

Vergaderjaar 2020–2021

**25 295**

## **Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 771**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 december 2020

#### **Inleiding**

We naderen het eind van het jaar. Een jaar waarin we met elkaar veel hebben moeten doorstaan. Juist dit jaar tijdens de feestdagen, hebben we behoefte om meer samen te zijn en klinkt er begrijpelijkerwijs een roep om versoepelingen van de maatregelen. Op basis van de huidige stand van zaken, kan dit nu helaas niet. De daling van het aantal besmettingen is sinds enkele weken gestagneerd. De afgelopen dagen lijkt er zelfs weer een lichte toename in het aantal besmettingen. Het aantal IC- en ziekenhuisopnames laat de afgelopen dagen een stagnatie zien. Soms is er een lichte stijging te zien, soms een lichte daling. Daarmee staat de reguliere zorg nog steeds onder druk. Dit betekent dat ondanks alle beperkingen, het virus nog niet onder controle is. We zullen daarom samen moeten volhouden.

We zullen Kerst daarom met gezond verstand moeten vieren om te zorgen dat we niet in een derde golf terecht komen. Juist met de feestdagen in het vooruitzicht, is het cruciaal dat we ons aan de maatregelen blijven houden. De maatregelen zijn en blijven gericht op minder sociale bewegingen. Minder direct contact leidt tot minder besmettingen. Hier hebben we zelf invloed op, hoe moeilijk dat ook is. Consistent en voorspelbaar beleid is van groot belang. Nu even versoepelen en dan straks weer moeten verzwaren, past daar niet in.

Gelukkig is er ook aantal lichtpuntjes zoals de start van de vaccinatiecampagne waar met veel inzet aan wordt gewerkt. Vaccinatie is de belangrijkste troef om uit deze crisis te komen.

We vaccineren eerst de kwetsbare mensen en hun zorgverleners. Dat begint met de mensen die werken in het verpleeghuis, daarna volgen de mensen die werken in de gehandicaptenzorg, de thuiszorg en de inwoners van die instellingen. Vervolgens zijn andere kwetsbare groepen en andere zorgmedewerkers aan de beurt en daarna volgen alle anderen.

Het is een complexe puzzel, waarbij we elke dag – op basis van steeds meer informatie – nieuwe stappen moeten zetten.

Vaccinatie, goedwerkende medicijnen en grootschalig testen gaat ons perspectief bieden op de langere termijn. Het streven is dat we in de loop van 2021 een deel van de beperkende maatregelen los kunnen laten. Tot die tijd moeten we voorzichtig blijven. Corona verspreidt zichzelf niet, wij doen dat.

Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid, 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. Daarbij ga ik uitgebreid in op de uitwerking en uitvoering van de vaccinatiestrategie.

### *Leeswijzer*

In deze brief ga ik in op:

- Het huidig epidemiologisch beeld, de OMT-adviezen van 30 november en 7 december jl. en de stand van zaken van het maatregelenpakket (paragrafen 1–3).
- Vervolgens komen de Routekaart en inschaling (paragraaf 4), doorontwikkeling van het dashboard (paragraaf 5) aan bod en geef ik de huidige stand van zaken van testen en traceren (paragraaf 6), digitale ondersteuning/CoronaMelder (paragraaf 7), quarantaine (paragraaf 8) en vaccins (paragraaf 9).
- Daarna ga ik in op de zorg voor patiënten in de curatieve zorg (paragraaf 10), de opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis (paragraaf 11), PBM (paragraaf 12) en Arbeidsmarkt (paragraaf 13).
- Een hoofdstuk kwetsbare personen volgt (paragraaf 14), waarna nog andere onderwerpen reizigers, gezond leven als preventie, en de tijdelijke wet maatregelen, Caribisch Nederland, publiekscommunicatie, Q-koorts en Wob verzoeken worden behandeld (paragraaf 15–22).
- Ten slotte voldoe ik in deze brief aan verschillende moties en toezeggingen.

## **1. Duiding epidemiologisch beeld**

Na een daling van het aantal meldingen van nieuwe besmettingen in de afgelopen weken tot ongeveer 5.000 per dag, zien we sinds een week weer een toename van het aantal besmettingen. De landelijke incidentie blijft daarmee hoog.

De afgelopen week was sprake van fluctuaties in de dagcijfers van het RIVM over het aantal positieve testuitslagen. Daarom kijken we naar weekcijfers voor trends en conclusies. De stijging in de weekcijfers is voor een deel te verklaren door het testbeleid dat sinds 1 december is verruimd. Mensen die geen klachten hebben kunnen zich nu ook laten testen als zij naar voren zijn gekomen in het BCO en de coronamelder-app. Hierdoor hebben meer mensen zich laten testen en zijn meer mensen positief getest.

In de afgelopen week (2 t/m 8 december) zijn 43.103 nieuwe positieve testuitslagen ontvangen; dit zijn er 9.154 meer dan de week daarvoor (25 november t/m 1 december: 33.949). Van 30 november tot en met 6 december zijn er 320.205 personen getest in de GGD-teststraten, dit zijn er 60.828 meer dan in de week ervoor. Het percentage positieve testen is deze week licht gestegen tot 11,6% ten opzichte van 11,1% vorige week.

Van de 9.154 extra positief geteste mensen zijn er zo'n 2.000 mensen die gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om te testen zonder klachten. De verhoging van het aantal positieve meldingen kan daarom slechts deels verklaard worden door het verruimde testbeleid. Een grotere testbereidheid, de verhoging van het aantal sociale contacten, zoals Black Friday en Sinterklaas, en het effect van de winter zijn ook mogelijke verklaringen voor het verhoogde aantal nieuwe positief geteste personen.

Het aantal nieuwe positieve geteste personen per 100.000 inwoners is in alle leeftijdsgroepen toegenomen ten opzichte van de week ervoor. In de leeftijdscategorie 13–17 en 18–24 jaar is het aantal meldingen het meest gestegen.

Afgelopen week zijn volgens de gegevens van Stichting Nice 1229 mensen vanwege COVID-19 op de verpleegafdelingen opgenomen, 222 meer dan de week daarvoor. Het aantal opnames op de Intensive Care (IC) bedroeg deze week 179, 4 minder dan de week ervoor, toen er 183 nieuwe opnames werden geregistreerd. Daarmee is de bedbezetting nog steeds hoog.

Het reproductiegetal R is 1.00. Dit getal geeft de groei van de epidemie van twee weken geleden (20 november) weer. Met een R van 1.00 blijft de epidemie ongeveer gelijk. Het aantal besmettelijke personen blijft hoog, met 87.875 personen deze week. Dat betekent dat er nog steeds een grote kans is, dat je besmet wordt door iemand waarmee je in contact komt. Om het virus te verslaan, is het nodig dat de R duurzaam onder de 1,0 komt.

### *Regionaal beeld*

In alle regio's steeg de incidentie, het percentage positief getesten en het aantal positieve testen. Ook de R-waarde is in alle regio's ongeveer gelijk gespreid. De regio's met het laagste percentage positieve testen zijn Groningen en Fryslân (7 tot 8%); de regio's met de hoogste percentages zijn Flevoland, Zuid-Holland-Zuid en Limburg-Noord (14 tot 17%). In de regio's Drenthe, Fryslân en Zeeland is het kleinste aantal nieuwe positieve testen per 100.000 inwoners zichtbaar. De regio's met het hoogste aantal positieve testen per 100.000 inwoners zijn Flevoland, Zuid-Holland-Zuid en Gelderland-Midden. Deze regio's hebben meer dan 299 meldingen per 100.000 inwoners.

## **2. 89<sup>e</sup> en 90<sup>e</sup> OMT-adviezen**

Het OMT is 27 november en 4 december bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. De adviezen zijn opgenomen in de bijlagen (Bijlage – advies n.a.v. 89<sup>e</sup> en 90<sup>e</sup> OMT)<sup>1</sup>.

### *89<sup>e</sup> OMT-advies*

Het 89<sup>e</sup> OMT-advies behelst de volgende onderwerpen:

- Verloop van de epidemie
- Stand van zaken scholen
- Grootschalig en frequent testen
- Overig: een aantal technische onderwerpen met betrekking tot testen.

---

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

### Ad1) Verloop van de epidemie

De daling in het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positief geteste personen stagneert. De meest recente schatting van het reproductiegetal R, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is op 12 november 1,03 (1,00–1,06), en dat is niet veel veranderd ten opzichte van de week daarvoor. Het duidt op stagnatie in de daling van het aantal meldingen. Het aantal opnames op de IC daalt verder, maar de snelheid van daling is afgenomen.

### Ad2) Stand van zaken scholen

Het aantal meldingen onder «pubers» (13–17 jaar) neemt toe. Er is aan deze toename vooralsnog geen verandering in de zorgbelasting. Dit leeftijdscohort komt nauwelijks in de ziekenhuisopnames terug. Op basis van diepgravend bron- en contactonderzoek van de GGD'en (bijvoorbeeld door GGD Amsterdam), wordt met name transmissie gezien onder leerlingen onderling en de docenten onderling en is er de suggestie dat circa de helft van de besmettingen op school en de andere helft buiten school plaatsvond.

Het OMT ziet de oplopende aantallen besmettingen onder middelbare scholieren wel als een potentiële bron van besmetting en transmissie naar de verdere bevolking. Daarom kan het OMT zich vinden in het idee om frequenter leerlingen te testen in het geval van een uitbraak op een school. Hier zouden antigeentesten een rol in kunnen vervullen bij kinderen met en zonder klachten indien validatie is aangetoond.

Het OMT wil daarnaast benadrukken dat er meer moet worden ingezet op de andere mogelijkheden om transmissie op scholen tegen te gaan, zoals het voorkomen van crowding in school en spreiding van pauzes. En de algemene maatregelen die van toepassing zijn. Triage op klachten door ouders, leerlingen en leerkrachten, blijft een van de allerbelangrijkste maatregelen aan de «bron».

### Ad3) Grootschalig en frequent testen

Ten aanzien van grootschalig en frequent testen, voorziet het OMT drie scenario's.

Het OMT ziet meerwaarde voor grootschalig testen in scenario 1 (een grote groep mensen eenmalig testen om besmettingen in kaart te brengen) en scenario 2 (het mogelijk maken van evenementen). Beiden dienen te worden geëvalueerd, waarbij compliance aan maatregelen bij positief testresultaat moet zijn geborgd.

Voor het inzetten van herhaald grootschalig testen om de maatschappij te heropenen (scenario 3), zou het merendeel van de bevolking of de doelgroep zeer frequent (elke 3–4 dagen) moeten worden getest. Met een test die even gevoelig is als de PCR-test en indien 80% van de positief geteste persoon daadwerkelijk direct in isolatie gaat. Grootschalig testen moet een helder omlijnd doel hebben waarbij het belangrijk is om geen onrealistische verwachtingen te scheppen. Een groot gevaar van testen volgens scenario 3 blijft dat personen met een negatief testresultaat de basismaatregelen loslaten, waarmee elke fout-negatieve uitslag wordt gekoppeld aan een reproductiegetal van 2 tot 3. Hiermee kan testen in bepaalde omstandigheden de verdere voortgang van de uitbraak bevorderen in plaats van helpen beperken. Het OMT is ten aanzien van dit scenario terughoudend, deze toepassing brengt grotere risico's met zich mee terwijl de toegevoegde waarde nog moet worden aangetoond.

Het OMT is van mening dat een proef in twee steden een goed initiatief is om de effectiviteit en praktische toepassing van scenario 1 te toetsen, in eerste instantie in bijvoorbeeld wijken of dorpen met een hoge incidentie van infectie en een lage testincidentie. Dergelijke experimenten kunnen nuttig inzicht opleveren in de testbereidheid en compliance met de vervolgmaatregelen (isolatie en quarantaine). Ook geeft het een indicatie of massaal testen helpt om de incidentie af te laten nemen. Een langere proef is nodig om het effect op de langere termijn te kunnen meten. Een en ander is in de bijlage uitgewerkt<sup>2</sup>.

Het Fieldlab-pilotproject is al zorgvuldig uitgewerkt, maar het OMT acht de risico's nu te groot voor de uitvoering van deze pilots. Het OMT pleit voor een herbeoordeling van het Fieldlab-pilotproject in januari 2021 om te bezien of een dergelijke pilot mogelijk eerder dan enkel in de landelijke fase van «waakzaam» kan plaatsvinden.

#### Ad4) Overig: een aantal technische onderwerpen met betrekking tot testen

De werkgroep antigeentesten binnen het OMT werkt aan een overzicht van de indicatie per doelgroep van antigeentesten. Hierop zal de LCI-richtlijn worden aangepast en zo snel mogelijk gepubliceerd.

In het licht van het veranderde beleid dat 1 december a.s. in zal gaan, waarbij personen in bron- en contactonderzoek of gewaarschuwd door de CoronaMelder-app, standaard op dag 5 worden geadviseerd zich te laten testen, worden meer testuitslagen verwacht van personen zonder klachten. Wanneer deze personen negatief zijn getest, mogen zij uit quarantaine. Wanneer zij positief zijn getest, blijven zij nog 5 dagen in isolatie. De LCI richtlijn wordt hierop aangepast.

Voor het beleid na testen van zorgmedewerkers in quarantaine komt het OMT tot een verdere uitwerking. De herziene bijlage «Uitgangspunten testbeleid en inzet zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis» bij de LCI-richtlijn COVID-19 is vastgesteld. Deze uitgangspunten vormen een basis voor maatwerk waarin de verschillende zorgsectoren buiten het ziekenhuis (beargumenteerd) sectorspecifieke aanpassingen kunnen maken. Voor de ziekenhuissector verwerkt de Federatie Medisch Specialisten de consequenties van PCR-test in de quarantaineperiode in de bestaande richtlijnen.

Het OMT adviseert om personen met *milde* klachten, behorend tot de medische risicogroep buiten zorginstellingen, die zich melden voor een test in de teststraten, desgewenst te testen met een antigeensneltest. Zij hoeven niet opnieuw getest te worden middels PCR. Deze personen worden gewezen op het belang dat zij zich bij verslechtering melden bij hun huisarts en zodra zij in zorg terecht komen, dienen zij op basis van medisch inhoudelijke afweging van de behandelaar, opnieuw getest te worden middels PCR.

Tot slot, wijst het OMT op de drukte in de grote steden en winkelgebieden. Hierdoor kunnen de basismaatregelen niet voldoende worden opgevolgd. Deze situatie is onwenselijk en kan gevolgen hebben voor de verdere verspreiding van het virus in de aanloop naar de feestdagen.

---

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

## BAO-advies

Het bestuurlijk afstemmingsoverleg herkent het epidemiologisch beeld. Het BAO kan zich vinden in het advies met betrekking tot grootschalig en frequent testen. Testen leidt niet tot bestrijding van het virus: compliance aan isolatie en quarantaine is van het grootste belang. Scenario 1, grootschaliger testen bij hoge prevalentie in specifieke sectoren of wijken, kan nu al worden toegevoegd. Scenario 2, bij evenementen kan nu niet, maar zal in januari opnieuw worden beoordeeld. Scenario 3 heeft nu te veel risico's. Dit kan op termijn, maar daar hoort een goed uitvoeringsplan bij.

