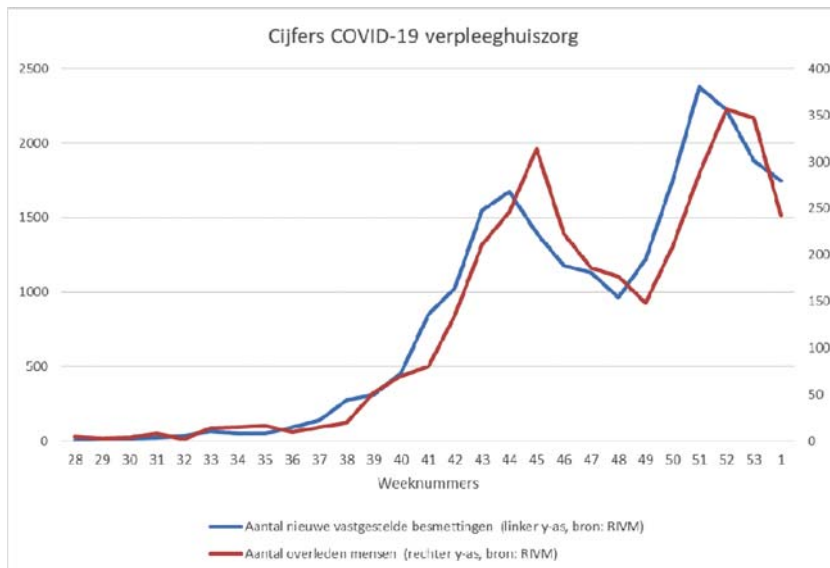
De huidige situatie ten aanzien van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in verpleeghuizen is op dit moment als volgt:

*Bewoners*

- Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 11 januari 2021) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 53 en 1) 3.628 bewoners positief getest zijn op COVID-19. Het aantal nieuwe besmettingen is na week 48 snel toegenomen maar neemt inmiddels gelukkig weer af. Uit figuur 1 komt dit naar voren. Dit patroon blijkt ook uit de cijfers van Verenso van 5 januari 2021.
- Het RIVM schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij ca. 31.000 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd. Van dit aantal zijn bijna 6.300 mensen als overleden gemeld. Een groot deel van de mensen dat besmet is, herstelt gelukkig, mede door de goede verzorging die zij ontvangen.
- In week 53 zijn 347 bewoners overleden bij wie COVID-19 is vastgesteld. In de twee weken daarvoor was dit aantal respectievelijk 356 (week 52) en 287 (week 51). Ter vergelijking, in week 52 zijn in totaal 1.359 bewoners van verpleeghuizen overleden. Van hen was dus bij circa 26% een besmetting vastgesteld.

In onderstaande figuur is de ontwikkeling van het aantal nieuwe besmettingen vanaf 1 juli 2020 weergegeven.

**Figuur 1: Cijfers COVID-19 verpleeghuiszorg**



Locaties

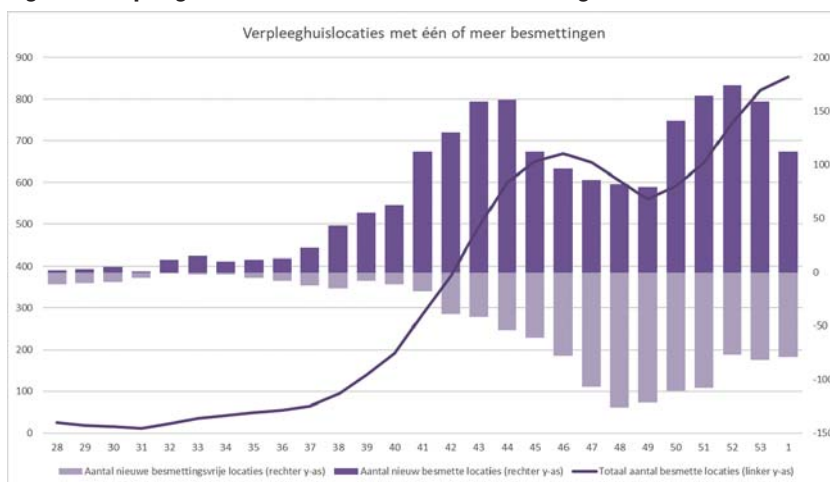
- Het aantal verpleeghuislocaties waar één of meerdere besmettingen zijn gemeld, neemt helaas nog steeds toe. Het RIVM schat dat op 9 januari 2021 bij 854 verpleeghuislocaties sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Dat is ca. 36% van het aantal locaties. Het

gaat om het aantal verpleeghuislocaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is van ten minste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test.

- Op een aantal locaties waar sprake was van een besmetting, zijn in de afgelopen 28 dagen geen nieuwe besmettingen vastgesteld zodat zij wegvallen uit deze groep. Het gaat in totaal om 161 locaties in de afgelopen twee weken (week 53 en 1, peildatum 11 januari 2021).
- Wekelijks raken nog veel nieuwe locaties besmet. Het gaat in totaal om 271 locaties in de afgelopen twee weken. Dat waren er 159 in week 53 en 112 in week 1. We zien dus gelukkig wel een afname van het aantal nieuw besmette locaties de eerste week van het jaar 2021. De laatste 2 weken is het nieuwe locaties met een besmetting nog wel hoger dan het aantal locaties waar de besmetting ten einde is, zodat per saldo het aantal locaties met één of meer besmettingen de laatste weken toch is toegenomen.
- Het aantal locaties dat momenteel te maken heeft met besmettingen is hoger dan tijdens de piek van de eerste golf. Toen waren besmettingen gemeld bij ruim 800 locaties.

Het bovenstaande beeld is zichtbaar in de onderstaande grafiek. De lijn in de figuur geeft op de linker y-as het totaal aantal verpleeghuislocaties met één of meer vastgestelde besmettingen in de tijd weer. De staven boven de horizontale as geven op de rechter y-as het aantal nieuwe besmette locaties per week weer. De staven onder de horizontale as geven op de y-as het aantal nieuwe besmettingsvrije locaties weer. Het aantal locaties met besmettingen ligt nu hoger dan op het hoogste punt in de eerste golf, waarbij geldt dat in de eerste golf veel minder werd getest.

**Figuur 2: Verpleeghuislocaties met één of meer besmettingen**



### Ontwikkelingen en signalen verpleegzorg

Het beeld wat betreft de verpleeghuiszorg is in lijn met het beeld uit mijn eerdere brieven over COVID-19. De sector is zwaar getroffen, maar is nu beter voorbereid, er is meer kennis en men weet wat te doen om het virus buiten de deur te houden of onder controle te houden bij een uitbraak. De instellingen hebben dit beter kunnen doen op basis van de lessen uit de eerste golf. Tegelijkertijd vernemen wij van zorgaanbieders en koepelorganisaties grote zorgen over de continuïteit en kwaliteit van zorg. Dit hangt samen met het toenemende ziekteverzuim van zorgmedewerkers als gevolg van besmettingen en quarantaineverplichtingen. De wachttijd op testuitslagen (als bron voor afwezigheid van zorgverleners) is gelukkig

afgenomen door de grotere testcapaciteit en de snellere verwerking van testresultaten.

Het afschalen van zorg kan betekenen dat bijvoorbeeld dagactiviteiten of het toezicht op de groepen vermindert. Zorginstellingen proberen dit tegen te gaan langs twee lijnen: het ziekteverzuim beperken door het vitaal houden van zorgverleners en het vinden van voldoende menskracht. De druk op de verpleeghuiszorg is inmiddels dusdanig dat Defensie is gevraagd om waar dat het hardste nodig is de zorgaanbieders te ondersteunen. Hierop ben ik ingegaan in mijn brief van 5 januari jl.<sup>46</sup>

CP. Daar zijn twee belangrijke opties voor. Allereerst kan ondersteuning van de verpleeghuizen plaatsvinden om de druk op de continuïteit van de zorg te de verpleeghuizen plaatsvinden om de druk op de continuïteit van de zorg te verminderen. Tevens kan ondersteuning van de keten (bijvoorbeeld een zorghotel) plaatsvinden om stagnatie van de doorstroom van patiënten vanuit het ziekenhuis te voorkomen. Omdat de mogelijkheden van Defensie beperkt zijn, moet deze ondersteuning als «last resort» worden gezien. De ondersteuning die wordt geboden, zal in de regel ook beperkt zijn in omvang en tijd. Recent heb ik de afspraken over de procedure voor de aanvraag van bijstand door Defensie bevestigd en verduidelijkt, waarbij ik de coördinatie versterk. Het gaat om de volgende zorgbrede stappen:

- Stap 1: Inzet regionaal zorgpersoneel door samenwerking zorgaanbieders.
- Stap 2a: Aanvraag extra ondersteunend personeel vanuit het Rode Kruis.
- Stap 2b: Aanvraag extra zorg- en ondersteunend personeel vanuit Extra Handen Voor de Zorg.
- Stap 3: Last resort, aanvraag extra zorg- en ondersteunend personeel vanuit Defensie. Voor wat betreft de inzet van verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen, wordt de huidige lijn gecontinueerd, dat defensiepersoneel wordt ingezet in het UMCU Utrecht, dat daarmee in het kader van het LCPS-proces een substantiële capaciteit heeft voor de opvang van patiënten uit andere regio's. Bij de beoordeling van stap 3 zal er (meer gestructureerd dan tot nu toe) worden nagegaan of de stappen 1 en 2 volledig doorlopen zijn.