Het BAO is het eens met de overige adviezen en verzoekt het OMT of LCI om heldere communicatie over soorten testen per doelgroepen, hertesten (of niet) en de quarantaineverplichtingen, het liefst via één duidelijk overzicht.

Tenslotte wordt het signaal met betrekking tot de drukte in winkelgebieden herkend. Een landelijke oproep aan mensen om zich aan de maatregelen te houden kan nuttig zijn, maar het voorkomen van deze drukte moet toch vooral vanuit regionale maatregelen komen.

## *90<sup>e</sup> OMT-advies*

Het 90e OMT-advies behelst de volgende onderwerpen:

1. Verloop van de epidemie
2. Maatregelen: decemberopties en heropening eigenstandige restaurants, aanscherpingen
3. Adviezen voor ouderen en kwetsbaren
4. Covid-19 vaccinatie en uitbraakbestrijding

### Ad1) Verloop van de epidemie

Het beeld van de epidemie op basis van het aantal meldingen blijft nagenoeg ongewijzigd ten opzichte van de afgelopen drie weken, met rond de 5.000 meldingen van nieuwe SARS-CoV-2-besmettingen per dag. De landelijke incidentie blijft daarmee hoog. De meest recente schatting van het reproductiegetal  $R$ , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 20 november 1,00 (0,97–1,03), en dat is zeer licht gedaald ten opzichte van vorige week. Het duidt op een stagnatie van de daling in het aantal meldingen. Het aantal ziekenhuis- en IC-opnames nemen af, zij het langzaam. Het aantal ziekenhuis- en IC-opnames per dag liggen beide ongeveer een factor twee hoger dan de signaalwaarden van respectievelijk 40 en 10 per dag. Ook de druk op de zorgcapaciteit in verpleeghuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg blijft hoog.

### Ad2) Maatregelen: decemberopties en heropening eigenstandige restaurants, aanscherpingen

Het OMT heeft gesproken over de te verwachten effecten van de voorgestelde scenario's voor de decembermaand. Deze effecten zijn doorgerekend voor de periode 21 december tot en met 2 januari, omdat het risiconiveau nu al hoger is dan zorgelijk.

Uit de modellering blijkt dat ook als het huidige pakket aan maatregelen gehandhaafd wordt, door een toename van het aantal contacten, de kerstvakantie van invloed zal zijn op het aantal besmettingen, het aantal ziekenhuisopnames en het aantal overlijdens. De verwachting is dat het bereiken van de signaalwaarde (IC-opnames <10 per week) hierdoor met een week zal worden vertraagd, doordat mensen meer contacten hebben

tijdens en ook tussen de komende feestdagen waardoor de verspreiding van het virus zal toenemen, met uiteindelijk nieuwe opnames als gevolg.

Het OMT wijst erop dat – gezien de stagnatie in de afname van het aantal COVID-19-gevallen de afgelopen weken en het als gevolg daarvan naar begin januari verschuiven van het punt waarop de signaalwaarde van het aantal IC-opnames van minder dan 10 per dag bereikt wordt – versoepelingen van het maatregelenpakket nog niet aan de orde is. Omdat het aantal besmettingen van COVID-19 nog steeds hoog ligt, bij laatste inschatting betreffende 26 november op 87.875 personen, kan een kleine toename van het reproductiegetal boven de 1,0 al tot een belangrijke toename van het totale aantal besmette personen leiden.

Als besloten wordt de koppeling aan genoemde signaalwaarde van het aantal IC opnames los te laten en een keuze voor versoepelingen gemaakt wordt, is het OMT van mening dat het de voorkeur heeft om de mogelijkheid om thuis bezoek te ontvangen te verruimen van 3 naar maximaal 6 personen, gedurende de kerstdagen en/of oudejaarsavond. Het OMT geeft daarbij aan dat een versoepeling van de maatregelen tijdens de kerstdagen én tijdens oudjaarsdag een belangrijke acceleratie van de overdracht en verspreiding met zich mee kan brengen: de combinatie van kerst en oudejaar zullen een negatief effect versterken. Het OMT adviseert om dit aspect in de communicatie mee te nemen en de mensen bewust te maken van deze stapeling van risico's.

Ten aanzien van restaurants merkt het OMT op dat het van groot belang is dat als hier een verruiming wordt toegestaan, aan alle genoemde voorwaarden wordt voldaan en gehandhaafd. Het OMT benadrukt dat een eventuele verruiming alleen voor de eigenstandige restaurants zou moeten gelden.

Voor culturele instellingen geldt dat zij al open zijn, en nu een maximum van 30 personen mogen ontvangen. Bij een verruiming van 30 naar 100 gasten dient, net als bij restaurants, geborgd te zijn dat op alle plekken, inbegrepen sanitaire voorzieningen en in- en uitgangen, voldoende afstand kan worden gehouden. Ook zou reservering en placering een voorwaarde moeten zijn.

Het OMT gaat in een eerstvolgend advies in op de voorgestelde maatregelen met betrekking tot het verruimen van het alcoholverbod van 20.00 tot 22.00 uur en het verruimen van de avondsluiting van de detailhandel van 20.00 tot 22.00 uur.

Van het voorstel om het onderwijs na de kerstvakantie één week online te laten plaatsvinden, wordt weinig effect verwacht op circulatie van het virus. Het OMT is van mening dat dit niet als compensatie van versoepelingen dient te worden ingezet.

### Ad 3) Adviezen voor ouderen en kwetsbaren

Ten aanzien van zelfstandig wonende, zowel vitale als kwetsbare ouderen kwetsbare mensen, is het OMT van mening dat er voor deze groepen geen wijzigingen zouden moeten gelden in de adviezen ten aanzien van bezoek, en het maximum aantal bezoekers op 3 gehouden dient te worden. Het betreft een advies, waarbij ouderen zelf de regie voeren en keuzes maken.

#### Ad 4) Covid-19 vaccinatie en uitbraakbestrijding

Er is nog veel onduidelijk over het effect van vaccinatie tegen SARS-CoV-2 op de transmissie van het virus. Dit zal afhangen van de effectiviteit van de gebruikte vaccins, de vaccinatiestrategie en of gevaccineerde personen het virus nog kunnen verspreiden. Als hierover meer gegevens bekend zijn, dan kunnen deze gegevens gemodelleerd worden, zodat de samenhang met de huidige maatregelen kan worden beoordeeld.

Het is nu nog te vroeg om al te kunnen adviseren over aanpassen van maatregelen, testbeleid en bron-en contactonderzoek in relatie tot vaccinatie.

#### BAO-advies

Het bestuurlijk afstemmingsoverleg herkent dat het huidige epidemiologische beeld geen aanleiding geeft tot versoepeling van de maatregelen. Hoewel het voor de samenleving belangrijk is om perspectief te hebben, is het ook belangrijk dat het beleid eenduidig en helder is. Nu versoepelen en dan later weer moeten verzwaren, kan van invloed zijn op de mentale gezondheid van mensen. De adviezen over vaccinatie en uitbraakbestrijding worden ter harte genomen. Het is ook op dit punt van belang om helder te communiceren.

### **3. Maatregelen**

Bij de besluitvorming over maatregelen en de beoordeling van noodzaak en evenredigheid, vindt voortdurend een afweging plaats van de verschillende belangen. We kijken niet alleen naar de invloed op verspreiding van het virus, maar betrekken ook de consequenties voor bijvoorbeeld burgers en ondernemers. Op dit moment geeft het epidemiologisch beeld, zoals hierboven beschreven, reden tot zorg. Dit maakt dat het helaas niet mogelijk is om voor de eindejaarsperiode, die voor veel mensen een bijzonder karakter heeft, meer ruimte te geven in de maatregelen. Het dringende advies blijft om maximaal drie personen thuis te ontvangen. Dit dringende advies telt niet voor personen die op hetzelfde adres woonachtig zijn en kinderen tot 13 jaar niet mee.

Het kabinet begrijpt dat het niet versoepelen van maatregelen voor veel burgers en ondernemers een teleurstellend bericht is. Het kabinet had zelf ook graag gezien dat een versoepeling mogelijk was geweest. De realiteit is echter dat we op een tweesprong staan. Zoals ik in de inleiding al aangaf, is consistent en voorspelbaar beleid van groot belang. Wanneer iedereen verstandig omgaat met de geldende maatregelen en deze goed naleeft, dan komt naar verwachting medio januari het moment in beeld dat een deel van de maatregelen heroverwogen kan worden. Echter, wanneer we ons als maatschappij niet goed aan de huidige maatregelen houden en de situatie dus niet verbetert, ligt een verzwaring van het huidige maatregelpakket eerder in de rede dan een versoepeling.

#### *Naleving maatregelen*

Het kabinet onderschrijft het belang dat het OMT in haar advies hecht aan naleving van de bestaande maatregelen. In het bijzonder heeft het kabinet aandacht voor de situatie in winkelgebieden.



## Verantwoord winkelen

De afgelopen periode heeft het kabinet meerdere malen overleg gevoerd met de detailhandel over de handhaving. Dit heeft geresulteerd in een afsprakenkader «naleving en handhaving verantwoord winkelen». Het afsprakenkader bevat maatregelen om veilig winkelen te garanderen ten aanzien van onder andere inrichtingsmaatregelen in en om de winkel en in de openbare ruimte van winkelgebieden. Ook is een prioritering gemaakt naar 400 (veelal grootschaliger) winkelgebieden met de grootste risico's met betrekking tot COVID-19. Binnen deze gebieden worden vier herkenbare typen winkelgebieden onderscheiden waarbij bij elke type een logische partij het voortouw en de regie neemt om toe te zien op handhaving en naleving van de maatregelen. Met de veiligheidsregio's is afgesproken dat zij een ondersteunende structuur bieden, waarbij er ook vanuit de gemeenten een vast aanspreekpunt is. Wanneer nodig, kan de detailhandel rekenen op boa's of de politie.

Daarnaast zal vanaf zaterdag 12 december onder de «Alleen Samen»-campagne op tv een spot worden uitgezonden gericht op het verantwoord winkelen richting de feestdagen. Daarin wordt bijvoorbeeld opnieuw opgeroepen om alleen te winkelen en zoveel mogelijk op rustige momenten.

### *Sporters in topcompetities*

Sporters met een A-status of een talentstatus van NOC\*NSF en in de Eerste Divisie en Eredivisie voetbal zijn voor de beoefening van hun sport al uitgezonderd van de geldende beperkingen voor sport. Daar wordt de categorie sporters in topcompetitie sport aan toegevoegd. Het kunnen trainen voor en deelnemen aan wedstrijden door sporters in topcompetities is van groot belang. Deze competities, die bestaan uit meerdere speelrondes over een langere periode, vormen de basis van de Nederlandse topsportinfrastructuur, omdat hierin de noodzakelijke sportieve weerstand wordt gevonden om op niveau de sport te beoefenen en daarin te ontwikkelen. Dit is belangrijk om voor Nederland en Nederlandse teams het concurrentieniveau op internationaal gebied te waarborgen. Daarom wordt het voor sporters in deze topcompetities mogelijk om zonder beperkingen te trainen en deel te nemen aan wedstrijden in de hoogste klassen van de genoemde sporten<sup>3</sup>. Voor sporters in topcompetities wordt sportbeoefening (trainen en wedstrijden) daarom toegestaan op minder dan 1,5m en in groepen van meer dan vier personen. Ook worden zij vrijgesteld van het maximumaantal van 30 personen per ruimte binnen. Het betreft een beperkte groep van 4.000 sporters, waarvoor bovendien door de sport zelf ontwikkelde strikte protocollen zullen gelden om de verspreiding van het virus te minimaliseren. Daarmee is het risico voor de volksgezondheid beheersbaar.

---

<sup>3</sup> De uitzondering geldt voor topsporters tijdens de beoefening van sport voor: de Dutch Basketball League mannen; de Vrouwen Basketball League; de Eredivisie Rolstoelbasketbal; de Eredivisie Volleybal vrouwen; de Eredivisie Volleybal mannen; de Eredivisie Waterpolo vrouwen; de Eredivisie Waterpolo mannen; de Eredivisie Handbal vrouwen; de Eredivisie Handbal mannen; de Hoofdklasse Hockey vrouwen; de Hoofdklasse Hockey mannen; de Korfbal League; de Hoofdklasse Honkbal; de Hoofdklasse Softbal; de Eredivisie Beachvolleybal; het hoogste niveau van rugby; het hoogste niveau van ijshockey; het hoogste niveau van zaalvoetbal; het hoogste niveau van badminton; het hoogste niveau van squash; het hoogste niveau van tafeltennis; voetballers behorende tot de A-selectie van clubs die uitkomen in de Eredivisie, Vrouwen Eredivisie en Eerste divisie; voetballers die uitkomen in internationale voetbaltoernooien die worden georganiseerd door de UEFA of de FIFA; voetballers van vertegenwoordigende elftallen van de KNVB en andere topsporters in instellingen voor topsport.

## *Wijziging Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19*

Om de wijziging ten aanzien van topsport mogelijk te maken is een wijziging van de ministeriële regeling maatregelen covid-19 opgesteld. Hierbij heeft het kabinet van de gelegenheid gebruik gemaakt om een aantal verbeteringen door te voeren<sup>4</sup>. U ontvangt deze regeling bij deze brief<sup>5</sup>.

### *Nahang ministeriële regeling en reces Tweede Kamer*

De Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 zal worden gewijzigd als de epidemiologische situatie daar aanleiding toe geeft. Een dergelijke ministeriële wijzigingsregeling wordt op grond van artikel 58c, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd. Deze vervalt van rechtswege indien de Tweede Kamer besluit niet in te stemmen met de regeling. Het gaat hier om een nahangprocedure waarbij de hoofdregel is dat drievierde deel van de nahangtermijn buiten het reces dient plaats te vinden<sup>6</sup>. Van deze hoofdregel kan worden afgeweken indien deze termijn niet in acht kan worden genomen. Ik wil u alvast laten weten dat het niet kan worden uitgesloten dat het tijdens het reces van een der Kamers noodzakelijk is om bij ministeriële regeling maatregelen te nemen ter bestrijding van het virus. In een dergelijk spoedeisend geval kan het noodzakelijk zijn om een ministeriële regeling na te hangen gedurende het reces of een belangrijk deel daarvan. Als een dergelijke situatie zich voordoet zal ik uw Kamer hierover zo spoedig mogelijk informeren, zodat uw Kamer eventueel terug kan komen van reces indien uw Kamer de vastgestelde regeling wenst te bespreken.