Op meerdere locaties biedt Defensie inmiddels deze ondersteuning. Op dit moment betreft dit de volgende instellingen:

- Zorghotel Casa Bonita (Apeldoorn): 2 teams, elk bestaande uit: 1x Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV), 1x Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG), 3x Gewondenverzorgers (GWVZG).
- Liberein, (Enschede): 2 teams, elk team bestaande uit, 1x Algemeen AMV, 1x VIG, 3x GWVZG en HPG-capaciteit voor Advies & Assistentie op 4 locaties (circa 2 dagen per locatie).
- Dignis, locatie de Veldspaat (Groningen): 4x Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV), 4x Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG), 9x Neventaker (niet medisch geschoold personeel)
- Zorggroep Meander (Veendam): 1x Planner, ter ondersteuning van het Management Team (MT) van Zorggroep Meander en 1x HPG'er.
- Zonnehuisgroep Eemsdelta(Delfzijl): 2x Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV), 2x Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG), 2x Gewondenverzorgers (GWVZG) en HPG-capaciteit voor Advies & Assistentie voor 4 dagen.
- Zonnehuisgroep Menno Simonshuis (Amsterdam): 2 teams, elk team bestaande uit, 1x Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV), 1x

<sup>46</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 426

- Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG), 2x Gewondenverzorger (GWVZG) en HPG-capaciteit voor Advies & Assistentie voor 4 dagen.
- Woonzorgcentrum de Bolder(Huizen): 1x Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV), 1x Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG), 2x Gewondenverzorger (GWVZG) en HPG-capaciteit voor Advies & Assistentie voor 4 dagen. Team 1 start op 1 januari en team 2 start vrijdag 8 januari. 1x Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV), 1x Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG), 2x Gewondenverzorger (GWVZG).
  - Reinier de Graaf Gasthuis (Diaconessenhuis Voorburg): 2 teams, elk team bestaande uit, 1x Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV), 1x Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG), 2x Gewondenverzorger (GWVZG).
  - LuciVer(Wijchen): 2x Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV), 2x Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG), 2 HPG'ers en 4x Geneeskundigverzorger (GNKVZG).

Kwetsbare mensen thuis

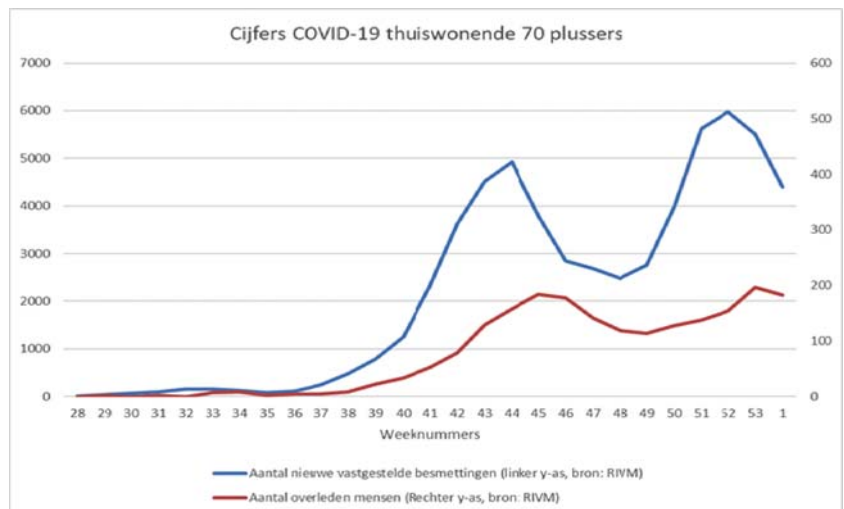
### *Cijfers thuiswonende ouderen*

De stand van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 overlijden van thuiswonende 70-plussers is op dit moment als volgt:

- Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen bij ouderen die ouder zijn dan 70 jaar en thuis wonen is nog steeds hoog. Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 11 januari 2021) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 53 en 1) het aantal nieuwe besmettingen ca. 9.900 bedraagt. Dit is minder dan de circa 11.600 nieuwe besmettingen in de voorgaande twee weken (week 51 en 52).
- Het RIVM schat dat vanaf 1 juli 2020 bij ca. 59.000 personen van boven de 70 jaar en die thuis wonen een COVID-19-besmetting is bevestigd, van wie ongeveer 2.045 mensen als overleden zijn gemeld. Hoeveel van deze 70-plussers in een kwetsbare gezondheid verkeerden of een vorm van zorg of ondersteuning thuis ontvingen, is niet bekend.

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling weergegeven vanaf 1 juli 2021.

**Figuur 3: Cijfers COVID-19 ouderen thuis (70 plus)**



### Bewoners instellingen

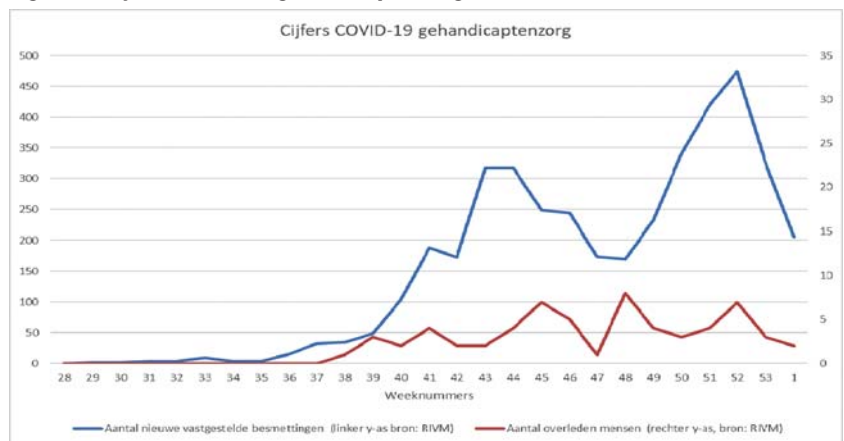
De situatie ten aanzien van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in instellingen voor gehandicaptenzorg is op dit moment als volgt:

- Uit cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 53 en 1) 531 bewoners besmet zijn geraakt. Dat is minder dan in de 2 weken daarvoor.
- Het RIVM (peildatum 11 januari 2021) schat dat sinds 1 juli 2020 bij 4.090 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, van wie ongeveer 62 mensen zijn overleden.

Bij de instellingen voor gehandicaptenzorg zien we dus dat het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen (linker y-as) de laatste 2 weken flink gedaald is. De sterfte onder de bewoners is gelukkig laag (rechter y-as). In

onderstaande figuur is de ontwikkeling vanaf 1 juli 2020 weergegeven.

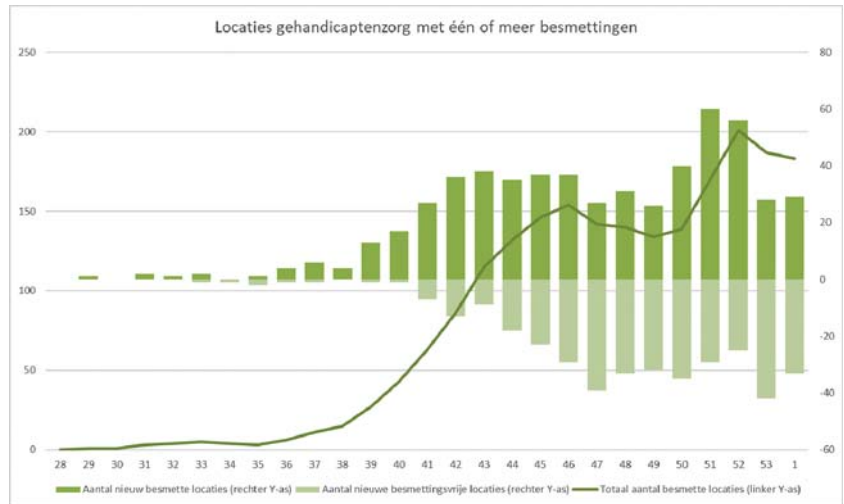
**Figuur 4: Cijfers COVID-19 gehandicaptenzorg**



### *Locaties*

Het RIVM schat dat op 9 januari bij 183 locaties voor gehandicaptenzorg sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Dat is ongeveer 7% van het aantal locaties. Het aantal besmette locaties schat het RIVM in op basis van het aantal locaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is geweest van ten minste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test. Het beeld is zichtbaar in onderstaande grafiek. De lijn in de figuur geeft op de linker y-as het totaal aantal locaties met een of meer vastgestelde besmettingen in de tijd weer. De staven boven de horizontale as geven (op de rechter y-as) het aantal nieuwe besmette locaties per week weer. De staven onder de horizontale as geven (op de rechter y-as) het aantal nieuwe besmettingsvrije locaties weer.

**Figuur 5: Locaties gehandicaptenzorg met één of meer besmettingen**



De laatste twee weken raken wekelijks nog bijna 30 nieuwe locaties besmet. Het aantal locaties waar de besmetting ten einde is in week 53 en week 1 was iets hoger dan het aantal nieuwe locaties met een besmetting. Per saldo is het aantal locaties met één of meer besmettingen de laatste week daarom toch wat afgenomen.