### *Fieldlabs evenementen*

De evenementenindustrie is een industrie die veel ervaring heeft met hoe je veilig en verantwoord activiteiten kunt organiseren. Om te onderzoeken op welke manier culturele, zakelijke en sportevenementen weer veilig en verantwoord georganiseerd kunnen worden heeft de sector een onderzoeksplan ingediend dat een maatschappelijk perspectief en economisch perspectief biedt voor 2021. Dit programma is mede opgezet met wetenschappers en kennisinstellingen, de Topsectoren Creatieve Industrie en Life, Sciences & Health en CLICKNL. Om te komen tot bruikbare data zijn in het plan diverse sets van activiteiten voorzien, zoals lab-opstellingen en enkele praktijktesten. Met deze data kan een basis gecreëerd worden waarop het kabinet en de gemeenten besluitvorming kunnen voorbereiden en protocollen aangepast kunnen worden. De praktijktesten zijn onderverdeeld in vier types, gebaseerd op dynamiek en op basislocatie (binnen- of buitenruimten).

Denk respectievelijk aan een theatervoorstelling, een popconcert, een buitenconcert of voetbalwedstrijd en als laatste een festival als Lowlands. In totaal zullen er acht praktijktesten worden uitgevoerd.

Zoals eerder geschreven bij het 89<sup>e</sup> OMT-advies hebben het OMT en BAO geadviseerd om in januari opnieuw te beoordelen of de praktijktesten eerder dan enkel in de landelijke fase van «waakzaam» kunnen plaatsvinden. Gezien het belang van de Fieldlab praktijktesten voor het perspectief in de sector en vanwege de lange doorlooptijden bij het

<sup>4</sup> Dit betreft een aantal verbeteringen in de eerste tijdelijke regeling maatregelen Covid-19. Voor de details verwijs ik u naar de toelichting bij de wijziging ministeriële regeling maatregelen Covid-19 die u heden ontvangt.

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

<sup>6</sup> Artikel 2.38 Aanwijzingen voor de regelgeving.

organiseren van evenementen, heeft het kabinet echter besloten om, los van het epidemiologisch beeld, in januari te starten met de praktijktesten van type 1 en 3. Het startmoment voor de praktijktesten van type 2 en 4 wordt meegenomen in de besluitvorming van begin volgend jaar. Het starten van de praktijktesten gebeurt met inachtneming van de eerdere opmerkingen van het RIVM bij de opzet van de experimenten. In de wijze waarop de praktijktesten zijn opgezet wordt gestreefd naar de hoogst mogelijke beschermingsgraad voor de volksgezondheid, waarbij praktijktesten kunnen plaatsvinden zonder aanvullend risico voor de volksgezondheid. Het uitgangspunt is daarbij dat de praktijktesten veilig zijn door de inzet van diverse sets van preventieve maatregelen. De Fieldlabs praktijktesten worden zo snel mogelijk juridische mogelijk gemaakt.

Inzichten uit deze Fieldlabs kunnen helpen om de bovengenoemde sectoren op veilige en verantwoorde wijze weer op te starten, maar dit betekent niet dat er meteen op grootschalig vlak van alles mogelijk wordt. De praktijktesten kunnen ook een bijdrage leveren aan het onderzoeken van grootschalig testen bij evenementen, waar ik verderop in de brief dieper op in ga.

### *Perspectief Jeugd en jongeren*

Naast goed onderwijs en kans op een baan, is het voor jongeren essentieel om elkaar fysiek te kunnen ontmoeten in deze levensfase. De eenvoudigste manier is om coronamaatregelen zo in te richten dat hun gewone leven op het gebied van onderwijs, sport, ontspanning en werk zoveel mogelijk door kan gaan. Hoewel het kabinet deze behoefte bij de besluitvorming steeds meeweegt, zal dit de komende periode naar alle waarschijnlijkheid nog beperkt mogelijk zijn, zeker voor jongvolwassenen. Daarom zijn op korte termijn aanvullende en praktische oplossingen nodig om binnen de geldende beperkingen ontmoetingen mogelijk te maken voor het mentale welbevinden van jongeren. Met een Jeugdpakket van € 58,5 mln. wil het kabinet een gerichte (financiële) impuls geven aan gemeenten om samen met jongeren, lokale organisaties en evenementensector volledig coronaproof kleinschalige activiteiten te programmeren op het gebied van cultuur, sport en andere zinvolle vrijetijdsbesteding. Ook is met gemeenten afgesproken om met het geld extra inzet van jongerenwerkers in achterstandswijken met kwetsbare jongeren te organiseren. Zij kunnen gericht deze jongeren uit risicogroepen bereiken en passende hulp en ondersteuning bieden. Een deel van het Jeugdpakket (€ 3,5 mln) zet het kabinet in op laagdrempelige preventieve ondersteuning van jongeren op het gebied van mentale gezondheid. Een nadere toelichting vindt u verderop in deze brief.

### *Openbaarmaking Catshuisstukken*

Mede naar aanleiding van de openbaarmaking van documenten inzake de aanpak van de coronacrisis door de Minister van Justitie en Veiligheid zijn vragen gerezen over het karakter van het periodieke overleg over de aanpak van de coronacrisis in het Catshuis. Zoals eerder in het antwoord op vragen van de leden Marijnissen en Asscher uiteengezet, betreft het een informeel en beschouwend overleg op initiatief van de Minister-President. Het overleg in het Catshuis overleg biedt de gelegenheid informeel verschillende aspecten van de coronacrisis en zijn aanpak tegen het licht te houden en daarover vrij standpunten en opvattingen uit te wisselen.

Openbaarmaking van presentaties uit dit overleg zou afbreuk kunnen doen aan de bescherming van de voor de vrije gedachtewisseling

noodzakelijke vertrouwelijkheid waarin dit overleg tussen de aanwezigen plaatsvindt.

Anderzijds heb ik er oog voor dat de huidige discussie over het karakter van het overleg mogelijk aanleiding geeft tot vragen. In een crisis waarin van de gehele samenleving grote offers worden gevraagd hecht het kabinet er groot belang aan transparant te zijn.

In die bijzondere omstandigheid wil het kabinet de Kamer graag nader informeren. Bij deze zend ik de Kamer dan ook alsnog de presentaties naar aanleiding waarvan de leden Marijnissen (SP) en Asscher (PvdA) schriftelijke vragen hebben gesteld<sup>7</sup>. Voor de goede orde merk ik hierbij op het document inzake economische gevolgen «Memo effect maatregelen scenario's economie» niet onderwerp van bespreking is geweest.

Tevens treft u bij deze brief de presentaties aan die vanaf 25 oktober ten behoeve van Catshuisbijeenkomsten zijn opgesteld<sup>8</sup>. Voor de toekomst zal het kabinet, voor zover daar geen zwaarwegende belangen<sup>9</sup> aan in de weg staan, deze presentaties steeds met de voortgangsbrieven aan de Kamer zenden. Ten aanzien van presentaties uit soortgelijke bijeenkomsten in het Catshuis in het verleden, spreek ik de intentie uit deze zo veel als mogelijk openbaar te zullen maken. Voor al deze bijeenkomsten merk ik evenwel op dat, aangezien het hierbij gaat om informele documenten die niet centraal gearchiveerd zijn, soms zijn opgesteld door derden en/of ook derden belang in het geding kan zijn, hiervoor enige tijd noodzakelijk zal zijn en zwaarwegende belangen beperkingen met zich kunnen brengen in de mate waarin dan wel de wijze waarop stukken kunnen worden verstrekt. Voorts merk ik op dat, gelet op het informele karakter van de bijeenkomsten niet altijd een antwoord te geven zal zijn op de vraag of een stuk dat is opgesteld ten behoeve van een dergelijk overleg ook daadwerkelijk aan de orde is geweest.

#### *COVID-19-vaccinatie en uitbraakbestrijding*

Er is nog veel onbekend over het effect van vaccinatie tegen SARS-CoV-2 op de transmissie van het virus. Dit zal afhangen van de gebruikte vaccins en of gevaccineerde personen het virus nog kunnen verspreiden. Als hierover meer gegevens bekend zijn, dan kunnen deze gegevens gemodelleerd worden, zodat de samenhang met de huidige maatregelen kan worden beoordeeld. Het beschikbaar houden van testcapaciteit voor zowel gevaccineerde en nog niet gevaccineerde personen is van groot belang om de uitbraak te kunnen vervolgen en om vaccineffectiviteit te kunnen beoordelen; surveillance en registratie is dus van groot belang.

Ik realiseer mij dat als meer en meer mensen gevaccineerd zijn, dit allerlei vragen oproept over de gevolgen van vaccinatie op de voortgang van de uitbraak en op de maatregelen. Het OMT geeft aan dat het echter nog te vroeg is om al te kunnen adviseren over aanpassen van maatregelen, testbeleid en bron-en contactonderzoek.

---

<sup>7</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

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

<sup>9</sup> Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen.

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

### **4. Inschaling en Routekaart**

Het OMT heeft in haar 81<sup>e</sup> advies geadviseerd de routekaart en de inschalingsystematiek te herijken. Momenteel wordt aan deze herijking gewerkt. Daarbij bekijken we voor de inschalingsindicatoren hoe we rekening kunnen houden met het testbeleid en de vaccinatiegraad. Voor de routekaart wordt de zwaarte en samenhang van de maatregelenpakketten bekeken. Het RIVM rekent de routekaart door. Ook worden de brede effecten van de maatregelpakketten integraal afgewogen. Gezien het huidige epidemiologische beeld, en het feit dat het nog een tijd lijkt te duren voordat we op een lager incidentieniveau zitten, nemen we meer tijd voor deze herijking. De herijkte routekaart komt dus niet in december, maar volgt in het nieuwe jaar.

### **5. Ontwikkeling coronadashboard**

Het coronadashboard is permanent in ontwikkeling. Niet alleen werken we aan het toevoegen van nieuwe informatie 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. Daarom zijn we gestart met het periodiek (elke twee weken) toepassen van gebruikersonderzoeken.

Naast het vele werk dat gebeurt om het dashboard toegankelijker te maken, kan ik melden dat er ook een aantal nieuwe databronnen wordt toegevoegd. Het coronadashboard wordt komende week verder uitgebreid met onder meer informatie over sterfte, gehandicaptenzorg en 70-plussers onder de COVID-19 groep. Met het toevoegen van sterfte komen we tegemoet aan een veelgehoorde wens van gebruikers van het dashboard. Gehandicaptenzorg en thuiswonende 70-plussers betreffen groepen die extra kwetsbaar zijn in het geval van een besmetting met COVID-19. Daarom willen we hier goed zicht op houden en deze kennis ontsluiten, zodat tijdig passend maatregelen genomen kunnen worden. Eerder werd om die reden verpleeghuiszorg al aan het dashboard toegevoegd.

Ziekenhuisopnamen per veiligheidsregio en per gemeente worden tijdelijk niet op het dashboard getoond. Het cijferbestand waaruit het dashboard putte (Osiris) wijkt nu te sterk af van het werkelijke aantal ziekenhuisopnamen. Ik verwacht op korte termijn de regionale cijfers van aantal nieuwe ziekenhuisopnames van stichting NICE te kunnen tonen. Met de toevoeging van de regionale data van stichting NICE wordt meer inzicht in het verloop van de epidemie in de ziekenhuizen verschaft.

Daarnaast wordt data over naleving en draagvlak op basis van RIVM onderzoek met ingang van komende week toegevoegd. Hiermee wordt zichtbaar in hoeverre mensen de basismaatregelen (kunnen) naleven. Omdat het gedrag van mensen een grote impact heeft op de verspreiding van het virus, kan deze databron helpen om inzicht te krijgen in het mogelijke verloop van de epidemie.

### **6. Testen en traceren**

In mijn vorige brieven heb ik uw Kamer de teststrategie van dit kabinet geschetst. De doelstelling is bestrijding van de infectieziekte en het ten gevolge daarvan verder kunnen openen van de samenleving. Mijn ambitie is dat in Nederland het testen op COVID-19 sneller, op meer plekken en laagdrempelig kan plaatsvinden. Ik werk samen met de GGD'en, werkgevers en ondernemers (via de samenwerking met VNO-NCW) aan

een doorontwikkeling van de teststrategie en een daarbij passende ambitieuze opschaling van de testcapaciteit. Dat doe ik langs de u eerder aangegeven drie sporen: (1) de basistestinfrastructuur van de GGD, (2) het aanvullende testspoor via bedrijven en instellingen en (3) thuistesten.

Over de mijlpalen die ik mijn vorige brief heb aangegeven, meld ik u graag het volgende:

1. Sinds 1 december kunnen mensen zonder klachten die naar voren komen als nauwe contacten via Bron- en Contactenonderzoek (BCO) en/of de CoronaMelder-app – op dag 5 na het laatste blootstellingsmoment – zich laten testen. Door nu ook deze groepen zonder klachten te testen, vergroten we het zicht op het virus en verkorten we – daar waar de uitslag negatief is – de benodigde quarantaineduur voor deze mensen aanzienlijk.
2. Dat is mede mogelijk door de forse toename van de testcapaciteit, mogelijk gemaakt door de forse inspanningen van de GGD'en binnen spoor 1: in de eerste week van december bedroeg de inzetbare testcapaciteit voor het eerst 100.000 testen per dag. De testcapaciteit loopt volgens prognose van de Dienst Testen en GGD'en verder op tot boven de 130.000 testen/dag begin januari. Inmiddels zijn er 8 (X)L locaties geopend en er zullen er nog 11 volgen.
3. Ten aanzien van de stip op de horizon om vanaf maart 2021 voldoende testcapaciteit beschikbaar te hebben voor 10 miljoen testen per maand heb ik onder andere twee experimenten aangekondigd. Het eerste experiment zal plaatsvinden in Rotterdam en is gericht op wijken waar een lage testbereidheid gepaard gaat met hoge incidentie van de infectieziekte. Het doel is om met grootschalig testen het aantal besmettingen minimaal terug te brengen naar het niveau van het landelijk gemiddelde. De experimenten moeten informatie opleveren over de testbereidheid, compliance van algemene maatregelen en wat de effect is van testen op het aantal besmettingen. De uitwerking van de pilot vindt momenteel plaats. De ervaringen in de pilot zullen worden gedeeld met andere gemeenten en GGD'en om risicogericht testen ook op andere locaties mogelijk te maken. Een locatie voor een tweede experiment ben ik momenteel nog aan het verkennen. Hiermee voer ik de motie van het lid Klaver (GroenLinks)<sup>10</sup> c.s. uit.
4. De GGD GHOR heb ik verzocht om een nieuwe Roadmap op te stellen ten behoeve van de opschaling in spoor 1 naar een testcapaciteit van 175.000 testen per dag in maart 2021. De GGD GHOR zal deze in januari opleveren en daarin ook aandacht besteden aan de samenhang met vaccineren.
5. In spoor 2 kunnen alle bedrijven en instellingen vanaf 21 december aanstaande antigeentesten bestellen bij het Landelijke Coördinatiepunt Hulpmiddelen (LCH) om werknemers de mogelijkheid te bieden zich te laten testen. Bij de levering van de antigeentesten wordt een toolkit meegezonden met alle benodigde informatie, waaronder werkinstructies, lay-out van analyseruimtes, medisch-inhoudelijke richtlijnen en persoonlijke beschermingsmiddelen om in de praktijk te kunnen gaan testen. De GGD richt een meldportaal in voor bedrijfsartsen en arbodiensten om de testuitslagen door te geven.
6. Op 27 november jl. is de LCI-richtlijn «Handreiking testen binnen bedrijven en ondernemingen» door het RIVM gepubliceerd. Het is immers van belang dat iedereen, die buiten de GGD-testlocaties testen afneemt, voldoet aan bepaalde voorwaarden en medische eisen. Met deze richtlijn en de eerder gepubliceerde uitgangspunten is het voor iedereen inzichtelijk waar aan moet worden voldaan wanneer buiten de GGD-testlocaties testen worden afgenomen.