*Geleverde zorg aan Wet langdurige zorg (Wlz)-cliënten – aantal opgenomen cliënten*

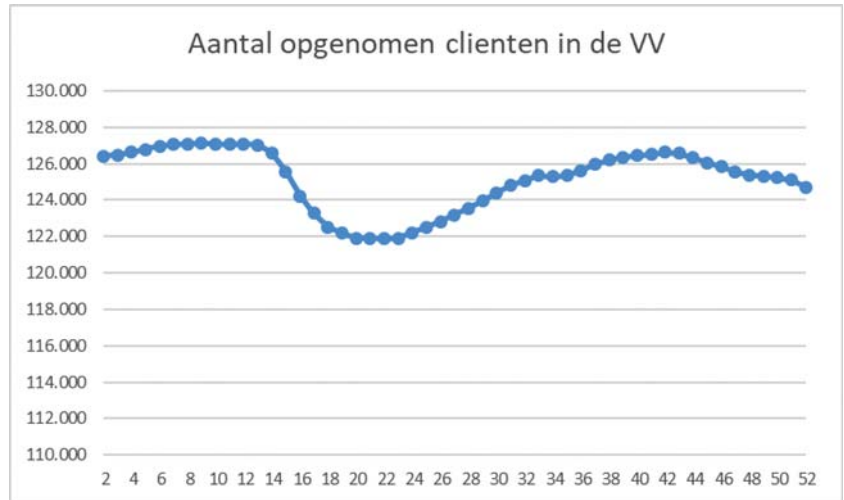
Na de eerste golf is het aantal opgenomen cliënten in instellingen voor ouderenzorg met circa 5.000 gedaald. Dat is een afname van 4% ten opzichte van de 127.000 opgenomen personen voor de eerste golf. In de zomermaanden is het aantal geleidelijk weer toegenomen door herbezetting. De laatste weken neemt de leegstand toe door hogere sterfte in de verpleeghuizen als gevolg van COVID-19.

Deze ontwikkeling is te volgen dankzij de weekcijfers over het aantal Wlz-cliënten naar leveringsvorm, die het CBS op mijn verzoek publiceert.<sup>47</sup> Na week 52 is er sprake van circa 2.365 plaatsen leegstand.

<sup>47</sup> Het CBS publiceert wekelijks over het zorggebruik van Wlz-cliënten. Daarnaast publiceert het CBS wekelijks over de sterfte onder de Wlz-populatie. De tabellen zijn te vinden op: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties>.



**Figuur 6: Opgenomen personen in de VV**



### *Dagbesteding en dagbehandeling*

Na februari 2020 is in de Wlz breed (dus inclusief gehandicaptenzorg) ook veel minder dagbesteding en dagbehandeling gedeclareerd, met een dieptepunt in april. Dagbesteding is vaak een vervanging van onderwijs of werk voor een cliënt die door zijn beperkingen niet in staat is om tot een vorm van dag structurering te komen. Bij dagbehandeling gaat het veelal om thuiswonende jeugdigen met een beperking die op basis van een specifiek behandeldoel leren omgaan met (de gevolgen van) hun aandoening.

Ten opzichte van de eerste twee maanden van 2020 is in april en mei minder dan de helft aan prestaties gedeclareerd<sup>48</sup>. Uit deze gegevens van de NZa blijkt dat de effecten van de maatregelen voor de thuiswonende cliënten met dagbesteding ingrijpend waren. In de zomermaanden van dit jaar is herstel zichtbaar, maar in oktober is enige daling waarneembaar ten opzichte van september. Het gedeclareerd aantal dagdelen is daarom nog steeds lager dan het niveau van het aantal gedeclareerde dagdelen van voor de eerste golf. Onderstaande grafiek is gebaseerd op basis van gegevens van Vektis.<sup>49</sup>

<sup>48</sup> De NZa publiceert met enige regelmaat over recente ontwikkelingen in het zorggebruik als gevolg van de Corona-problematiek. U treft de laatste publicatie aan op: <https://magazines.nza.nl/standvandezorg/2020/12/ontwikkelingen-in-zorggebruik>.

<sup>49</sup> Bron: Vektis Zorgprisma.

**Figuur 7: Gedeclareerde dagbesteding en dagbehandeling in Wlz**



### *Maatschappelijke ondersteuning*

#### Tweede monitor Covid-19 strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte

Bij deze brief vindt u de tweede monitor voor de COVID-19-strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte. De monitor is in opdracht van het Ministerie van VWS door adviesbureau Significant ontwikkeld en verschillende cliëntenorganisaties, zoals Ieder(in), KansPlus en Per Saldo, zijn betrokken bij de opzet en informatievoorziening van deze monitor. De COVID-19-strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte is op 3 juni 2020 aan de Kamer gepresenteerd<sup>50</sup> en de eerste rapportage van deze monitor is met uw Kamer gedeeld op 18 november jl.<sup>51</sup> Deze tweede rapportage beslaat grofweg de periode september tot en met begin december 2020. Daarmee geeft deze rapportage een terugblik. Gezien de aanscherpte maatregelen per 15 december jl. geeft de monitor mogelijk niet op alle onderdelen een actueel beeld. In maart van dit jaar volgt een derde rapportage. Hieronder staan in het kort de belangrijkste bevindingen van de tweede rapportage genoemd.

Deze monitor laat – eens te meer – de continue impact zien van corona op het leven van mensen met een beperking of chronische ziekte en hun naasten. Het algemene welbevinden van deze mensen wordt bijvoorbeeld lager gewaardeerd dan door mensen zonder een beperking. De monitor laat ook zien dat bepaalde thema's extra aandacht verdienen. Een aanzienlijk deel van de jongeren met een beperking voelt zich eenzaam, ook bij (eerdere) versoepelingen omdat zij het gevoel had daar niet gelijk van mee te profiteren. De mondkapjesplicht en de bijbehorende uitzondering voor mensen met een beperking of ziekte heeft impact gehad op het participeren van deze groep in het dagelijks leven. Onverhoopt zijn, in een aantal gevallen, mensen met een beperking of ziekte geweigerd bij binnenkomst van winkels, ondanks dat zij een uitzondering op de mondkapjesplicht kenbaar maakten. Tot slot komt uit een focusgroep – gehouden voor mensen in zelfgekozen thuisisolatie – naar voren dat er blijvende behoefte is aan heldere, toegankelijke informatie over corona, bijvoorbeeld over vaccinatie.

Het Ministerie van VWS heeft ondertussen al verschillende acties ondernomen op de thema's die uit de rapportage naar voren komen. Zo zijn het belang van sociale contacten en het bestrijden van eenzaamheid blijvend punt van aandacht, specifiek onder jongeren en jongvolwassenen

<sup>50</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 386

<sup>51</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 713

met een beperking. In december is er door VWS een online bijeenkomst over dit thema georganiseerd, waarin gemeenten initiatieven en goede voorbeelden uitwisselden. Een van de voorbeelden was een Buddyproject gericht op jongeren met een beperking. Om de communicatie rondom corona voor mensen met een beperking en ziekte beter toe te spitsen op de doelgroep, is er in het kader van deze monitor een focusgroep georganiseerd voor mensen met een verstandelijke beperking. De inzichten uit deze focusgroep worden meegenomen in de algemene publiekscommunicatie rondom corona en de meer toegespitste informatie, zoals aangeboden door kennisorganisatie Vilans<sup>52</sup>. Met betrekking tot de inzet rondom de mondkapjesplicht vindt u onder het volgende kopje de laatste stand van zaken.

Voor thuiswonende ouderen is een vergelijkbare strategie, inclusief kennisintegratie, ontwikkeld. Deze rapportage komt op korte termijn beschikbaar; hierover zal ik uw Kamer spoedig informeren.

### Uitzondering mondkapjesplicht

In de brief van 8 december jl.<sup>53</sup> heb ik u geïnformeerd over de invulling van de uitzondering op de mondkapjesplicht voor mensen die daar vanwege een beperking of ziekte niet aan kunnen voldoen. Zoals aangegeven blijf ik, samen met de Minister van Justitie en Veiligheid en de Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat, in gesprek met alle betrokken partijen om een vinger aan de pols te houden bij de uitvoering. Daarover informeer ik u hierbij.

De situatie in Nederland is kort na de inwerkingtreding van de mondkapjesplicht (1 december) sterk veranderd, omdat sinds 15 december een lockdown geldt. Dat betekent dat veel locaties waar de mondkapjesplicht geldt (zoals niet-essentiële winkels en culturele instellingen) gesloten zijn. Daarom zijn er nog geen uitgebreide ervaringen met een breed van toepassing zijnde mondkapjesplicht. De mondkapjesplicht en de daarop geldende uitzondering, blijft uiteraard wel relevant in bijvoorbeeld essentiële winkels en het openbaar vervoer.

Sinds de invoering van de mondkapjesplicht ben ik in nauw contact gebleven met cliëntenorganisaties voor mensen met een beperking of chronische ziekte. Ook heb ik gesproken met vertegenwoordigers van handhavende partijen (Politie, Openbaar Ministerie en OV-bedrijven). Naar aanleiding van signalen die naar boven kwamen, heb ik de uitzondering op de mondkapjesplicht actief onder de aandacht gebracht van MKB Nederland, de Raad Nederlandse Detailhandel (RND) en ook ziekenhuizen. Hoewel de mondkapjesplicht in zorginstellingen niet van toepassing is, passen veel instellingen die wel toe. Bij de signalen over weigering van mensen die onder de uitzondering vielen, waren relatief veel signalen over ziekenhuizen. Ik heb de ziekenhuizen opgeroepen om, parallel aan de wettelijke mondkapjesplicht, ook bij een door hen zelf voorgeschreven verzoek een mondkapje te dragen, rekening te houden met de uitzondering.

Ik blijf ook komende tijd in contact met alle relevante partijen om een vinger aan de pols te houden bij de uitvoering van de mondkapjesplicht.