---

<sup>10</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 726.

7. De reeds bestaande samenwerking met VNO-NCW en werkgevers breid ik uit. VNO-NCW heeft ondersteuning geboden bij de realisatie van teststraten binnen de basisinfrastructuur (spoor 1) en biedt nu ook ondersteuning om de testcapaciteit en het aantal gedane testen door werkgevers binnen spoor 2 te vergroten. Onder andere door de uitvoering van zes pilots bij werkgevers en samenwerkingsverbanden; de uitvoering van een versnellingstafel voor innovatieve sneltesten gericht op de verdere toepassing en opschaling daarvan; en de inzet van een helpdesk/front office waar werkgevers terecht kunnen voor informatie en handreikingen m.b.t. de inrichting van testlocaties en vereisten waaraan voldaan dient te worden.
8. Momenteel loopt een onderzoek naar zelfafname bij mensen die in de zorg werken (zorgmedewerkers, maar ook administratief personeel en schoonmakers). Deze mensen nemen met behulp van een video-instructie een antigeentest bij zichzelf af. De uiteindelijke resultaten van dit onderzoek bieden inzicht in de mogelijkheden en beperkingen van (begeleide) zelfafname met antigeentesten.

### Validatie van testen

#### *Ademtest*

Momenteel zijn 50 ademtest-apparaten beschikbaar. Om de capaciteit te vergroten zijn nog eens 500 ademtestapparaten besteld. Deze worden naar verwachting vanaf februari 2021 geleverd. De validatie voor mensen met klachten is afgerond en de resultaten zullen op korte termijn in het OMT worden beoordeeld. Deze test is een pre-analyse, die de toestroom naar de PCR zal verminderen (de test geeft aan dat je het virus niet hebt oftewel dat je geen verdere diagnostiek nodig hebt). Per apparaat kunnen ongeveer tien testen per uur worden afgenomen. De ademtest-apparaten kwalificeren als medisch hulpmiddel en kunnen daarom niet zomaar op de Nederlandse markt gebracht worden. Dit vereist een CE-markering dan wel een verleende ontheffing om het hulpmiddel op de markt te brengen. Dit toelatingsproces wordt momenteel versneld doorlopen. Het beperkte aantal blaastesten dat Nederland nu heeft wordt zo efficiënt mogelijk ingezet in de (X)L teststraten. Op dit moment vindt validatie van ademtesten voor mensen zonder klachten plaats. Op basis van de resultaten daarvan wordt bezien hoe de ademtest gebruikt kan worden voor testen voorafgaand aan een evenement. De blaastest is ongeschikt om vaak verplaatst te worden naar verschillende locaties in verband met het steeds opnieuw instellen van de apparatuur.

#### *LAMP-PCR test*

De LAMP-test is een PCR-test met een ander protocol, waardoor de uitslag sneller beschikbaar is en een minder complexe laboratoriumomgeving nodig is. Momenteel is Dienst Testen i.o. in overleg met de leverancier van de LAMP-PCR voor de levering van 14 apparaten. Over een periode van drie maanden zal ingekocht worden voor ongeveer 2.500.000 testen. GGD Amsterdam is bezig met de validatie van de analyselijn van de PurePrep Tube Transfer System robot. Een robot die op de afnamelocatie gebruikt kan worden om het afgenomen monster te verwerken voorafgaand aan de analyse. Daarna zal de analyselijn in zijn geheel gevalideerd worden. Zodra deze validatie rond is zullen meerdere (X)L teststraten ingericht worden met een LAMP-PCR, waaronder in Amsterdam, Utrecht en Rotterdam.

### *Antigeentest voor mensen zonder klachten*

Op het moment dat de capaciteit het toelaat, besluit ik over nieuwe doelgroepen zonder klachten die aan het testbeleid toegevoegd kunnen worden. De snelheid daarvan is onder meer afhankelijk van de vraag of antigeentesten betrouwbaar ingezet kunnen worden bij mensen zonder klachten. Recentelijk is een studie onder voetballers afgerond, ook andere validatiestudies van antigeentesten voor mensen zonder klachten zijn op dit moment lopende. Ik verwacht dat in december genoeg data beschikbaar zullen zijn om deze validatieresultaten aan het OMT voor te leggen voor een advies in januari 2021 over de inzetbaarheid van antigeentesten bij mensen zonder klachten. Daarna zal ik beleidsmatig aangeven welke doelgroepen vervolgens zonder klachten getest kunnen worden.

### Doorontwikkeling teststrategie: gericht, grootschalig en frequenter testen

Testen blijft een belangrijke pijler in de bestrijding van Covid-19. De komende periode, totdat voldoende mensen zijn gevaccineerd, zal het van belang blijven dat er voldoende testcapaciteit is om zicht te houden op het virus en zo maatschappelijke en economische activiteiten weer meer mogelijk te maken. Het kabinet wil in 2021 het testbeleid doorontwikkelen naar meer gericht, grootschalig, en/of frequent testen van mensen zowel met als ook zonder klachten. De kern van deze doorontwikkeling van het testbeleid is dat de beschikbare testcapaciteit de komende maanden steeds verder wordt vergroot dankzij de inzet van de GGD'en in spoor 1 en de ondernemers en werkgevers in spoor 2. Door risicogericht te testen sorteren we maximaal effect op het omlaag brengen van de besmettingen en straks het stapsgewijs openen van de samenleving.

Met risicogericht bedoel ik: daar waar de risico's op verspreiding of last van het virus groter zijn. Het kan dan gaan om doelgroepen (bijvoorbeeld kwetsbaren in de zorg), omstandigheden (bijvoorbeeld wijken met hogere prevalentie en lage testbereidheid) en locaties (bijvoorbeeld scholen of werkgevers met arbeidsomstandigheden waar anderhalve meter moeilijk te handhaven is). De lessen en ervaringen die we op doen met de experimenten, pilots in het onderwijs (leerlingen en personeel) en bij field labs evenementen zullen we meenemen om de capaciteit aan testen zo goed en effectief mogelijk in te zetten om risico's te kunnen mitigeren. In lijn daarmee heeft ook uw Kamer middels de motie van het lid Veldman (VVD) c.s.<sup>11</sup> verzocht om met scenario's te komen hoe we op termijn testen voor mensen met en zonder klachten kunnen inzetten om een optimale balans te bereiken tussen het beschermen van de volksgezondheid en het openen van de samenleving en hebben de leden Klaver en Kroger een initiatiefnota over een tijdelijke testsamenleving opgesteld. Op deze initiatiefnota kom ik verderop in mijn brief kort terug. Uw Kamer ontvangt separaat een reactie van het kabinet op deze initiatiefnota.

Ik heb het OMT gevraagd het kabinet te adviseren over de inzet van grootschalig testen van personen zonder klachten. Het OMT onderscheidt in zijn 89<sup>ste</sup> advies en het bijbehorende achtergronddocument<sup>12</sup> drie doelen voor grootschalig testen: 1) zicht op verspreiding en haarden (een grote groep mensen eenmalig testen om besmettingen in kaart te brengen, waarna specifieke bestrijdingsmaatregelen volgen); 2. het mogelijk maken van evenementen (gecontroleerde «experimenten» in de maatschappij); 3. om de maatschappij te openen (testen als vervanging

<sup>11</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 716.

<sup>12</sup> Bijlage: Achtergronddocument bij 89<sup>ste</sup> advies OMT «Grootschalig testen van personen zonder klachten» Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).



van beperkende maatregelen met isolatie van positieve personen). Het OMT geeft aan dat het voordeel van grootschalig testen is dat het zicht kan bieden op circulatie van COVID-19 in (delen van) de populatie en bijdragen aan indamming van het virus indien positief geteste mensen in isolatie gaan en hun contacten in quarantaine. Ook kan regelmatig testen gebruikt worden om mogelijke circulatie vroegtijdig op te sporen. Verder kan grootschalig testen voorafgaand aan specifieke bijeenkomsten of evenementen perspectief bieden op stapsgewijze heropening van de samenleving.

Tegelijkertijd wijst het OMT ook op een mogelijk gevoel van schijnveiligheid dat kan ontstaan na een negatieve test en dat vanwege veel testen de compliance met de algemene maatregelen kan afnemen. Niet duidelijk is wat het effect van frequent testen op de testbereidheid zal zijn. De effectiviteit van grootschalig testen in de Europese context is nog niet aangetoond. Nadelen zijn ook het relatief hoge percentage foutpositieven dat bij brede screening gevonden zal worden, zelfs bij de testen met de hoogste specificiteit. Tenslotte is het onduidelijk of grootschalig frequent testen voor het meest uitgebreide scenario (testen ten behoeve van heropenen maatschappelijk verkeer zonder aanvullende beperkingen) een haalbare optie is. Het OMT ziet toegevoegde waarde van grootschalig testen voor de doelen 1 en 2. Het OMT geeft aan dat beide geëvalueerd dienen te worden qua haalbaarheid en (te verwachten) effectiviteit in pilot studies, waarbij compliance aan maatregelen bij positief testresultaat (isolatie zieke, quarantaine blootgestelden) geborgd moet zijn. Het OMT is terughoudend over doel 3, waarbij het merendeel van de bevolking of de doelgroep ongericht herhaald (elke vier dagen) getest wordt. Deze toepassing brengt grotere risico's met zich mee, terwijl de toegevoegde waarde nog aangetoond moet worden. Nadelen van deze manier van testen zijn dat er een gevoel van schijnveiligheid kan ontstaan, het relatief hoge percentage foutpositieven dat bij brede screening gevonden zal worden, zelfs bij de testen met de hoogste specificiteit en dat vanwege veel testen de compliance met de algemene maatregelen (nog meer) kan afnemen. Het OMT waarschuwt dat de kans bestaat voor een forse stijging van het reproductiegetal. De effectiviteit van grootschalig en frequent testen lijkt aanzienlijk groter wanneer dit gericht wordt ingezet.

Mede op basis van het advies van het OMT beschouw ik testen, gericht en grootschalig, ten behoeve van doel 1 (zicht houden op verspreiding en haarden door een (deel)populaties te testen) en doel 2 (mogelijk maken van evenementen) voor de korte termijn als kansrijke scenario's.

#### *Testen gericht op opsporing en bestrijding*

Het doel hierbij is om besmettingen op te sporen en de circulatie van het virus te bestrijden met passende maatregelen. Daarbij adviseert het OMT om dit gericht te doen, namelijk op wijken of dorpen met een hoge incidentie van de infectie en een lage testbereidheid. Dit kan bijdragen aan indamming van het virus indien positief geteste mensen in isolatie gaan en hun contacten in quarantaine. De tijdswinst in het aantonen of uitsluiten van een besmetting is een belangrijk voordeel, bij gebruik van bepaalde (screenings)testen. Zoals gezegd zal ik dmv twee experimenten, waaronder één in de gemeente Rotterdam en één in een nader bekend te maken gemeente, samen met het gemeentebestuur, de GGD, starten met een eerste experiment risicogericht en grootschalig testen.

### *Testen gericht op veilige toegang van evenementen*

Het OMT meent dat grootschalig testen voorafgaand aan specifieke bijeenkomsten/evenementen perspectief kan bieden voor het stapsgewijze heropenen van de samenleving. Het doel is hier om te testen voor veilige toegang. Er zijn nog geen systematische studies gedaan naar de mogelijkheid om testen te gebruiken als «ingangscntrole» bij evenementen. Ik ben daarom ook blij met het initiatief van Fieldlabs van de evenementensector waarmee pilots worden georganiseerd om voor verschillende situaties de mogelijkheden te onderzoeken. De Ministeries van VWS en EZK ondersteunen deze pilots.

Ik ben met het OMT terughoudend om herhaald grootschalig testen ongericht in te zetten en op die manier de maatschappij te heropenen (waarbij testen dient ter vervanging van beperkende maatregelen). In januari 2021 start ik met experimenten en pilots om ervaring op te doen met gericht grootschaliger testen om die vervolgens breder toe te kunnen passen. Op die manier zet het kabinet alle beschikbare testcapaciteit met maximale effectiviteit in voor de bestrijding van het virus en daarmee het stapsgewijs openen van de samenleving.

### *Eerste reactie initiatiefnota Groen Links*

Ik wil de fractie van GroenLinks danken voor het indienen van een initiatiefnota (Kamerstuk 35 653, nr. 2). Ik stel het op prijs dat leden van de Kamer op deze wijze meedenken bij de doorontwikkeling van het testbeleid. Voor een deel liggen de voorstellen in lijn met mijn beleid en zijn bepaalde onderdelen al in gang gezet. De initiatiefnota bevat echter ook elementen die minder kansrijk en wenselijk zijn en niet overeenkomen met de plannen van het kabinet. Ik zal zoals door u verzocht de gevraagde termijn met een reactie op de initiatiefnota komen.

### Stand van zaken Basistestinfrastructuur (spoor 1)

Afgelopen week zijn in totaal 53.700 Covid-19 testen gemiddeld per dag afgenomen (zorg en GGD). Bij de GGD'en alleen werden 46.000 testen gemiddeld per dag afgenomen. Dit zijn per dag 8.950 meer testen dan de week daarvoor, oftewel een stijging in de het aantal afnames (zie tabel onder «feiten en cijfers»).

De stijging van het aantal testafnames is deels toe te schrijven aan de uitbreiding van het testbeleid die op 1 december jl. is doorgevoerd. Sindsdien kunnen naast mensen met klachten, ook mensen *zonder* klachten, die naar voren komen als nauwe contacten via Bron- en Contactonderzoek (BCO) en/of de CoronaMelder-app, getest worden. Deze groep mensen kan zich op dag 5 na het laatste blootstellingsmoment met een PCR-test laten testen en bij een negatieve testuitslag uit quarantaine. De uitbreiding van het testbeleid heeft geleid tot een kleine stijging van de doorlooptijden. De GGD'en slagen erin om, net zoals voorgaande weken, een doorlooptijd van 2x24 uur tussen testafname en testresultaat te realiseren (zie tabel onder «feiten en cijfers»). Ik verwacht dat begin januari 130.000 Covid-19 testen per dag kunnen worden afgenomen door de GGD'en en in het kader van de klinische/kritieke zorg.