### Stand van zaken informatiepunt Corona bij Vilans

In mijn eerdere brieven<sup>54</sup> heb ik u geïnformeerd over het informatiepunt bij Vilans met begrijpelijke en toegankelijke informatie over Corona voor senioren en mensen met een beperking of chronische ziekte en hun naasten. Dit informatiepunt heeft in de periode 1 december 2020 tot en

<sup>52</sup> op: <https://www.vilans.nl/leven-in-coronatijd>

<sup>53</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 771

<sup>54</sup> Voor het laatst in de brief van 8 december jl., Kamerstuk 25 295, nr. 771

met 5 januari 2021 241.479 bezoekers gehad, waarvan 206.000 unieke bezoekers. Er zijn veel verschillende manieren waarop websitebezoekers op het informatiepunt terecht komen. Ongeveer 179.000 bezoekers komen direct via de website rijksoverheid.nl, 40.000 bezoekers via een directe link en 26.000 via Google. Een bezoeker van het informatiepunt spendeert gemiddeld zes minuten op de pagina. Dat is relatief lang en betekent dat bezoekers de tijd nemen om de informatie te lezen. Uit deze cijfers concludeer ik dat het proces van doorverwijzen vanuit de rijksoverheid en vanuit verschillende andere plekken naar het informatiepunt goed werkt en voorziet in een behoefte. In overleg met vertegenwoordigende organisaties voor senioren en mensen met een beperking of chronische ziekte wordt doorlopend gezien of de informatie aangevuld of geactualiseerd moet worden. Zoals toegezegd in het debat op 17 december (Handelingen II 2020/21, Debat over Tijdelijke wet Tweede Kamerverkiezing Covid-19), wordt het informatiepunt in dat kader aangevuld met vragen en antwoorden over vaccinatie. De vragen die hierover leven bij senioren, mensen met een beperking of chronische ziekte en hun naasten zijn inmiddels opgehaald en het informatiepunt wordt verder gevuld met begrijpelijke informatie over het vaccin en de vaccinatiestrategie voor deze doelgroepen.

### Sociale ondersteuning kwetsbare doelgroepen

#### Motie Asscher

Op woensdag 16 december 2020 ben ik in gesprek gegaan met ruim 250 deelnemers uit meer dan 100 gemeenten via een interactieve livestream rondom het thema «Sociale ondersteuning kwetsbare doelgroepen». Er was een ruime vertegenwoordiging van wethouders, directeuren en beleidsmedewerkers van gemeenten en vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties en cliëntenorganisaties.

Doel van de bijeenkomst was het uitwisselen van mooie, inspirerende initiatieven van sociale ondersteuning aan kwetsbare groepen in coronatijd. Met deze uitwisseling werd uitvoering gegeven aan de motie Asscher c.s.<sup>55</sup> die de regering opriep samen met gemeenten te bezien hoe kwetsbare groepen bereikt en ondersteund kunnen worden tijdens deze coronaperiode. Kwetsbare groepen die centraal stonden, waren: ouderen, dak- en thuislozen, ggz-cliënten, mensen met een beperking, kwetsbare jongeren en mensen met een migratie-achtergrond. Hierbij lag de focus op (1) praktische hulp bij quarantaine, (2) zingeving en eenzaamheid, (3) communicatie in begrijpelijke taal en (4) inzet van burgerinitiatieven en vrijwilligers. Enkele aansprekende voorbeelden deel ik graag met uw Kamer:

1. **Quarantainehulp VoorElkaar Amsterdam:** Dit is een mooi voorbeeld van samenwerking tussen de gemeente, de GGD en een samenwerkingsverband van welzijnspartijen. De welzijnspartijen in Amsterdam ontdekten tijdens de eerste coronagolf dat het contact met kwetsbare burgers minder werd en dat er veel minder hulpvragen binnenkwamen. Men heeft toen onder de noemer VoorElkaar Amsterdam de handen ineen geslagen en is nog meer proactief dan normaal op kwetsbare inwoners afgegaan. Ook is men gaan zoeken naar nieuwe plekken waar hulpvragen spelen. Zo kwam men in contact met de GGD die bij het bron- en contactonderzoek met burgers in contact komt die positief getest zijn op corona. Bij het BCO-gesprek door de GGD rondom een positieve corona uitslag komen vaak hulpvragen langs van inwoners die in quarantaine moeten. Dat levert allerlei problemen op rondom boodschappen doen, het uitlaten van de hond en andere praktische zaken. Door de samenwerking tussen GGD en VoorElkaar Amsterdam krijgen

<sup>55</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 700

inwoners tijdens het gesprek met de GGD direct een hulpaanbod vanuit de welzijnspartijen.

2. **Burens bewaarblik:** Het idee voor het Burens bewaarblik is ontstaan voorafgaande aan de tweede coronagolf. Het is gericht op kwetsbare ouderen die nog zelfstandig wonen. Het is een soort koekblik dat door een vaste vrijwilliger aan een oudere wordt uitgereikt die een extra steuntje nodig heeft. Het blik bevat relevante informatie en tips om tijdens Corona toch op een leuke manier dingen te kunnen doen, hulp te vragen wanneer nodig en in contact te blijven. Iedere maand (tot april 2021) komt er een vrijwilliger langs die een praatje maakt en een extra aanvulling heeft voor in het bewaarblik. Dit initiatief pakt op een leuke, creatieve (en heel tastbare) manier het thema eenzaamheid onder ouderen aan. Het blik staat symbool voor de ontmoeting tussen oudere en vrijwilliger. Door het contact vult het blik zich met mooie herinneringen. Daarnaast maakt dit initiatief ook op een goede manier duidelijk dat de oplossing van eenzaamheid niet bereikt wordt door middel van een incidentele aanpak, maar juist door duurzame contacten.
3. **Communicatie in Coronatijd:** Tijdens de bijeenkomst kreeg een groot aantal initiatieven ruimte een live pitch te geven rondom het thema «Communicatie in Coronatijd». Tijdens de pitch werd uiteengezet wat voor een (vernieuwende) vorm van communicatie toegepast is tijdens de striktere coronamaatregelen om toch specifieke doelgroepen te blijven bereiken. Dit is een thema dat breed leeft in Nederland. Er zijn veel nieuwe vormen ontstaan om in contact te blijven met kwetsbare doelgroepen. Niet zelden gaat het om digitale initiatieven. Tevens bleek dat gemeenten en sociale partners de afgelopen periode, naast bestaande doelgroepen, hele nieuwe doelgroepen benaderden met bijvoorbeeld laagdrempelige corona-informatie. Bijvoorbeeld voor mensen die communicatief extra kwetsbaar zijn vanwege taalachterstand. De videoverslaglegging<sup>56</sup> van deze bijeenkomst, alsmede de filmpjes die gemaakt zijn van verschillende initiatieven, blijven nog geruime tijd voor alle gemeenten online te raadplegen. In de bijlage is tevens een lijst opgenomen met initiatieven die bijdragen aan sociale ondersteuning tijdens deze corona-periode (bijlage 4. Lijst met initiatieven bijeenkomst Asscher). Deze lijst is ook uitgewisseld met alle deelnemers aan de bijeenkomst en wordt beschikbaar gesteld via de VNG voor andere gemeenten en sociale instellingen.

#### #eenkleingebaar

Onder deze noemer hebben vijf vrijwilligersorganisaties, met steun van VWS en JenV, het initiatief genomen aandacht te geven aan elkaar door middel van een klein gebaar tijdens de kerstperiode. Van iedereen voor iedereen, en zeker voor mensen die dat hard nodig hebben, zoals kwetsbare ouderen of mensen die minder zelfredzaam zijn. De organisaties evalueren momenteel dit mooie initiatief; in de volgende stand van zaken brief zal ik uw Kamer hier nader over informeren.

#### **Andere onderwerpen**

##### **16. Arbeidsmarkt**

In de brief van 9 december 2020<sup>57</sup> is stilgestaan bij hoe uitvoering wordt gegeven aan de aangenomen motie van het lid Marijnissen c.s.(SP)<sup>58</sup> over

<sup>56</sup> <https://bijeenkomstsocialeondersteuning.nl>

<sup>57</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 771

<sup>58</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 727

het terugdringen van het aantal kleine contracten in de zorg en het versterken van de inkomenspositie van verzorgenden IG voor economische zelfstandigheid. Ook wordt ingegaan op de voortgang van de toezegging aan het lid Sazias (50+), tijdens het AO Arbeidsmarkt in de Zorg<sup>59</sup>, over of wij oud-zorgmedewerkers via pensioenfondsen kunnen oproepen weer in de zorg te komen werken. In deze brief zal de Kamer worden meegenomen in de meeste recente ontwikkelingen. In de brief van 5 januari jl.<sup>60</sup>, als reactie op het bericht «zwartste scenario verpleeghuis dreigt: «Bewoners misschien minder gewassen»», is uitvoerig stilgestaan bij de vormen en mogelijkheden van ondersteuning aan zorgaanbieders in het personeelsvraagstuk zorgbreed.

In deze brief zal naast een update een eerste reactie worden gegeven op het uitgebreide advies van de Commissie Werken in de Zorg. Tevens zal naar aanleiding van de toezegging aan het lid Van Haga tijdens het COVID-19 debat op 5 januari jl., de afweging voor het niet in gebruik nemen van het «COVID-19 schip», worden toegelicht.

#### *Aanpak arbeidsmarktvragestuk tijdens pandemie nog urgenter*

De krapte op de arbeidsmarkt was voor de COVID-19 pandemie al een uitdaging, maar dit vraagstuk is nog urgenter geworden sinds de start van de pandemie. Het is helaas niet mogelijk om met een druk op de knop de krapte in mensen met bepaalde kwalificaties op te lossen. Wel is sinds de start van de pandemie volop ingezet door een aantal private partijen – te weten RegioPlus, Actiz, de Stichting Extra Zorg Samen e.a. – op het verkrijgen van Extra Handen voor de Zorg met en zonder zorgachtergrond, met als doel de zorg zoveel mogelijk te ondersteunen. Het initiatief van de netwerkorganisatie, die door VWS wordt gefaciliteerd, heeft dan ook de naam gekregen Extra Handen voor de Zorg, hierna te noemen EHvdZ. Wij willen onze waardering uitspreken aan iedereen binnen EHvdZ voor het feit dat zij de handschoenen hebben opgepakt om zoveel mogelijk organisaties te voorzien van hulpaanbod op het moment dat zorgaanbieders zelf niet meer via de reguliere kanalen aan personeel konden komen.