In mijn vorige brief heb ik aangegeven dat er steeds meer testlocaties bijkomen (Kamerstuk 25 295, nr. 713). Inmiddels zijn er 8 (X)L locaties geopend en er zullen nog 11 volgen. Door deze uitbreiding van het aantal testlocaties bevindt 90% van de Nederlanders zich binnen ca. 30–45 minuten rijden van een testlocatie. Per locatie zal een mix van testen worden uitgerold. De PCR-test blijft de basis vormen voor de testafnames in de GGD-testlocaties, maar ook de LAMP-PCR test en de antigeen-(snel)testen zullen in toenemende mate worden gebruikt.

Met het toevoegen van nieuwe type testen in de teststraten en het includeren van nieuwe groepen in het testbeleid is het van belang dat iedereen de juiste, voor hem of haar geschikte test, krijgt. De adviezen van het OMT over het gebruik van de verschillende type testen in verschillende settings en groepen zijn daarbij leidend. Zo geldt voor zorgmedewerkers en nauwe contacten zonder klachten uit BCO en app het advies om hen bij voorkeur een PCR-test te geven<sup>13</sup>. Deze groepen krijgen daarom een PCR of LAMP-PCR test. Voor andere groepen met klachten geldt dat alle type testen geschikt zijn, zij krijgen automatisch de beschikbare test met de kortste doorlooptijd.

Daarnaast ondersteunen de mobiele testunits van de GGD bij het toegankelijk maken van testen voor iedereen en worden veelvuldig ingezet. Een goed voorbeeld daarvan is de inzet in wijken waar het percentage positieven hoog blijkt, maar waar de testbereidheid achterblijft. Ook het netwerk van thuistesten via de GGD (regionale swabdiensten) wordt nog steeds uitgebreid.

Verder verken ik de mogelijkheden om de testcapaciteit in spoor 1 verder te verhogen door het contracteren van particuliere aanbieders, naast de inzet van werkgevers in spoor 2.

#### Stand van Zaken testen via werkgevers (spoor 2)

Met dit spoor maak ik, in samenwerking met VNO-NCW, betrokken werkgevers, bedrijfsartsen, arbodiensten en andere zorgprofessionals, initiatieven mogelijk die zorgen dat door de inzet van met name antigeentesten werknemers (vooralsnog met klachten) getest kunnen worden. Het is al mogelijk voor werkgevers om zelf gevalideerde testen in te kopen en in te zetten, mits dit gebeurt onder bepaalde voorwaarden en eisen. Daarnaast wil ik zoals bekend de mogelijkheid bieden dat werkgevers centraal ingekochte testen kunnen afnemen. Voor werkgevers binnen de zorg is dit sinds enkele weken mogelijk. Er zijn door hen inmiddels dan ook al tienduizenden antigeentesten besteld en ontvangen. Voor de werkgevers buiten de zorg zal deze mogelijkheid op 21 december beschikbaar zijn. VNO-NCW gaat bij de verdere uitrol van spoor 2 een grotere rol spelen door ondersteuning te bieden om de testcapaciteit en het aantal gedane testen door werkgevers binnen spoor 2 te vergroten. Onder andere door de uitvoering van zes pilots bij werkgevers en samenwerkingsverbanden; de uitvoering van versnellingsstafels voor innovatieve sneltesten gericht op de verdere toepassing en opschaling daarvan; en de inzet van een helpdesk/front office waar werkgevers terecht kunnen voor informatie en handreikingen m.b.t. de inrichting van testlocaties en vereisten waaraan voldaan dient te worden. Het blijft, zoals ik in mijn voorgaande brief aangaf, van groot belang dat zowel door zorgaanbieders als door werkgevers buiten de zorg aan bepaalde voorwaarden en eisen wordt voldaan. De uitgangspunten daartoe had ik vooruitlopend op de LCI-richtlijn al bekend gemaakt<sup>14</sup>. Inmiddels is op 27 november jl. de LCI-richtlijn in kwestie in de vorm van een handreiking door het RIVM gepubliceerd. Hiermee is het voor iedereen inzichtelijk waar aan moet worden voldaan als partijen zelf testen willen gaan afnemen.

<sup>13</sup> Op dit moment vindt een validatiestudie plaats naar de betrouwbaarheid van antigeentesten voor mensen zonder klachten uit BCO en app. Afhankelijk van de uitkomsten van deze studie kunnen antigeentesten in de toekomst wel voor deze groep gebruikt worden.

<sup>14</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/11/04/uitgangspunten-voor-inzet-testen-op-covid-19-waaronder-antigeensneltesten-buiten-de-ggd-testlocaties>.

### Stand van zaken Thuis testen (spoor 3)

Het kabinet verkent de mogelijkheden voor (begeleide) zelf- of thuis testen. Momenteel zijn hiervoor geen gecertificeerde testen beschikbaar op de Europese markt. Daarnaast gelden juridisch voorwaarden die voor de toepassing van (begeleide) zelf- thuis testen getoetst moeten worden en dient nader te worden onderzocht wat de betrouwbaarheid van deze wijze van afname is. Ik laat middels pilots onderzoeken welke testen geschikt zijn voor een (begeleide) zelf- of thuis test en onder welke voorwaarde testen in een thuissituatie kunnen worden afgenomen en werk ik aan een digitale ondersteuning hiervan.

<b>Indicator</b>	<b>Week 47</b>	<b>Week 48</b>	<b>Week 49</b>
<i>Omvang</i>			
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen)(2)*	316.750 totaal per week 45.250 gemiddeld per dag	331.100 totaal per week 47.300 gemiddeld per dag	375.000 totaal per week 53.700 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD testlocaties (2)	251.650 testen per week 35.950 gemiddeld per dag	259.350 testen per week 37.050 gemiddeld per dag	322.000 testen per week 46.000 gemiddeld per dag
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten (3)	36.931 meldingen bij het RIVM 30.592 positieven uit de GGD-testlocaties. 12,0% positieven in GGD-testlocaties	33.949 meldingen bij het RIVM 28.789 positieven uit de GGD-testlocaties. 11,1% positieven in GGD-testlocaties	43.104 meldingen bij het RIVM 37.267 positieven uit de GGD-testlocaties. 11,6% positieven in GGD-testlocaties.
Aantal en percentage opgestarte en afgeronde BCO(3)	91,6% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 33.704 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	90,9% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 30.295 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	82,3% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 33.796 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(4)	58% (onderzoek tussen 11 november en 15 november)	58% (onderzoek tussen 11 november en 15 november)	58% (onderzoek tussen 11 november en 15 november)
<i>Effectiviteit</i>			
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname (5)	9,1 uur	8,7 uur	11,6 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag (5)	30,5 uur	31,6 uur	31,5 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraken en testuitslag (5)	39,6 uur	40,3 uur	43,1 uur
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) (5)	24,2 uur	24,1 uur	24,2 uur

### Laboratoriumcapaciteit

We doen er alles aan om tekorten van testmaterialen te voorkomen. Daarbij hebben we wel te maken met een enorm toegenomen wereldwijde vraag met bijbehorende druk op de markt voor testmaterialen. Met de uitbreiding van testmethoden en de inspanningen gericht op inkoop van materialen en laboratoriumcapaciteit heb ik er vertrouwen in dat we voldoende testcapaciteit kunnen blijven realiseren voor de uitvoering van het landelijke testbeleid. Ik beschouw dat als mijn opdracht, wat niet wegneemt dat bij individuele laboratoria schaarste kan bestaan. Naast het

afsluiten van overeenkomsten met meerdere (hoogvolume)labs voor de afname van PCR-laboratoriumcapaciteit zal Dienst Testen ook de contractering van de MML laboratoria centraal organiseren wat betreft de PCR-testen voor de corona pandemie.

### Reizigers

Het LCT heb ik om advies gevraagd of het mogelijk is om inkomende reizigers uit hoog-risico gebieden per 15 januari 2021 op dag 5 na aankomst in Nederland te laten testen, zodat hun quarantaine bij een negatieve test kan worden beëindigd. Het LCT heeft positief geadviseerd en geeft aan dat de testcapaciteit toereikend zal zijn om dit beleid medio januari aan te passen. Tevens heeft GGD-GHOR Nederland aangegeven dat ook dit wat betreft de uitvoering haalbaar is. Er moet hier wel een belangrijke kanttekening bij gemaakt worden. Wanneer de doorlooptijden te hoog oplopen van die groepen in de samenleving die volgens het OMT belangrijker zijn om te testen vanwege het tegengaan van het virus (mensen met klachten, zorgmedewerkers etc.), dan moeten de nieuwe groepen die toegevoegd zijn aan het testbeleid tijdelijk worden afgeschaald. Dit geldt voor reizigers en voor mensen die nu getest kunnen worden als nauw contact uit het BCO en de CoronaMelder. Kortom, als blijkt dat deze weken door het toevoegen mensen zonder klachten uit BCO en de CoronaMelder de testvraag enorm stijgt en de doorlooptijden daardoor te ver oplopen, dan kunnen reizigers nog niet worden getest op 15 januari. Een bijkomende overweging zal zijn dat de GGD'en momenteel ook zijn gevraagd hun capaciteit in te zetten voor de uitvoering van vaccinaties, en deze belangrijke maatschappelijke opgaven niet ten koste van elkaar mogen gaan.

### Toezicht op het testen en testbeleid

De IGJ heeft commerciële aanbieders van coronatesten bevestigd op de geleverde producten en diensten. Op basis van de geanalyseerde informatie bezoekt de inspectie risico gestuurd aanbieders. Daarnaast acteert de IGJ op meldingen over (snel)testen en teststraten. De IGJ ziet een beperkte stijging in het aantal nieuwe commerciële teststraten. De algemene indruk, op basis van de schriftelijke informatie en de toezichtbezoeken, is dat de het merendeel van de testlocaties voldoet aan de uitgangspunten die daarvoor zijn gesteld. De IGJ handhaaft indien nodig. In navolging van eerder onderzoek van de inspectie naar testen en BCO door de GGD'en, is de IGJ in december gestart met een vervolgonderzoek. Naast testen, ligt de focus op het BCO waaronder de samenwerking tussen het landelijke BCO team en de regionale GGD'en. Ook zal worden gekeken naar het invullen van de adviesfunctie van de GGD bij uitbraken in de regio. Daarnaast is het toezicht op laboratoria in voorbereiding dit start binnenkort.

De IGJ is nauw aangesloten bij diverse initiatieven rondom innovatieve testen. Middels verschillende gesprekken informeert de IGJ fabrikanten van innovatieve testen over geldende wet- en regelgeving en de processen die fabrikanten moeten doorlopen om producten op de juiste manier op de markt te brengen. IGJ volgt de ontwikkeling van (zelf)testen op de voet en past haar toezicht indien nodig hierop aan.

### Adviesaanvraag Gezondheidsraad over uitgebreid testprogramma

In het debat van 18 november jl. heb ik lid v.d. Staaij (SGP) toegezegd om net zoals voor vaccinaties te bekijken hoe een ethisch kader opgesteld kan worden voor een uitgebreid testprogramma. Ik heb de Commissie Ethiek en Recht van de Gezondheidsraad gevraagd het kabinet te adviseren over de ethische kaders bij een dergelijk uitgebreid testprogramma (Hande-

lingen II 2020/21, nr. 26, Debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus). Dit advies zal naar verwachting eind januari 2021 worden opgeleverd.

### Regie testketen

Om blijvend regie te kunnen voeren over de gehele testketen kijkt de Regiegroep Digitale Ondersteuning Testen, Traceren (DOTT) naar de volledige en actuele dataset van het aantal positieve en negatieve testresultaten. De benodigde digitale ondersteuning zal op elkaar afgestemd dienen te worden. VWS, GGD en RIVM werken aan de risicoanalyse voor de gegevensuitwisseling van de coronatestketen. De rapportage hiervan wordt half december verwacht.

### Gebruik lichaamsmaterialen en persoonsgegevens bij testen

Recentelijk heeft uw Kamer zich uitgesproken over het gebruik van lichaamsmaterialen en DNA na het afnemen van een Coronatest en hiertoe de motie van het lid Kuzu (DENK)<sup>15</sup> «Over het gebruik van lichaamsmaterialen en DNA na een coronatest» aangenomen. Graag informeer ik u over wat er gebeurt met lichaamsmateriaal en DNA na het afnemen van een coronatest.

In teststraten wordt middels een keel/neuswab een monster geïsoleerd dat al dan niet materiaal van het SARS-CoV-2 virus kan bevatten. Daarnaast bevat het monster ook ander materiaal, zoals lichaamseigen materiaal en materiaal van andere bacteriën en virussen die zich in de luchtwegen kunnen bevinden. Bij een PCR-test wordt het monster via transport overgebracht naar gecontracteerde laboratoria die aan hoge kwaliteitseisen moeten voldoen. Veel van deze laboratoria voeren ook andere vormen van diagnostiek bij mensen uit en zijn gewend om met dit type materiaal te werken. De omgang met materiaal afkomstig van GGD-teststraten verschilt daarbij niet van materiaal ten behoeve van andere vormen van moleculaire diagnostiek. De laboratoria zijn veelal geaccrediteerd en hebben als onderdeel daarvan een ingericht kwaliteitssysteem dat regelmatig geauditeerd wordt door de Raad voor Accreditatie, de instantie verantwoordelijk voor toetsing van verschillende kwaliteitsnormen.

Kortgezegd wordt het monster in verschillende stappen opgewerkt tot materiaal dat geschikt is voor analyse op aanwezigheid van het virus. Eén van deze stappen betreft een isolatiestap waarbij RNA en DNA materiaal gezuiverd wordt van ander materiaal. Het genetisch materiaal van mensen wordt met de gebruikte technieken dus wel mee geïsoleerd, maar dit materiaal wordt met deze technieken verder niet geanalyseerd. Bewaartermijnen van monsters zijn vastgelegd in het kwaliteitssysteem van de laboratoria. De exacte bewaartermijn kan verschillen tussen laboratoria en moet worden gedefinieerd op basis van de aard van het monster, het onderzoek en van toepassing zijnde eisen. De richtlijn voor laboratoria is voor de PCR test om dit minimaal 3 maanden te bewaren in het geval van een positieve test. De bewaartermijn van negatieve monsters is maximaal 2–3 dagen. De maximale bewaartermijn is noodzakelijk voor eventuele hertesten. Nader uitbraakonderzoek of onderzoek in het kader van de infectieziektebestrijding mag zonder toestemming van de burger volgens de wet publieke gezondheid. Het lichaamsmateriaal mag gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek onder de wet inzake de geneeskundige behandelovereenkomst, mits er geen bezwaar tegen gemaakt is. Na de bewaartermijn zal het monster worden vernietigd middels verbranding of autoclaveren.

<sup>15</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 735.