In de eerste golf zijn 2.800 mensen ingezet. Dat lijkt beperkt, maar wetend dat er is gestart met een dergelijk initiatief uit het niets tijdens een pandemie, is het een flinke stap in de goede richting. Dat neemt niet weg dat er lessen te leren zijn uit de eerste golf en ook nu. Wij zijn de Commissie Werken in de Zorg dan ook erkentelijk voor het uitgebreide advies dat zij hebben gegeven ter verbetering van het matchingsproces van EHvdZ. Eén van de belangrijke lessen die kan worden geleerd uit de eerste periode is het creëren van een warme overdracht tussen het personeel en de organisatie. Dit is een les die momenteel door EHvdZ wordt opgepakt.

We brengen inzichten op basis van ervaringen met de eerste golf maar ook op grond van de adviezen van de Commissie Werken in de zorg waar het kan al in de praktijk. Denk aan het inzetten van meer recruiters om de HR afdeling van de zorgaanbieders te ontlasten, maar ook de openstelling van de subsidieregeling Coronabanen in de Zorg per 1 februari. Deze en andere lessen worden in samenspraak met de partijen in het veld vormgegeven. EHvdZ en de NZK zijn aan de slag met het vertalen van de adviezen van de commissie naar de praktijk. De Minister van Medische Zorg en Sport verkent op korte termijn met de Commissie Werken in de Zorg en de zorgpartijen welke mogelijkheden er nog meer zijn. Het doel is

<sup>59</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 421

<sup>60</sup> Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 426



om organisaties in nood nog beter helpen en de extra handen die zich aanmelden beter te begeleiden en zoveel mogelijk te behouden voor de zorg. In februari zullen wij u hierover in een aparte brief informeren.

Naast het initiatief Extra Handen voor de Zorg zijn er meer private initiatieven die in de markt worden opgezet en die zich hebben gemeld bij Extra Handen voor de Zorg, VWS, de regionale partijen zoals de ROAZ'en, zorgverzekeraars/ zorgkantoren, en nog vele anderen. Alle initiatieven juichen we toe en worden zorgvuldig bekeken op hun merites en praktische uitvoerbaarheid gezien het vraagstuk. Voor ons is betrokkenheid van brancheverenigingen, vakbonden, medewerkers en de regionale werkgevers belangrijk om te borgen dat er zoveel mogelijk vanuit de praktijk en de werkvloer wordt gewerkt. We kijken daarbij goed naar marktconformiteit en het benutten van de expertise in de markt en elders in de publieke sector. Veiligheid en kwaliteit van de patiëntenzorg staat daarbij een voorwaarde. Zo is ook het initiatief van het «COVID-19 schip» afgewogen, waar hierna nader op zal worden ingegaan.

*Toezegging: afweging niet in gebruik nemen aanbod «COVID-19 schip» (Van Haga)*

In het COVID-19 debat van 5 januari jl. is door de Minister voor Medische Zorg aan Kamerlid Van Haga toegezegd om in te gaan op de afweging om geen gebruik te maken van het aanbod van een «COVID-19 schip. Mij is inmiddels gebleken dat de ondernemer in kwestie hiervoor een aantal keer aandacht heeft gevraagd bij mijn ministerie per e-mail. Zo is er op 5 en 9 november en 18 december 2020 een e-mail ontvangen aangaande het idee van een COVID-schip. Uit de e-mails van 5 en 9 november is gebleken dat de ondernemer in kwestie zijn verzoek tegelijkertijd ook had gericht aan het LCPS en LOT-C, van welke organisaties de ondernemer reeds een reactie had gehad. Uit de latere mail van 18 december 2020 bleek verder dat de ondernemer zijn idee ook bij Zorgverzekeraars Nederland heeft getoetst. Ook ZN had reeds gereageerd naar de ondernemer in kwestie.

Naar aanleiding van de e-mail van 5 november 2020 en een ontvangen persvraag, heeft de afdeling woordvoering van mijn ministerie contact opgenomen met de woordvoering van het Erasmus Medisch Centrum. Reden daarvoor was dat bekend was dat het verzoek ook reeds bij LCPS/Erasmus was ontvangen. Vervolgens heeft LCPS/Erasmus de ontvangen persvraag overgenomen. Aangezien het verzoek aangaande het COVID-schip bij de verschillende voornoemde partijen onder de aandacht is geweest, is geen separaat bericht gestuurd aan de ondernemer in kwestie. Daags na het debat, op 6 januari 2021, is er een hernieuwd verzoek binnengekomen van deze ondernemer bij mijn ministerie. Uit dat verzoek is gebleken dat het verzoek iets ander luidt daar waar het gaat om de inzet van het zorgpersoneel. Naar aanleiding van dit gewijzigde verzoek is op 7 januari 2021 telefonisch contact tussen mijn ministerie en deze ondernemer geweest. Ik zal de ondernemer in kwestie op korte termijn schriftelijk informeren over dit gewijzigde verzoek en daarbij ingaan op de regels die gelden voor de inzet van personeel.

Zoals gemeld in het laatste debat, is dat eerdere verzoek van 5 en 9 november en 18 december 2020 wel door ons ontvangen en inhoudelijk bekeken voor zover het ging om de inzet van zorgpersoneel. Tijdens het debat werd door Kamerlid Van Haga gevraagd om het beoordelingsrapport dat hieraan ten grondslag ligt. Zoals uit bovenstaande reconstructie blijkt is er geen sprake van een dusdanig rapport, maar zijn de afwegingen genoemd in de verschillende communicatielijnen

Het idee van de ondernemer in kwestie, zoals destijds aan ons toegelicht en ook staat genoemd in de e-mails van 5 en 9 november 2020, bood geen oplossing voor de Nederlandse situatie op korte termijn. Allereerst ontbreekt het op dit moment niet aan apparatuur of bedden. Daarnaast werd destijds de indruk gewekt dat er gebruik zou worden gemaakt van zorgpersoneel van buiten Europa, specifiek van Cubaans personeel. In dat specifieke geval, wanneer het schip bemenst zou worden met buitenlandse zorgverleners (die hun diploma hebben behaald in een land buiten Europa), moeten deze zorgverleners op grond van Nederlandse regelgeving een erkenningsprocedure doorlopen om hun beroep in Nederland te mogen uitoefenen. Dit om te waarborgen dat men wel aan de vereiste minimum kwaliteitsstandaarden voldoet om zelfstandig in de zorg te kunnen worden ingezet. Daarbij wordt beoordeeld of hun diploma's en kwalificaties gelijkwaardig zijn aan de huidige standaarden die we kennen voor Nederlands zorgpersoneel. Deze zorgverleners kunnen pas zelfstandig worden ingezet in de zorg als de gehele erkenningsprocedure met succes is afgerond.

Die procedures nemen tijd in beslag, minimaal zo'n twee jaar, omdat diploma's moeten worden beoordeeld, de algemene kennis en vaardigheden worden getoetst, de Nederlandse taalvaardigheid moet worden aangetoond en ook de beroepsinhoudelijke competenties worden getoetst. De praktijk leert dat bijna iedere buitenlandse zorgprofessional die deze procedure doorloopt, nog een aanvullende opleiding of stage moet doen omdat zij bijna nooit meteen voldoen aan de Nederlandse standaarden. Om de kwaliteit van zorg voor onze patiënten te kunnen borgen, hebben we er bewust voor gekozen om de huidige regelgeving betreffende inzet van buitenlandse zorgverleners gedurende deze COVID-19 pandemie niet aan te passen.

Natuurlijk kan zorgpersoneel van wie de erkenningsprocedure nog loopt of nog moet starten, wel helpen in de Nederlandse zorg. In dat geval zullen zij onder supervisie werken van een BIG-geregistreerde zorgverlener, mits is vastgesteld dat de buitenlandse zorgverlener bekwaam is om de betreffende verrichting uit te voeren. Het vaststellen van de bekwaamheid is een professionele afweging ter plaatse, bijvoorbeeld in het ziekenhuis.

Tot slot, zoals hierboven geschetst is er daags na het debat, een hernieuwd verzoek ingediend door de ondernemer in kwestie bij mijn ministerie. Zoals gezegd heeft mijn ministerie hierover op 7 januari 2021 telefonisch contact gehad met deze ondernemer. Daaruit bleek dat het idee rondom de inzet van zorgpersoneel op het schip is aangepast. Het gaat niet meer om uitsluitend personeel van buiten Europa maar om een combinatie van Nederlands, Europees en niet-Europees personeel.

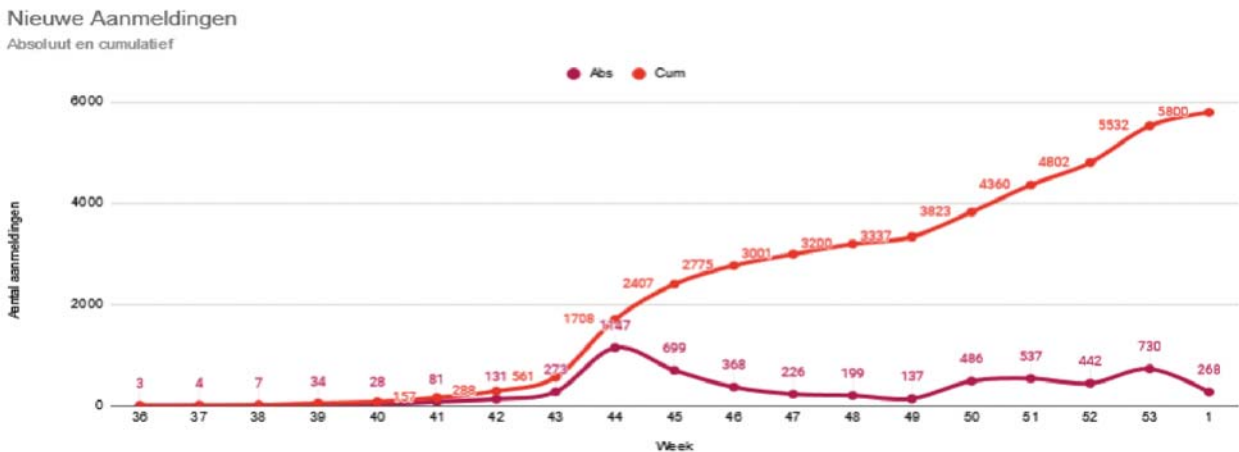
Al met al moet ik helaas concluderen dat, hoewel ik het aanbod en de betrokkenheid van de aanbieder waardeer, de inzet van het schip op korte termijn nog steeds lastig te realiseren is. Reden daarvoor is dat de inzet van buitenlands personeel wel getoetst moet worden aan de minimale kwaliteitseisen, waaronder beheersing van de Nederlandse taal op het vereiste niveau. Uit het telefoongesprek is eveneens gebleken dat de ondernemer op zoek is naar hoe hij de COVID-zorg op het schip kan bekostigen. In dat kader is relevant dat er zoals gezegd op dit moment geen behoefte is aan extra apparatuur en extra bedden. Er zijn bedden afdoende in de bestaande ziekenhuizen, maar de kritieke factor is op dit moment het beschikbare personeel om die bedden ook daadwerkelijk te kunnen bemensen. Als het voorgesteld personeel voldoet aan de kwalificaties, dan kunnen zij, net als de Nederlandse zorgverleners, worden ingezet in de zorg zoals we die op dit moment hebben ingericht. Het verdient de voorkeur dat dit personeel kan worden ingezet in de

bestaande zorginstellingen. Zij kunnen zich ook melden bij Extra Handen voor de Zorg.

### Ontwikkeling Extra Handen voor de Zorg

Er wordt in de media en via recruiting blijvend aandacht gevraagd voor het initiatief Extra Handen voor de zorg, hierna te noemen EHvdZ, waarbij zich ook in de afgelopen weken kandidaten blijven aanmelden om te helpen. In de afgelopen twee weken zijn er bijna extra 1.000 aanmeldingen bijgekomen.

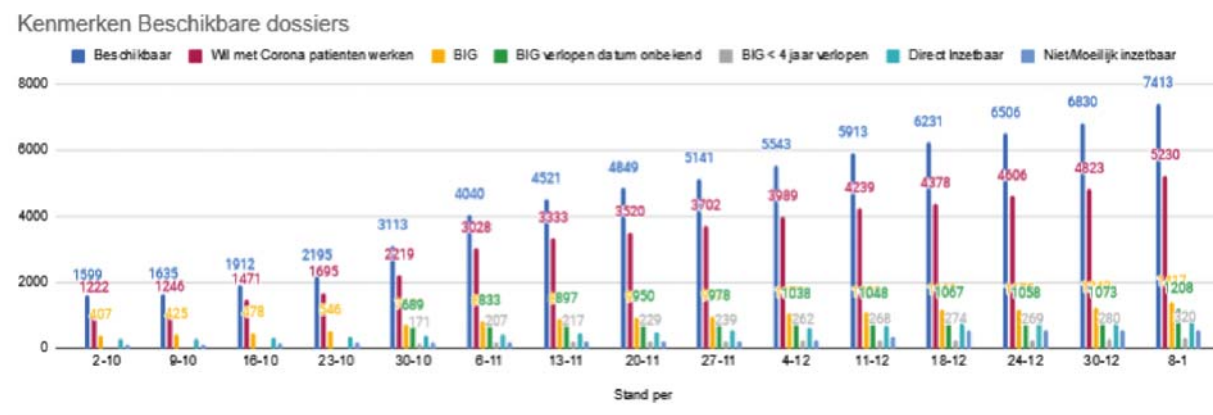
**Figuur 9: Aantal nieuwe aanmeldingen bij extra handen voor de zorg per week en cumulatief sinds week 36**



### Aantal beschikbare mensen en hun zorgachtergrond

In totaal stond de teller afgelopen vrijdag op 7.413 beschikbare mensen bij EhvdZ (stand 8-1-2021), waarvan 1.417 met een geldige BIG registratie, 320 met een BIG-registratie die minder dan 4 jaar geleden is verlopen en 1.208 met een verlopen BIG-registratie waarvan de datum onbekend is (figuur 2). Het aantal beschikbare mensen is harder gestegen dan het aantal nieuwe aanmeldingen. Dit wordt verklaard doordat mensen die zich in de eerste golf hebben gemeld, nu nogmaals benaderd worden en beschikbaar komen. Die mensen zitten niet in de nieuwe aanmeldingen zoals in figuur 1 zijn gepresenteerd.

**Figuur 10: Aantal beschikbare mensen en hun zorgachtergrond.**



### Matching Extra Handen voor de Zorg

Wat betreft de matching geldt, dat van de 3255 mensen die zijn voorgesteld aan organisaties, er 1258 zijn ingezet, er 1665 zijn afgewezen en 593 mensen nog op een reactie vanuit de zorgorganisatie wachten (zie figuur 3).

Er wordt nog steeds met name gevraagd om gediplomeerde, direct zelfstandig inzetbare zorgprofessionals. Die vraag gaan we met de EHvdZ niet oplossen, omdat de meeste aanmeldingen voor extra handen in de zorg niet gediplomeerde zorgprofessionals zijn.

Vandaar dat we hier met de subsidie coronabaten een stevige impuls aan geven. Met deze subsidie worden zowel de loonkosten als de begeleidingskosten gedekt. Hiermee ontstaat de mogelijkheid tot het volgen van een opleiding met mbo deelcertificaten op niveau 2 of 3 via de Nationale Zorgklas of andere lokale/regionale arrangementen met ROCs. Dat maakt het voor werkgevers aantrekkelijk omdat daarmee wordt gewerkt aan duurzame vergroting van de personele capaciteit, terwijl deze mensen ook het huidige personeel ontlasten met ondersteunende taken. Getracht wordt om een eventuele mismatch in uren zo beperkt mogelijk te houden, door hier vanaf de intake aandacht voor te hebben.

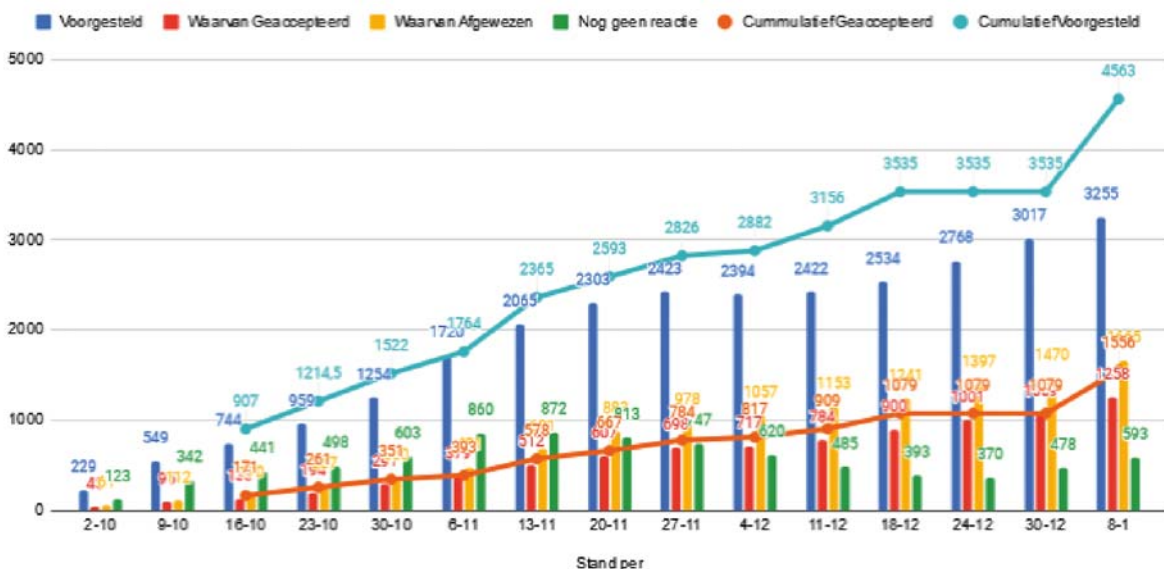
Het goede nieuws is dat er ten opzichte van de eerste COVID-19 golf relatief gezien meer mensen worden ingezet en er nog potentieel wordt gevonden wat ingezet kan worden. Dit is enerzijds het resultaat van de inzet van extra recruiters en het werk in de regio bij EHvdZ, anderzijds van de stijgende vraag door organisaties de afgelopen weken.

In figuur 3 is te zien dat het cumulatieve aantal voorgestelde mensen in de weken van de feestdagen gelijk blijft en in de eerste week van 2021 ineens stijgt. Dit is te verklaren door een administratieve inhaalslag na de feestdagen.

Er is in de feestdagen hard doorgewerkt om kandidaten te matchen aan organisaties met een acuut capaciteitsprobleem. Hiervoor is onder meer een speciaal crisnummer ingericht dat 7 dagen per week bereikbaar is.