Het maken van een afspraak voor een coronatest bij een GGD teststraat gebeurt via coronatest.nl, het callcenter of een bedrijfsarts. Voor het maken van een afspraak worden persoonsgegevens gebruikt. Het verzamelen van persoonsgegevens is een noodzakelijke publieke taak en dient een het algemeen belang. Laboratoria gebruiken alleen persoonsgegevens die gepseudonimiseerd zijn en dus niet direct herleidbaar zijn tot een persoon. De testuitslagen worden door laboratoria aan de GGD gemeld via CoronIT. Hier wordt de uitslag van de test weer gekoppeld aan de persoon. In het geval van een positieve testuitslag van de test wordt gecommuniceerd via coronatest.nl, door een arts of een medewerker van de GGD en wordt er bron- en contactonderzoek uitgevoerd. GGD'en zijn volgens de Wpg verplicht om positieve gevallen te melden aan het RIVM, maar hierbij worden geen persoonsgegevens uitgewisseld. In het geval van een negatieve testuitslag wordt contact opgenomen via coronatest.nl, een arts of door een medewerker van het callcenter. In landelijke overzichten, zoals het Corona Dashboard en de cijfers van het RIVM, zijn anoniem waardoor gegevens niet terug te voeren zijn op een persoon. De GGD gebruikt persoonsgegevens in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg) voor het testen op infectieziekten en voor het bron- en contactonderzoek. Deze persoonsgegevens worden niet langer bewaard dan strikt noodzakelijk en maximaal vijf jaar. Tussentijds vindt er periodieke beoordeling plaats of het noodzakelijk is om gegevens te bewaren. Meer informatie over het gebruik van persoonsgegevens door GGD GHOR Nederland <https://ggdghor.nl/privacyverklaring-coronit/>.

#### Bron- en contactonderzoek

De afgelopen weken is de landelijke capaciteit voor het bron- en contactonderzoek verder opgeschaald. De GGD'en hebben hun opleidingen efficiënter ingericht, waardoor er half december volledige kracht beschikbaar is van 7.500 fte. Daarnaast wordt er steeds efficiënter gewerkt. Zo worden werkprocessen geüniformeerd, best practices getoetst en geïmplementeerd in andere regio's en wordt er gewerkt met een ICT ondersteuning om het gebruik van HP Zone te ondersteunen en te uniformeren. Het merendeel van de GGD'en voert volledig BCO uit, maar door de piek van maandag 7 december zijn een aantal GGD'en weer overgestapt op risicogestuurd BCO.

- 64% van de GGD'en voeren volledig BCO uit of volledig BCO zonder monitorgesprekken op dag 5 en dag 10. (16 GGD'en)
- 8% van de GGD'en voeren risicogestuurd BCO uit met volledig BCO bij hoog risico besmettingen. (2 GGD'en)
- 24% van de GGD'en voeren risicogestuurd BCO uit waarbij alleen de indexen gebeld worden. (6 GGD'en)

De motie van het lid Asscher c.s.<sup>16</sup> gaat over de voorwaarden waaronder een volledig BCO kan worden uitgevoerd en wat de aanwezige knelpunten zijn in alle GGD'en. De randvoorwaarden waaronder een volledig BCO uitgevoerd kan worden, zijn de capaciteit van BCO medewerkers en IZB artsen, de besmettingsgraad en het aantal positieve personen moeten bekend zijn bij de GGD'en. GGD'en volgen elke positieve melding die bekend is bij hen op met een vorm van BCO. De knelpunten voor het uitvoeren van volledig BCO zijn de benodigde ICT, de bereikbaarheid van de index en (nauwe) contacten en het soms ontbreken van de volledige contactgegevens van indexen. Zoals ik vermeld onder het kopje *regie testketen* zijn GGD'en en GGD GHOR Nederland zijn hard bezig om dit te verbeteren. Met deze stand van zaken wordt invulling gegeven aan de

---

<sup>16</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 730.

motie Asscher c.s.<sup>17</sup> over voorwaarden voor een volledig BCO in alle GGD'en en daarbij de mogelijke aanwezige knelpunten precies weer te geven.

### *Betrouwbaarheid van PCR-testen*

Bij de Technische Briefing op 14 oktober 2020 heeft de heer Jaap van Dissel aan het Kamerlid Van Haga (Van Haga) toegezegd om een schriftelijke toelichting te geven op in de LCI-richtlijn gewijzigde criteria bij het beoordelen van een PCRtest. In het debat op 17 november heb ik toegezegd om u aanvullend op geantwoorde Kamervragen dit uw Kamer toe te sturen. Daartoe heb ik op 30 november een brief gestuurd met in de bijlage de reactie van de heer Van Dissel (Kamerstuk 25 295, nr. 765). Verder wijs ik uw Kamer erop dat de website van het RIVM een speciale landingspagina bevat waar informatie over soorten testen gegeven wordt. Onder de veel gestelde vragen en onder de downloads is verdieping toegevoegd over de werking van de PCR-test, waaronder ook twee notities die het RIVM geschreven heeft naar aanleiding van vragen van uw Kamer. Dit mede naar aanleiding van de vragen van het lid Van Haga (Aanhangsel Handelingen II 2020/21, nr. 962) en de motie van de leden Van Haga (Van Haga) en Hiddema (FvD)<sup>18</sup> «Over het validatierapport inzake de PCR-test zo spoedig mogelijk naar de Kamer», Ik vertrouw erop hiermee tegemoet te zijn gekomen aan de motie van de leden Van Haga (Van Haga) en Hiddema (FvD).

## **7. Digitale ondersteuning/CoronaMelder**

### *Europese interoperabiliteit CoronaMelder*

Op 20 november jl. is het tijdelijk besluit Europese interoperabiliteit notificatieapplicatie COVID-19, die aansluiting van Nederland op de *European Federated Gateway Server* (hierna: de federatieve gateway) mogelijk maakt, vastgesteld in de ministerraad en aan beide Kamers toegezonden zoals ook in mijn laatste brief aangegeven. Op 1 december is deze aansluiting succesvol tot stand gebracht. Vanaf dat moment zijn de eerste Nederlandse codes uit CoronaMelder uitgewisseld met andere Europese notificatieapplicaties waarmee het bereik van de app vergroot is en op deze wijze ketens van besmettingen sneller en vaker verbroken kunnen worden.

### *Beschikbaarheid resultaten en actuele cijfers CoronaMelder*

Graag kom ik ook terug op de toezegging uit mijn vorige brief waarin ik heb aangegeven de (tussentijdse) resultaten van de doorlopende evaluatie, als ook de actuele downloadcijfers van CoronaMelder en besmetmeldingen in de app op transparante wijze beschikbaar te willen maken. Om dit te realiseren wordt op drie manieren data beschikbaar gemaakt. Op dit moment gebeurt dit al via het online platform GitHub<sup>19</sup> en in de loop van aankomende week ook op de website coronamelder.nl. In het nieuwe jaar zal daarnaast data via het landelijk coronadashboard in te zien zijn.

<sup>17</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 730.

<sup>18</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 605.

<sup>19</sup> <https://github.com/minvws/nl-covid19-notification-app-statistics>.



Zoals ik ook heb geantwoord op de vragen van het lid Hijink (SP) (Aanhangsel Handelingen II 2020/21, nr. 1038) naar aanleiding van de brief van Bits of Freedom<sup>20</sup> wil ik in Nederland realiseren dat het testen op COVID-19 sneller, op meer plekken en bij meer mensen kan plaatsvinden. Daarnaast heeft het OMT in haar 85e advies<sup>21</sup> geadviseerd om de mogelijkheid te verkennen van het eisen van een negatieve testuitslag bij binnenkomst in Nederland voor alle reizigers. Mede in het licht hiervan wordt op dit moment onderzocht of en hoe (en onder welke voorwaarden) dit proces digitaal ondersteund zou kunnen worden. Net als bij de ontwikkeling van onder meer CoronaMelder worden hierbij alle aspecten, denk aan ethische en juridische aspecten en aan grondrechten, vrijwilligheid en privacy meegewogen. Daar doe ik geen concessies aan.

## **8. Quarantaine**

Isolatie en thuisquarantaine zijn essentiële onderdelen van de aanpak tegen de verspreiding van het coronavirus. Besmetting met het virus kan iedereen overkomen en het is daarom van groot belang dat iedereen de dringende adviezen over quarantaine opvolgt. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat het merendeel van de mensen die zelf positief testen vrijwillig in isolatie gaan. Tegelijkertijd wordt de totale quarantaine door slechts 50% van de mensen die in quarantaine zouden moeten gaan nageleefd. Het blijkt ook dat de naleving verschilt per groep. Hieronder staan de meest recente resultaten over mensen die toch «naar buiten gaan» terwijl quarantaine vereist is.

Niet-naleving quarantaine:

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

In de aanpak om de naleving te verhogen zijn communicatie en sociale ondersteuning het meest belangrijk.

### *Plan van aanpak sociale ondersteuning Quarantaine*

In de bijlage van deze brief is het plan van aanpak Quarantaine bijgevoegd<sup>22</sup>. Hierin wordt ingegaan op de ondersteunende maatregelen die we nemen vanuit VWS in samenwerking met onze maatschappelijke partners. Hiermee voldoe ik aan de motie van het lid Asscher (PvdA)<sup>23</sup> c.s. waarin wordt verzocht zo spoedig mogelijk een plan van aanpak aan de Kamer te zenden waarin zowel gedrag ondersteunende, praktische, sociale en – zo nodig in overleg met SZW – financiële ondersteuning breed zijn uitgewerkt. Hierbij verwijs ik voor het onderdeel van deze motie over de financiële ondersteuning naar de brief van de Minister van SZW aan uw Kamer. Daarin wordt ook de motie van het lid Asscher (PvdA) c.s. afgedaan waarin de regering wordt verzocht, plannen uit te werken om werkenden die in quarantaine moeten en daardoor hun inkomen verliezen

<sup>20</sup> <https://www.bitsoffreedom.nl/2020/11/25/een-testsamenleving-mag-niet-uitmonden-in-een-douane-en-controlesamenleving/>.

<sup>21</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2020/11/17/advies-nav-85e-omt>.

<sup>22</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>23</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 731.

– zoals bijvoorbeeld taxichauffeurs, pakketbezorgers en supermarktmedewerkers – te ondersteunen<sup>24</sup>.

### *Quarantaine en reizigers*

Buitenlandse reizen en vakanties vormen een risico in de verspreiding van COVID-19 in Nederland. Voor de reisadviezen, de maatregel over de negatieve testverklaring, het testen van reizigers, de travel corridor tussen Atlanta en Schiphol en quarantaine van reizigers verwijs ik naar paragraaf 16.

## **9. Vaccinatiestrategie COVID-19**

Op 20 november jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de vaccinatiestrategie van het kabinet (Kamerstuk 25 295, nr. 741). Zoals ik in deze brief heb aangegeven, heeft het kabinet een hoofdroute geformuleerd, waarbij we op basis van het advies van de Gezondheidsraad allereerst kiezen voor het beschermen van de mensen die het meest kwetsbaar zijn. Het gaat daarbij om de bewoners van verpleeghuizen en mensen met een verstandelijke beperking die in een instelling wonen. Ook de mensen die met deze kwetsbare groepen werken, komen met prioriteit in aanmerking.

Hoewel de strategie van het kabinet en het advies van de Gezondheidsraad richting geven aan de prioritering van doelgroepen, kent dit traject verschillende afhankelijkheden. Zoals ik eerder in mijn brieven van 20 november jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 741) en 3 december jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 769) heb aangegeven dienen we bij de uitwerking en uitvoering van de strategie rekening te houden met:

1. De geschiktheid van vaccins voor specifieke groepen;
2. Het moment van beschikbaarheid van vaccins, en de aantallen waarin ze worden geleverd; en,
3. De wijze waarop een vaccin wordt geleverd. Dit kan bijvoorbeeld gaan over de bewaartemperatuur, maar ook over het aantal vaccins dat per eenheid verpakt zit.

De onbekendheden en onzekerheden maken dat de implementatie van de vaccinatiestrategie een ingewikkelde puzzel is om te leggen. Op basis van de berichtgeving van het EMA, waar ik uw Kamer op 1 december jl. over heb geïnformeerd, ga ik ervan uit dat BioNTech/Pfizer, indien goedgekeurd, het eerste vaccin zal zijn dat aan de Europese lidstaten geleverd kan worden. De Europese Commissie heeft aangegeven dat bij uitlevering het gelijkheidsprincipe moet gelden, dat wil zeggen dat de lidstaten zoveel mogelijk gelijktijdig leveringen zullen ontvangen, conform de eerder afgesproken verdeelsleutel. BioNTech/Pfizer heeft ons op 8 december laten weten dat het in de komende maanden hoogstwaarschijnlijk zal gaan om de volgende leveringen:

- 507.000 vaccins na EMA goedkeuring eind december (waarbij levering in de eerste week van januari wordt voorzien)
- 52.000 vaccins in januari 2021
- 768.000 vaccins in februari 2021
- 876.000 vaccins in maart 2021

Ook wordt op korte termijn, mogelijk al in januari 2021, een eerste levering van de vaccins van Moderna voorzien (zie tabel 1). Uiteraard geldt ook hier dat het vaccin eerst moet worden goedgekeurd. Ook voor de overige vaccins waarover Europese afspraken zijn gemaakt zijn eerste leveringsinschattingen afgegeven. Ik merk hierbij op dat dit leveringsafspraken zijn die nog kunnen veranderen, omdat ze afhankelijk zijn van

<sup>24</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 630.

daadwerkelijke realisatie en levering door de producent, en goedkeuring door het EMA.

**Tabel 1. Indicatief leveringsoverzicht COVID-19 vaccins (x 1mln)**

	1Q2021	2Q2021	3Q2021	4Q2021	1Q2022	Totaal
<i>BioNTech/Pfizer</i>	2,2	2,8	3,4	–	–	<b>8,4</b>
<i>Moderna</i>	0,4	1,36	1,36	3,1	–	<b>6,2</b>
<i>AstraZeneca</i>	4,5	5,2	2	–	–	<b>11,7</b>
<i>CureVac</i>	0,6	1,6	2	2,2	2,2	<b>8,6</b>
<i>Janssen</i>	0	3	6	2,3	–	<b>11,3</b>
<i>Sanofi</i>	–	–	5,85	5,85	–	<b>11,7</b>
<b>Totaal</b>	<b>7,7</b>	<b>14</b>	<b>20,6</b>	<b>13,5</b>	<b>2,2</b>	<b>57,7</b>

*NB. Alle leveringen zijn onder voorbehoud van markttoelating.*

De aantallen zoals in deze tabel genoemd, liggen hoger dan de aantallen zoals eerder met uw Kamer gedeeld. Het gaat dan met name om de aantallen BioNTech/Pfizer, Moderna en Janssen. Zoals u weet werkt de EU met een pro-rata-systematiek, gebaseerd op het inwoneraantal, om te komen tot een verdeling van de gecontracteerde volumes. Echter, niet altijd willen alle lidstaten hun gehele pro-rata deel afnemen. In geval van BioNTech/Pfizer en Janssen gaf dit ons de mogelijkheid om hogere aantallen te bestellen dan waar we op basis van ons pro-rata deel recht op hadden. Van BioNTech/Pfizer nemen wij nu 600.000 vaccins meer af, en van het vaccin van Janssen 3,4 miljoen extra. In aanvulling daarop kennen alle contracten ook een optie om meer vaccins af te nemen. In de meeste gevallen ligt het besluit, omtrent het al dan niet inroepen van die opties, later in 2021. In het geval van Moderna ligt die vraag nu al op tafel. Het totale optie-volume voor Moderna bedraagt 80.000.000. Nederland heeft ook hiervan aangegeven haar pro-rata-deel af te willen nemen. Dit maakt dat we van het Moderna-vaccin nog eens 3,1 miljoen doses kunnen afnemen. Met deze handelwijze bouwen we sneller de door ons gewenste vaccinportfolio op. De hiermee gemoeide uitgaven passen binnen het hiervoor eerder toegewezen budget van € 700 miljoen.

#### *Opslag en distributie*

De kandidaat-vaccins uit het portfolio van de Europese Commissie zijn nog in ontwikkeling en dat betekent dat aanvullende informatie over de vaccins slechts geleidelijk beschikbaar komt. Dat geldt ook voor de relevante informatie die nodig is voor de praktische vormgeving van de voorbereidingen op het gebied van opslag en distributie. Omdat we daarnaast ook te maken hebben met diversiteit tussen de verschillende kandidaat-vaccins, moeten we ons voorbereiden op uiteenlopende situaties.

Het RIVM werkt de distributie naar uitvoerende partijen uit op basis van de vaccinatiestrategie, de logistieke aspecten van de vaccins, en de beschikbaarheid van vaccins. Onderdeel van die uitdaging is ook het borgen van de (tijdige) beschikbaarheid van de tweede dosis (van hetzelfde vaccin) en het op zo'n manier inzetten van de vaccins (grootverpakkingen) dat de productkwaliteit en daarmee de werkzaamheid ten alle tijden geborgd blijft en spillage zo veel mogelijk beperkt wordt.

#### Aanschaf toedieningsmaterialen

In mijn eerdere brieven van 20 november jl. en 3 december jl. heb ik aangegeven op welke manieren we ons al voorbereiden op het gebied van opslag en distributie van de verschillende kandidaat-vaccins. Toen

bijvoorbeeld de eerste signalen zichtbaar werden dat de vaccins in *multidose vials* (flesjes waaruit meerdere personen gevaccineerd dienen te worden) verpakt zouden worden en dat de toedieningswijze waarschijnlijk intramusculair (via inspuiten in een spier) zou zijn, was duidelijk welke spuiten en naalden nodig waren voor bereiding en toediening. Anticiperend hierop is deze zomer gestart met de eerste aankopen van dit materiaal en wordt bijgestuurd op basis van beschikbare informatie. Er zijn inmiddels spuiten en naalden aangeschaft voor 25 miljoen toedieningen. In aanvulling neemt Nederland deel aan een *Joint Procurement* van de Europese Commissie voor de aanschaf van veiligheidsnaalden.

Voor het vaccin van BioNTech/Pfizer is daarnaast een oplosmiddel aangekocht, dat noodzakelijk is voor het gebruik van dit vaccin. Voor de bereiding van deze vaccins zijn ook extra naalden en spuiten nodig. De eerste leveringen van het oplosmiddel en de toedieningsmaterialen vinden in de eerste helft van december 2020 plaats. Dat betekent dat deze materialen tijdig beschikbaar zijn voor de start van de vaccinatiecampagne.

#### Reserveren opslagcapaciteit

Voor de opslag van de vaccins in Nederland is een farmaceutisch logistiek dienstverlener ingezet die veel kennis en ervaring heeft in (fijn)distributie van vaccins. Bij deze partij is opslagcapaciteit gereserveerd voor COVID-19-vaccins, waarbij rekening gehouden is met de uiteenlopende temperatuurzones waarbij de vaccins opgeslagen moeten worden (ultra low, vries-, koel- en kamertemperatuur). Deze logistiek dienstverlener draagt ook zorg voor het verpakken en leveren van vaccins naar de vaccinatie locaties.

Omdat nog niet duidelijk is welke kandidaat-vaccins daadwerkelijk op de markt komen, en vanwege de onbekendheden rondom de te leveren aantallen, timing en (opslag)volumes is daarnaast ook back-up opslagcapaciteit gecontracteerd bij een tweede farmaceutisch logistiek dienstverlener. Ook voor deze locatie is een exclusieve reservering voor opslagcapaciteit in alle temperatuurzones vastgelegd. Daarnaast werkt het RIVM hard aan het beschikbaar krijgen van benodigde opslagcapaciteit in de Caribische delen van het koninkrijk.

#### Leveringen eerste vaccins

In januari (en mogelijk eind december) wordt de eerste levering van BioNTech/Pfizer verwacht. Het betreft, zoals eerder aangegeven, een levering van 507.000 doses. Het RIVM heeft ons gemeld dat de verpakingsvorm, in combinatie met de beperkte houdbaarheid op koelkasttemperatuur van het BioNTech/Pfizer vaccin, het zeer complex maakt om dit vaccin in deze fase op kleinschalige locaties aan te bieden. Het vaccin is verpakt in dozen met 975 doses (195 flacons van 5 doses) die bewaard moeten worden bij -75°C. Het RIVM constateert dat het herpakken van vaccins in kleinere dozen, conform de *Good Distribution Practices* (GDP)-richtlijnen, een zorgvuldig proces vergt dat veel tijd kost. Dit staat de snelle inzet van deze vaccins in de weg.

Na ontdooien is het vaccin nog 5 dagen bruikbaar indien het bewaard wordt bij koelkasttemperatuur (2–8 graden). Dat betekent dat de bijna 1.000 vaccins binnen 4 dagen na ontvangst toegediend dienen te worden, rekening houdend met 1 dag voor distributie. Daarnaast dienen mensen na drie weken een tweede vaccinatie met het BioNTech/Pfizer vaccin te ontvangen.

Vanwege de diepgevroren bewaarcondities in combinatie met de beperkte houdbaarheid na ontdooien, én om zoveel mogelijk spillage te beperken, kiest het kabinet ervoor om het vaccin van BioNTech/Pfizer in deze fase aan te bieden op centrale locaties. Daarbij ga ik uit van circa 30 locaties, door het hele land, waarbij ook gebruik gemaakt zal worden van bestaande testlocaties, indien geschikt. In de logistieke operatie wordt er uiteraard naar gestreefd dat er niet meer wordt uitgeleverd aan een priklocatie dan er vraag verwacht wordt. Zeker bij de vaccins waarvoor geldt dat die na uitlevering uit de opslaglocatie beperkt houdbaar zijn, wordt hiermee in de logistiek scherp rekening gehouden. Met bovenstaande geef ik invulling aan mijn toezegging aan de leden Agema (PVV) en Veldman (VVD), gedurende de begrotingsbehandeling op 3 december jl., om meer duidelijkheid te bieden over werkzaamheid, passendheid, en logistieke vereisten (Handelingen II 2020/21, nr. 33, debat over de Begroting van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2021 en Tweede suppletoire begroting inzake coronamaatregelen).

Overigens geldt ook bij toepassing op centrale locaties dat enig vaccinverlies niet te vermijden zal zijn. Op basis van schattingen van het RIVM dient rekening gehouden te worden met een spillage van 10–20%. Hieronder zet ik uiteen wat dat betekent voor de uitvoering van de COVID-19 vaccinatie in deze fase.

#### *Uitwerking hoofdroute*

In de vaccinatiestrategiebrief van 20 november jl. heb ik aangegeven welke uitvoerende partijen in beeld zijn voor de verschillende doelgroepen. De strategie van het kabinet omvat de volgende groepen:

- Huisartsen voor de (medische) risicogroepen en ouderen (extramuraal);
- Instellingsartsen en, waar van toepassing, huisartsen voor ouderen in de verpleeg(huis)zorg en mensen met een verstandelijke beperking (intramuraal);
- Werkgevers en arbodiensten/bedrijfsartsen voor zorgpersoneel; en,
- GGD'en voor de rest van de bevolking en eventueel als vangnet voor bovenstaande doelgroepen.

Het kabinet wil starten met het vaccineren van de kwetsbare groepen waar de kans op ernstige ziekte en overlijden het hoogst is, en de zorgmedewerkers die met deze groepen werken. Binnen deze eerste groep wil ik het vaccin van BioNTech/Pfizer inzetten voor het vaccineren van de zorgmedewerkers in de verpleeg(huis)zorg, gehandicaptenzorg (intramuraal en extramuraal), en medewerkers in de wijkverpleging en Wmo-ondersteuning. Dit gebeurt op centrale locaties. Zo kunnen de eerst beschikbare vaccins van BioNTech/Pfizer zo goed en efficiënt mogelijk worden gebruikt. Ook worden de meest kwetsbare doelgroepen, zoals het uitgangspunt was en blijft, zo optimaal mogelijk beschermd. In het advies van de Gezondheidsraad is deze ringbescherming ook geadviseerd. Omdat in de eerste maanden van 2021 ook registratie en levering van het vaccin van Moderna wordt voorzien, kiezen we ervoor dit vaccin aan te bieden aan de bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, inclusief kleinschalige woonvormen. Dit vaccin is naar verwachting meer geschikt voor kleinschalige distributie en mede daardoor eenvoudiger toepasbaar op deze locaties.

## Omvang eerste groep

Het gaat in deze eerste groep om 612.000 zorgmedewerkers die werken in de verpleeg(huis)zorg, gehandicaptenzorg, wijkverpleging en Wmo-ondersteuning (huishoudelijke hulp, maaltijdondersteuning, etc.)<sup>25</sup>. Dit betreft:

- 269.000 werknemers bij verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen;
- 178.000 zorgmedewerkers die werkzaam zijn in de gehandicaptenzorg; en,
- 166.000 zorgmedewerkers die verpleging, verzorging en Wmo-ondersteuning leveren.

De groep bewoners van verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen en mensen met een verstandelijke beperking die in een instelling wonen, betreft circa 232.000 cliënten<sup>26</sup>:

- 147.000 verpleeghuisbewoners en bewoners van kleinschalige wooninitiatieven; en,
- 85.000 mensen in instellingen en kleinschalige woonvormen binnen de gehandicaptenzorg.

Hoeveel vaccins nodig zijn voor het volledig vaccineren van deze eerste groepen, hangt samen met de vaccinatiebereidheid. Dit is lastig in te schatten. Uit een peiling onder 3.300 leden van vakbond NU'91 blijkt dat 36% van de zorgprofessionals zich wil laten vaccineren zodra dat mogelijk is, 33% geeft aan zich niet te willen laten vaccineren en bijna evenveel mensen weet het nog niet. Volgens NU'91 verschilt de bereidheid in zorgsectoren onderling: 44% van de ziekenhuismedewerkers wil zich laten vaccineren, tegenover 25% verpleeghuis-medewerkers en 31% thuiszorg-medewerkers. Van de huisartsen is 90% bereid zich te laten vaccineren, blijkt uit een enquête van HuisartsVandaag onder 1.200 huisartsen.

Bij de Mexicaanse griep in 2009 was de vaccinatiebereidheid onder zorgmedewerkers voor volledige vaccinatie uiteindelijk ongeveer 43%<sup>27</sup>. Bij de medische risicogroepen was de vaccinatiëgraad ongeveer 70%. Voor de COVID-19 vaccinatie ga ik vooralsnog uit van een opkomstpercentage van 75% vanwege de grote maatschappelijke impact van deze pandemie en de mogelijkheden die vaccineren biedt om deze crisis het hoofd te bieden.

De uitvoerende partijen geven aan dat de vaccinatiebereidheid uiteindelijk van veel factoren zal afhangen: de veiligheid en mate van bescherming van het vaccin, het beeld in de samenleving van het vaccin, de communicatie over het vaccin en de vaccinatie, de vraag of vaccinatie zal leiden tot het loslaten van maatregelen en de mogelijkheid tot veranderingen in gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in instellingen, de vraag of het op een later tijdstip alsnog mogelijk is te vaccineren.

<sup>25</sup> Het gaat hierbij om cijfers van het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) over het derde kwartaal van 2020.

<sup>26</sup> Dit is een groter aantal cliënten dan in de brief van 20 november jl. werd genoemd. Het betreft Wlz-cliënten die in een instelling of anderszins geclusterd wonen en mensen die tijdelijk in een verpleeghuis verblijven en eerstelijnsverblijf (ELV) of geriatrische revalidatiezorg (GRZ) ontvangen.

<sup>27</sup> Chronologisch overzicht van de Nieuwe Influenza A (H1N1) 2009/2010 pandemie en de reactie van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM. M.L. Stein, J.A. van Vliet, A. Timen. RIVM Rapport 215132001/2010.

### *Uitwerking vaccinatie eerste groep*

Hoewel de strategie van het kabinet en het advies van de Gezondheidsraad richting geven aan de prioritering van doelgroepen, is het vanwege de beperkte beschikbaarheid van vaccins ook zaak om binnen deze groepen een nadere prioritering aan te brengen. De eerste levering van BioNTech/Pfizer bevat op basis van de meest actuele leveringsinformatie (d.d. 8 december) 507.000 vaccins. Deze worden zo snel mogelijk na EMA-goedkeuring geleverd, maar mogelijk pas in de eerste week van januari. Daarnaast wordt een kleinere levering van 52.000 vaccins verwacht in januari. In februari en maart volgen ook weer grotere leveringen. Aanvullend op de vaccins van BioNTech/Pfizer, worden ook circa 390.000 doses van Moderna verwacht. Voor zowel het vaccin van BioNTech/Pfizer als (naar verwachting) het Moderna-vaccin, geldt dat binnen enkele weken twee keer gevaccineerd moet worden.

Om te kunnen berekenen hoeveel mensen met deze eerste levering gevaccineerd kunnen worden, dienen we – naast het toedienen van 2 doses – ook rekening te houden met de vaccinatiebereidheid (waarbij we uitgaan van 75%) en mogelijk vaccinverlies. Hoewel in de logistieke operatie zoveel mogelijk voorkomen wordt dat vaccin verloren gaat, houden we – zoals eerder in deze brief aangegeven – rekening met een spillage van 10–20%.

Op basis van het meest actuele leveringsschema starten we met het vaccineren van de zorgmedewerkers in verpleeghuizen. Als we uitgaan van een opkomstpercentage van 75%, dan kunnen in januari 202.000 medewerkers van verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen gevaccineerd worden. De eerste levering van BioNTech/Pfizer voorziet in voldoende vaccins voor deze groep. Na de medewerkers van verpleeghuizen volgen vanaf eind januari ook de medewerkers uit de gehandicaptenzorg, wijkverpleging en Wmo-ondersteuning. De derde levering van BioNTech/Pfizer in februari voorziet in voldoende vaccins om, uitgaand van een opkomstpercentage van 75%, zowel 134.000 zorgmedewerkers als de gehandicaptenzorg als 125.000 medewerkers uit de wijkverpleging en Wmo-ondersteuning te vaccineren.