**Figuur 11: bruto/netto matching**

Voorgesteld, Waarvan Geaccepteerd, Waarvan Afgewezen en Nog geen reactie



## *Ontwikkeling Coronabanen in de Zorg*

Met EHvdZ en de NZK werken we aan het inzetten en scholen van mensen uit andere sectoren zoals de horeca, cultuur en evenementensector voor ondersteunende functies in de zorg. Ook zijn er mogelijkheden voor werklozen die zich willen omscholen naar de zorg. Onze verwachting daarbij is dat deze mensen vooral ingezet zullen worden in de Verpleging Verzorging & Thuiszorg en de Gehandicaptenzorg. Het kabinet versterkt deze initiatieven in de zorg met een budget van € 80 miljoen voor tijdelijke betaalde «Coronabanen». Coronabanen zijn banen waar geen of beperkte scholing voor nodig is, maar die wel belangrijke verlichting kunnen bieden in de werkdruk én organisaties de kans bieden om ook tijdens de crisis te werken aan meer structurele instroom van die medewerkers die daar interesse in hebben.

In de zorgsector sluiten we voor de Coronabanen aan bij functietypes die al worden gebruikt binnen de NZK, namelijk de functie van gastheer/gastvrouw en de ondersteuner, ten behoeve van de veiligheid van zorgprofessionals. Voor deze ondersteunende functies geldt een vergoeding van 120% WML, welke zorgorganisaties via de subsidieregeling «Coronabanen in de Zorg» volledig vergoed krijgen. Naast de vergoeding van 100% loonkosten, is er een opslag van maximaal 20% voor begeleidingscapaciteit. Hiermee kunnen zorgorganisaties indien nodig externe begeleiders en/of docenten voor begeleiding aantrekken, die klasjes begeleiden van nieuwe mensen die instromen. Om risico's te beheersen wordt er aan de zorgaanbieder gevraagd te verantwoorden conform het Rijksbrede Uniform Subsidiekader (USK). In het najaar vindt er een steekproef plaats. Het gaat om tijdelijke functies die lopen tot 1 juli. Verlenging op deze termijn tot 1 september is mogelijk als dit noodzakelijk is om een BBL-deelcertificaat (voor bijv. niveau 3) af te ronden. Een dienstverband mag maximaal zes maanden duren.

### *Toezegging – oproep aan oud-zorgmedewerkers (Sazias)*

In mijn brief van 15 december jl. heb ik u toegezegd dat ik u in een volgende COVID-19 brief informeer over of uitvoering kan worden gegeven aan de toezegging aan lid Sazias<sup>61</sup>, om via het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) oud-zorgmedewerkers op te roepen weer in de zorg te komen werken. In deze paragraaf geef ik invulling aan de toezeggingen.

Er is onderzocht wat de juridische/privacy-technische mogelijkheden zijn van een dergelijke brede oproep. Er is gekeken of een directe gerichte oproep per brief aan een vooraf afgebakende groep oud-zorgverleners mogelijk is. De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) heeft aangegeven dat dit niet mogelijk is wegens privacy-technische gronden. Wel kan er een oproep gedaan worden aan alle leden via de normale communicatiekanalen van het pensioenfonds. Dit kan onder meer door een oproep op te nemen in het deelnemersmagazine of een nieuwsbrief van PFZW voor het bijspingen in de zorg. Dat hebben we in gang gezet. Ondanks dat er beperkte mogelijkheden zijn via het pensioenfonds zien we dat oud-zorgverleners Extra Handen voor de Zorg weten te vinden. Zo zijn er nu 2918 aanmeldingen van mensen met een BIG- of verlopen BIG-registratie. Ook gaan we aan de slag met een creatieve searchopdracht naar oud-zorgverleners.

---

<sup>61</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 421

### Tot slot

Alle genoemde initiatieven en ontwikkelingen rondom EhvdZ zijn geënt op het ontlasten en ondersteunen van het zorgpersoneel die in de voorste linies staan bij de bestrijding van de pandemie.

Nederland vraagt het maximale van zorgorganisaties en hun personeel. Zij gaan tot de grenzen van wat mogelijk is, en soms daaroverheen. Zorgverleners zijn Coronamoe en het is van groot belang de uitstroom tegen te gaan. Daarom is, naast alle initiatieven rondom extra handen voor de zorg, de continuering nu geldende lockdown zo belangrijk. Want de enige echte oplossing voor de druk op zorgverleners is het terugdringen van het aantal besmettingen. Dit is ook de reden dat een aantal groepen zorgverleners prioriteit krijgen bij de vaccinatiestrategie. Daarnaast is gratis laagdrempelige mentale ondersteuning beschikbaar voor het zorgpersoneel en voor zwaardere mentale zorgvragen is het contactpunt psychosociale ondersteuning zorgprofessionals (ARQ-IVP) opgericht.

Zoals al benoemd onder hoofdstuk 14 wordt er ook samengewerkt met het Nederlandse Rode Kruis en Defensie. Vrijwilligers van het Rode Kruis kunnen trainingen volgen van de Nationale Zorgklas om nog beter inzetbaar te zijn. Zo wordt alles op alles gezet om organisaties in nood te helpen en zorgprofessionals zoveel mogelijk te ondersteunen. Daarnaast zijn concrete afspraken gemaakt met de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV) over hoe de samenwerking met EHvdZ vorm te geven, zodat nog meer vrijwilligers ingezet kunnen worden in de zorg.

### 17. Caribisch deel van het Koninkrijk

De laatste gegevens van 10 januari 2021 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

**Tabel 3: besmettingsbeeld Caribisch Nederland**

	Bonaire	Sint Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)	98 (285)	0 (19)	0 (5)	557 (4.458)	535 (6.042)	94 (1.555)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen (op de IC)	1 (0)	0	0	7 (4)	14 (6)	1 (0)
Aantal patiënten overleden	3	0	0	19	51	27

Het gemiddeld aantal besmettingen op Aruba en het aantal ziekenhuisopnames is de afgelopen weken toegenomen. Ook op Bonaire is de afgelopen weken het aantal besmettingen fors toegenomen, het aantal ziekenhuisopnames blijft vooralsnog beperkt tot één persoon. De situatie wordt dagelijks samen met het RIVM nauwlettend in de gaten gehouden. Op Curaçao is het aantal positieve gevallen de laatste weken gedaald en de zorgcapaciteit staat niet langer onder druk. Het medisch personeel dat vanuit Bonaire was overgeplaatst naar Curaçao om het capaciteitstekort binnen het CMC ziekenhuis op te vangen, wordt daarom terug overgeplaatst naar Bonaire. Het RIVM heeft geadviseerd om Curaçao niet langer te beschouwen als hoogrisicogebied, de tekst van het reisadvies is daarom bijgesteld. Het aantal actieve gevallen op Sint Maarten is de afgelopen weken gedaald. Saba en Sint Eustatius kennen op dit moment geen besmettingen.



Naar aanleiding van het vierde OMT-Cariben advies<sup>62</sup> omtrent de inzet van sneltesten van 12 november zijn sneltesten besteld via het LCH voor Sint Maarten, Bonaire, Saba en Sint Eustatius. Deze sneltesten zullen worden ingezet op hoog-prevalente groepen aan de hand van een snelteststrategie die het aantal sneltesten per doelgroep vaststelt.

De eilanden in het Caribisch gebied bereiden zich momenteel samen met het RIVM voor op de vaccinatiecampagne. In de vaccinatieparagraaf in deze brief informeer ik u nader over de stand van zaken.

## **18. Zoönose**

### *Toezegging pelsdierhouderij en plan van aanpak zoönosen*

Uw Kamer heeft tijdens de debatten over de SARS-CoV-2 besmettingen bij nertsenbedrijven gepleit voor een algeheel verbod op commerciële pelsdierhouderij in Europa. Het Kabinet onderschrijft deze lijn en deze is ook al ingezet. In het debat van 5 januari jl. is door het lid Van Esch (PvdD) gevraagd naar de inzet van Nederland om zo'n verbod in de Europese Unie te bepleiten. In de brief van 31 december 2020 (Kamerstukken 28 286 en 25 295, nr. 1166) heeft het Kabinet de stand van zaken ten aanzien van de internationale inzet op het nertsen-dossier weergegeven. Hierin is gemeld dat het Kabinet in de Europese gremia heeft gepleit voor een geharmoniseerde Europese aanpak met een Europese meldplicht en bestrijdingsplicht voor SARS-CoV-2 bij nertsen en andere marterachtigen. Ik kan daaraan toevoegen dat de Europese meldplicht voor SARS-CoV-2 bij nertsen en andere marterachtigen er inmiddels is gekomen. Daarnaast hebben we u in voornoemde brief laten weten dat we pleiten voor een algeheel verbod op de commerciële pelsdierhouderij in de Europese Unie.

Het Kabinet neemt de problematiek van toekomstige uitbraken van zoönosen net als uw Kamer serieus. We hebben de ambitie om het plan van aanpak zoönosen grondig aan te pakken en daarvoor willen we als eerste stap een expertgroep bijeenbrengen die een risicoanalyse uitvoert op het ontstaan en de verspreiding van zoönosen, een wegging maakt van deze risico's en aangeeft welke mogelijkheden er zijn om deze risico's te verkleinen. De tweede vraag aan de expertgroep is om deze analyse naast het huidige beleid te leggen en witte vlekken en verbeterpunten te identificeren. Het kabinet zal op basis van deze uitkomst bezien of en zo ja welke aanpassingen of aanscherpingen van beleid nodig zijn.

Op dit moment werken we de opdracht voor de voorzitter en de expertgroep verder uit en benaderen we experts. Het Kabinet hecht aan een stevige vertegenwoordiging vanuit de humane disciplines, naast de veterinaire en andere disciplines zoals natuur, biodiversiteit, en gedragswetenschappen. De expertgroep staat onder leiding van een voorzitter uit de humane gezondheidshoek. In het werk zal de expertgroep worden ondersteund door een onafhankelijk secretariaat. Daarnaast wordt er een gezamenlijke VWS-LNV projectorganisatie zoönosen opgezet, om dit traject te begeleiden. Het is de bedoeling dat zowel de expertgroep als de projectorganisatie op 1 februari starten. U wordt daarna zo spoedig mogelijk over de samenstelling en opdracht van de expertgroep geïnformeerd. Het kabinet zal uw Kamer voor de zomer van 2021 informeren over het resultaat van de expertgroep.

---

<sup>62</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 771

## 19. Resistente schimmels

Het kabinet deelt de zorgen van de Kamer over de risico's van resistente schimmels en houdt de ontwikkelingen daarom nauwlettend in de gaten. In het debat van 5 januari jl. heeft Minister van Ark haar toezegging herhaald dat zij hierover een brief aan de Tweede Kamer zal sturen. Zoals mevrouw Van Esch aangaf is er al veel informatie beschikbaar. De afgelopen jaren is meer inzicht verkregen in de mogelijke bronnen van resistentieontwikkeling. Uw Kamer is daarover ook een aantal keren geïnformeerd (Kamerstuk 27 858, nrs. 225, 229, 411, 460). Eind januari ontvangt de Kamer een brief over antibiotica resistentie/antimicrobiële resistentie. In deze brief zal ook worden ingaan op resistente schimmels en de acties die daarop ondernomen worden. Daarop vooruitlopend kan ik u alvast het volgende melden. Het blijkt dat de schimmel *Aspergillus fumigatus* (hierna *Aspergillus*) steeds vaker resistent is tegen medicijnen in de groep van de azolen, hetgeen de behandeling van humane infecties met *Aspergillus* moeilijk maakt.

Voor patiënten met een verzwakt immuunsysteem is een infectie met een schimmel, met *Aspergillus*, en zeker met een resistente schimmel altijd een groot probleem, dus ook als ze geen COVID-19 hebben. Naar aanleiding van de vraag van mevrouw van Esch heb ik contact gezocht met het Expertisecentrum Schimmelinfecties. Zij hebben mij het volgende gemeld.

Uit voorlopige analyses blijken *Aspergillus* infecties voor te komen bij 10 tot 20% van de COVID-19 patiënten op de IC, en blijkt dat patiënten mét *Aspergillus* meer kans hebben om te overlijden dan COVID-19 patiënten zonder *Aspergillus* (51% vs. 33%). Momenteel wordt onderzocht hoe het beste om kan worden gegaan met deze schimmelinfectie bij COVID-19-patiënten, waarbij met name wordt gekeken naar risicofactoren, diagnose en optimale behandeling. Overigens betreft waarschijnlijk slechts een klein deel van de schimmelinfecties een infectie met een resistente schimmel.

Beroepsgroepen hebben een voorlopig behandeladvies opgesteld. Daarin staat dat COVID-19-patiënten op de IC laagdrempelig onderzocht moeten worden op de aanwezigheid van *Aspergillus*. Indien er aanwijzingen worden gevonden voor aspergillose, wordt geadviseerd hiervoor ook behandeling te starten. Op dit moment karakteriseren het Expertisecentrum Schimmelinfecties en het RIVM de gekweekte schimmels en onderzoeken deze op resistentie kenmerken.

In de brief die u eind januari ontvangt zult u uitgebreider over de problematiek van resistente schimmels geïnformeerd worden.

## 20. Sport en jongeren

Jeugd tot en met 17 jaar kan normaal blijven trainen in de buitenlucht. Ook wedstrijden binnen de eigen club zijn toegestaan. Voor volwassenen blijft sportbeoefening mogelijk in de buitenlucht zoals dat de afgelopen weken ook het geval was, in groepjes van maximaal 2 personen.

Hartverwarmend zijn ook de verschillende initiatieven van sportverenigingen door het hele land. Verenigingen doen er echt alles aan om kinderen en jongeren tot 18 jaar en volwassenen te laten sporten. Zoals bij FC Zutphen waar de teams in tweetallen zijn gedeeld en er meerdere oefeningen in circuitvorm zijn uitgezet. Of voetbalvereniging Floreant in Boskoop die de hekken van de accommodatie niet dicht heeft gedaan, zodat de jeugd gedurende de afgelopen maand de hele dag terecht kon

om een balletje te trappen. Daar is met heel veel plezier gebruik van gemaakt door de Boskoopse jeugd. Maar ook hockeyclub Zwaluwen uit Utrecht: Een kleine club die zich creatief en enthousiast heeft ingezet om de sport, met alle beperkingen, open te houden. Bijvoorbeeld met de Zwaluwen Winterchallenge en de nieuwjaarspartijtjes voor de jongste jeugd op 1 januari.

De fieldlabs die betrekking hebben op de sportsector worden net als de andere field labs iets uitgesteld.

Voor de sport zijn er vanwege de maatregelen ook financiële zorgen. Er is op ambtelijk- en bestuurlijk niveau voortdurend constructief overleg hierover met de sportsector. Net zoals bij de eerdere steunpakketten zullen de financiële consequenties met de sport zorgvuldig in kaart worden gebracht ten behoeve van de volgende ronde aan steunpakketten.

## **21. Toepassing artikel 58s Wpg**

In mijn brief van 8 december heb ik uw Kamer geïnformeerd dat ik deze voortgangsrapportage zal gebruiken om te voldoen aan de maandelijks rapportageplicht van artikel 58s Wpg. Zoals hiervoor bij het epidemiologisch beeld en het OMT-advies is uiteengezet, is de situatie 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 eerder in deze brief weergegeven.

## **22. Aanvullingen op steun- en herstelpakket**

De lockdown heeft een grote weerslag op maatschappij en economie. Deze wordt breed gevoeld. De verlenging van de lockdown is noodzakelijk, maar voor iedereen een nieuwe klap. We realiseren ons dat dit ongekend zwaar is voor ondernemers en werknemers van getroffen bedrijven, voor maatschappelijke organisaties en voor mede-overheden. Het kabinet blijft zich daarom onverminderd inspannen om de werkgelegenheid en bedrijvigheid te ondersteunen. In het afgelopen jaar zijn daarom forse nieuwe regelingen opgetuigd, zoals de NOW, de TVL en de TOZO. De nieuwe klap van de verlengde lockdown leidt automatisch tot een hogere aanspraak op ondersteuning uit deze regelingen.

Met het vooruitzicht van het vaccineren van grote delen van de bevolking binnen afzienbare tijd, is er licht aan het einde van de tunnel. Tegelijk is de huidige situatie erg zwaar. We willen met elkaar de eindstreep halen. Daarom gaat het kabinet met stevige aanvullingen op het steun- en herstelpakket een uiterste inspanning doen om bedrijven en organisaties, met hun medewerkers, door de komende periode heen te helpen. Momenteel bekijkt het kabinet wat hiervoor nodig en mogelijk is. Ambitie is uw Kamer aan het einde van de week van 18 januari nader te informeren over deze aanvullingen op het steun- en herstelpakket.

## **23. Doelgroepencommunicatie jongeren**

Sinds de zomer van 2020 bereikt het kabinet jongeren met een brede campagne. Deze campagne wordt sindsdien stap voor stap uitgebreid. Het hart van de campagne wordt gevormd door afspraken die zijn gemaakt met vier grote mediapartijen (Hearst, FunX, VICE en SLAM!). Bij elkaar hebben zij een groot bereik onder jongeren. De mediapartijen maken online artikelen voor hun sociale media kanalen en items voor radioprogramma's. De artikelen en items bieden jongeren handvatten om op een zo goed mogelijke manier om te gaan met de maatregelen.

Ook werken we samen met diverse veldpartijen die contact hebben met de jongerendoelgroep zoals jongerenwerkers, scholieren- en studenten-koepels. Wij overleggen met hen hoe we de maatregelen en de daaruit voortvloeiende problemen onder jongeren kunnen verwerken in communicatiemiddelen. Andersom agenderen de veldpartijen bij ons onderwerpen die zij onder jongeren signaleren. In onderlinge afstemming maken wij de communicatiemiddelen die zij verspreiden onder hun achterban. Ook veiligheidsregio's en gemeentes worden gevraagd de middelen te delen. Een van de resultaten van de samenwerking met de veldpartijen is een campagne over eenzaamheid in samenwerking met de studentensport koepel.

Naast de campagne-inzet gaat het kabinet ook via mediakanalen het gesprek aan met kinderen en jongeren.

#### **24. Catshuisstukken 10 januari<sup>63</sup>**

Zoals aangegeven in mijn de brief van 9 december jl.<sup>64</sup> is het kabinet transparant. Hiertoe deelt het kabinet met de Kamer de presentaties die voorliggen in de informele overleggen over de corona-crisis in het Catshuis<sup>65</sup>. De stukken worden gelijktijdig gedeeld met de voortgangsbrieven, voor zover daar geen zwaarwegende belangen in de weg staan<sup>66</sup>, op de website van rijksoverheid.<sup>67</sup> Hier zijn vanaf heden de presentaties van het overleg op het Catshuis van zondag 10 januari 2021 te vinden.

#### **Tot slot**

De bestrijding van het virus zal de komende tijd nog veel van ons vragen. Het wordt steeds moeilijker om vol te houden en dat is ook begrijpelijk. Toch zullen we moeten doorzetten en is het belangrijk dat we ons aan de maatregelen houden. Alleen samen houden we dit vol. Maatregelen in combinatie met vaccineren en intensiever testen vormen samen de weg uit deze crisis. We zijn er zeker nog niet. Maar er is eindelijk licht aan het einde van de tunnel.

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

---

<sup>63</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>64</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 771.

<sup>65</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>66</sup> Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen

<sup>67</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/openbaarmaking-catshuisstukken>