Voor de bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, geldt dat er bij 75% opkomst circa 170.000 mensen gevaccineerd moeten worden. De eerste levering van Moderna voorziet in voldoende vaccins voor 160–180.000 mensen. Vanwege de onbekendheden ten aanzien van leveringsmomenten, vaccinverlies en vaccinatiebereidheid, is het nog niet met zekerheid te zeggen wanneer de eerste groep in zijn geheel gevaccineerd zal zijn. Monitoring van zowel vaccinverlies als van de vaccinatiebereidheid, op basis van een goede registratie, is van groot belang om waar nodig de vaccinatie planning te kunnen bijstellen. Mochten er, op grond van verschillen tussen vaccinaanbod en -vraag, vaccins overblijven, dan komen deze in principe ten goede aan de daaropvolgende prioritaire groep. Uiteraard geldt daarbij dat het vaccin ook voor die groepen geschikt moet zijn. Van alle betrokkenen bij de uitvoering vragen deze onbekendheden het nodige aan wendbaarheid.

#### Vaccineren op centrale locaties

Vanwege de kenmerken van de BioNTech/Pfizer vaccins, zal de toediening van dit vaccin moeten plaatsvinden op meer centrale locaties. We zien dat de landen om ons heen dezelfde afwegingen maken om dit vaccin goed aan te kunnen bieden. Ik heb de GGD'en gevraagd al in deze fase, bij de start van deze vaccinatiecampagne, centrale locaties per regio in te

richten, in plaats van later in het traject zoals eerst was beoogd. De GGD'en zullen circa 30 centrale priklocaties inrichten, die moeten voldoen aan de richtlijnen van het RIVM en die in januari gereed zijn. Waarschijnlijk wordt hierbij aangesloten bij bestaande testlocaties, indien geschikt.

De GGD'en zijn vanwege hun expertise en hun ervaringen met centrale vaccinatieprogramma's de meest logische partij. Ik ben de GGD'en zeer erkentelijk dat zij deze taak oppakken, bovenop alle verantwoordelijkheden die de GGD'en al op zich hebben genomen rond de bestrijding van COVID-19. Zo moet onder andere gekeken worden naar de inzet van extra personeel van de GGD'en (voor registratie, administratie, toeleiding). Daarnaast bezien de GGD'en of het – indien noodzakelijk – mogelijk is om extra medisch personeel ter beschikking te stellen. Indien zoals hierboven is aangegeven ook testlocaties deels worden benut voor vaccinatie, kan dat gevolgen hebben voor de testcapaciteit van die locaties. Samen met de GGD'en breng ik die gevolgen in beeld.

Het RIVM is verantwoordelijk voor de logistiek omtrent de verspreiding van de vaccins (bestelling en distributie van de vaccins en materialen naar de vaccinatielocatie), alsook de beveiliging van dit proces en de locaties. Hierover is het RIVM in gesprek met de GGD'en.

#### Uitwerking uitvoering

De verantwoordelijkheidsverdeling zoals in de hoofdroute aangegeven, wijzigt met mijn verzoek aan de GGD niet. Bij de verdere uitwerking van deze eerste stappen volgen we de werkwijze die ook zou opgaan als de vaccinatie in de eigen instelling (en/of werkomgeving) plaats zou vinden. Werkgevers van zorgmedewerkers in de verpleeg(huis)zorg, gehandicaptenzorg, wijkverpleging en Wmo-ondersteuning dragen conform de Arbeidsomstandighedenwet primair de verantwoordelijkheid voor vaccinatie van medewerkers in hun instellingen en stimuleren hun medewerkers zich te laten vaccineren. Daarnaast is het noodzakelijk dat werkgevers van de instellingen ook zelf capaciteit beschikbaar stellen, voor zover de zorgcontinuïteit dat toestaat. Arbodiensten en bedrijfsartsen hebben toegezegd een bijdrage te willen leveren aan de vaccinatie van zorgpersoneel. Zij kunnen daarvoor (bedrijfs)artsen en verpleegkundigen en andere medewerkers ter beschikking stellen. Het is daarnaast ook mogelijk om hierbij vaccinatiebureaus in te zetten.

De werkgevers in langdurige zorg/instellingen nemen hun verantwoordelijkheid door vaccinaties van zorgverleners te stimuleren en te faciliteren. Dat betekent concreet dat zij zorgpersoneel in de gelegenheid stellen om zich (zo nodig tijdens werktijd) te laten vaccineren en de vaccinatie aanmoedigen. Aangezien het zal gaan om een relatief beperkt aantal locaties voor geconcentreerd vaccineren, zal hier ook reistijd mee gemoeid zijn. Bevordering van vaccinaties onder de zorgverleners is van belang om de kwetsbare cliënten zo goed mogelijk te beschermen, waar zorginstellingen verantwoordelijk voor zijn. Daarnaast is dit van belang om de zorgcontinuïteit te kunnen garanderen. De instellingen zijn verantwoordelijk voor het vaccineren van hun eigen cliënten. Hiervoor zetten zij zelf artsen en/of verpleegkundigen in. Bij kleinschalige woonvoorzieningen of instellingen zonder eigen behandelaren voorziet de huisarts hierin.



## Extra inzet personeel

Deze werkwijze vraagt het nodige van de verschillende betrokken partijen, die al te maken hebben met een behoorlijke werklast. Het RIVM is met de GGD'en en de andere uitvoeringspartijen intensief en met veel energie aan de slag om de uitvoering uit te werken ten behoeve van de start in januari. In de motie van het lid Klaver c.s. (Kamerstuk 25 295, nr. 725) is verzocht om zo snel mogelijk te starten met het selecteren en opleiden van zowel medisch als niet-medisch personeel voor het toedienen van COVID-19 vaccins. Ik onderstreep dit belang, en de aanwezigheid van geschikt personeel maakt deel uit van de gesprekken de uitvoeringspartijen. Hieruit blijkt dat de uitvoeringspartijen deels al beschikken over geschikt medisch personeel dat de vaccins kan toedienen. Zowel bij de instellingen, de arbodiensten en de GGD'en. In aanvulling hierop ben ik – om een personeelstekort bij de toediening van COVID-19 vaccins te voorkomen – onder andere in gesprek met de uitvoeringspartijen om te bepalen hoe niet-medisch personeel zo snel mogelijk kan worden opgeleid en beschikbaar is, zodat zij kunnen vaccineren onder toezicht van medisch personeel. Dit wordt ook wel de verlengde armconstructie genoemd. Hiervoor is een extra opleiding nodig. Ik ben bereid om te voorzien in deze extra opleidingsbehoefte.

Het RIVM heeft hierbij een rol in het kader van deskundigheidsbevordering en de beschikbaar stellen van de richtlijnen en informatiematerialen voor scholing. In de volgende voortgangsbrief zal ik u hierover verder informeren.

### *Registratie COVID-19 vaccinatie*

Een centraal register is een essentieel onderdeel van de vaccinatiestrategie. Naast de hierboven al genoemde noodzaak de vaccinatiegraad te monitoren, speelt het een rol bij de veiligheidsbewaking en monitoring van bijwerkingen, het snel handelen bij eventuele calamiteiten, het monitoren van de effectiviteit van vaccinatie, en de bestrijding van deze pandemie in het algemeen. Omdat de verwachting is dat er verschillende typen vaccins worden ingezet, is het ook van belang om goed bij te houden wie met welk vaccin gevaccineerd is en tot welke doelgroep iemand behoort. Het is van groot belang dat deze gegevens zo compleet mogelijk zijn. Alleen dan kan de veiligheidsbewaking en monitoring van de vaccineffectiviteit en de vaccinatiegraad zorgvuldig gebeuren. Er wordt hard gewerkt aan de technische uitvoering van het centrale register, dat naar verwachting eind december gereed is om vaccinatiedata te registreren. Het RIVM voert in dit kader gesprekken met de partijen die de vaccinaties gaan zetten om, waar mogelijk, de registratiesystemen op elkaar aan te sluiten. Zoals ik in mijn brief van 30 november jl. heb aangegeven zullen alleen de minimale benodigde oproep- en vaccinatiegegevens zoals wie, wanneer, welk vaccin heeft gekregen worden bijgehouden. Daarbij worden de *privacy by design* principes als uitgangspunt genomen. Bij bezwaren zal het mogelijk zijn voor de gevaccineerde om zijn/haar gegevens bij het RIVM te laten verwijderen. Tot slot is het belangrijk dat de registratie veilig en betrouwbaar is, daarom worden daartoe aangewezen partijen als het Nationaal Cyber Security Centrum (NCSC) betrokken op deze aspecten.

### *Communicatie*

De komende periode is het doel van de communicatie om breed draagvlak voor de vaccinatiecampagne te realiseren. We stellen informatie over het vaccin en de vaccinatie-aanpak beschikbaar op [www.rijksoverheid.nl/coronavaccinatie](http://www.rijksoverheid.nl/coronavaccinatie). Thema's zijn onder andere: de veiligheid van de vaccins,

de logistieke operatie, de volgorde waarin groepen voor vaccinatie in aanmerking komen en hoe we dit organiseren. Als op een onderwerp nog geen duidelijk antwoord is, leggen we het proces uit. Naast feitelijke informatie bieden we ook verhalen aan, van patiënten, van familieleden, van zorgprofessionals en wetenschappers. Bovendien schenken we extra aandacht aan de maatschappelijke discussie op sociale media door op verschillende fora actief in gesprek te gaan over zorgen die er leven. Deelname aan de discussie geeft ons de mogelijkheid om twijfels weg te nemen en onjuistheden recht te zetten. Ook helpen we mensen om desinformatie te herkennen en geven we hen tips om te kunnen omgaan met weerstand in de eigen omgeving.

De komende weken wordt in rap tempo de verdere publiekscommunicatie uitgerold. Met deze communicatie beantwoorden we vragen om daarmee mogelijke twijfels weg te nemen. Middelen om dit doel te bereiken zijn publieksinformatie op de website van de rijksoverheid, via 0800 1351 en online, en een publiekscampagne op televisie, radio, online en in print. Het eerste artikel staat vanaf 9 december in huis-aan-huis bladen, de radiocampagne start op 14 december, samen met een online advertentie-campagne (via *banners*) en sociale mediaberichten. Rond de jaarwisseling komt er een advertentie in landelijke dagbladen. Dan start ook de televisiecampagne.

Met de inzet van verschillende ambassadeurs die voor specifieke groepen herkenbaar zijn, sluiten we aan bij uiteenlopende doelgroepen in kanaal, vorm en taal. Hiervoor wordt samenwerking gezocht met artsen en experts op het gebied van corona en vaccinatie. Waar mogelijk vragen we bekende Nederlanders om de boodschap te ondersteunen. Er is speciale aandacht voor moeilijk bereikbare groepen en voor zorgprofessionals:

- De zorgprofessional **als uitvoerder van de vaccinaties** krijgt instructie en informatie van het RIVM. Alle informatie hierover staat op <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/vaccins>.
- De zorgprofessional als ontvanger van het vaccin:
- Krijgen de informatie via de reguliere coronakanalen zoals het telefoonnummer 0800-1351, rijksoverheid.nl/coronavaccinatie en diverse campagne-uitingen zoals een radiospot.
- Daarnaast worden er gesprekken gevoerd met (in eerste instantie) koepelorganisaties Verenso, VGN, V&VN en Actiz over hoe zij kunnen helpen in de communicatie naar de medewerkers in instellingen.
- Voor de groep zorgprofessionals met een migratie-achtergrond die de Nederlandse taal niet goed beheersen worden speciale middelen gemaakt zoals vertalingen en hertalingen naar eenvoudige taal en meer visuele uitingen over veiligheid en andere thema's.

Als de vaccinatiestrategie hierom vraagt, dan wordt de communicatie-aanpak aangepast.

### *Ethische kaders*

De COVID-19 vaccinatie levert ethische dilemma's en juridische vraagstukken in het spanningsveld van collectieve verantwoordelijkheid om de vaccinatiegraad te verhogen, elkaar te beschermen én vrijheden, zoals individuele zelfbeschikking, godsdienstvrijheid, en lichamelijke integriteit. Het lid Segers (CU) heeft in het debat van 18 november jl. een motie voor ingediend waarin hij het verzoek doet om een ethisch afwegingskader voor de COVID-19 vaccinatiestrategie te laten ontwikkelen<sup>28</sup>. Ik heb de Commissie Ethiek en Recht van de Gezondheidsraad gevraagd hierover te adviseren. Dit advies wordt voor februari 2021 opgeleverd.

<sup>28</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 732.

In het debat van 18 november jl. is tevens door het lid Wilders (PVV) een motie ingediend over vrijwillige vaccinatie<sup>29</sup>. In aanvulling op deze motie heeft het lid Wilders de leden van het Kabinet verzocht om een brief waarin wordt bevestigd dat het Kabinet deze mening met de Kamer deelt. Zoals ik diverse malen heb aangegeven zal de COVID-19 vaccinatie altijd en alleen op basis van vrijwilligheid plaatsvinden. Er zal daarbij geen sprake zijn van vaccinatiedwang of een (indirecte) vaccinatieplicht, hier is geen wettelijke grondslag voor. Ecorys heeft in 2019 onderzoek gedaan naar een vergelijkbare afweging in relatie tot de griepvaccinatie onder zorgpersoneel. Ook hier kwam uit dat een (in)directe vaccinatieplicht geen wettelijke grondslag heeft en ook niet wenselijk is. Voor de overige vragen die leven over dit onderwerp wil ik de uitkomst van het nog te ontvangen advies van de Commissie Ethiek en Recht van de Gezondheidsraad afwachten.

*Tot slot*

De COVID-19 vaccinatie vraagt veel van de inzet, creativiteit en flexibiliteit van de uitvoerende partijen. Er is op voorhand niet op alle vragen antwoord te geven.

Zoals ik eerder in deze brief al schreef, is de vaccinatiecampagne een puzzel. Een puzzel die we samen moeten leggen. En dat lukt als ieder zijn verantwoordelijkheid neemt. Niet alleen om de uitvoering in goede banen te leiden, maar ook als we straks beginnen met vaccineren. We willen de mensen uit kwetsbare groepen zo snel mogelijk met een vaccin beschermen tegen het coronavirus. Het is van groot belang dat niet alleen deze groepen zelf, maar ook zoveel mogelijk zorgmedewerkers, bereid zijn om zich te laten vaccineren. Naast bescherming voor zichzelf, biedt dit hun ook de mogelijkheid veiliger te kunnen werken met hun cliënten en met collega's.

## **Zorgen dat de zorg het aan kan**

### **10. Zorg voor patiënten in de curatieve sector**

*Actueel beeld*

De afgelopen weken is een daling ingezet van het aantal patiënten met COVID-19 in de ziekenhuizen. Het algemene beeld is dat die daling gemiddeld langzamer gaat en minder sterk is dan we hadden gehoopt. In de afgelopen week liep de bezetting op de klinische verpleegbedden in de ziekenhuizen op sommige dagen zelfs weer wat op. De druk op de zorg blijft dus onverminderd hoog.

Op dit moment (stand 8 december 2020) zijn in totaal 1.700<sup>30</sup> patiënten met COVID-19 in de ziekenhuizen opgenomen, waarvan 464 covid-patiënten op de IC en 1.236 covid-patiënten in de kliniek. Dit is een daling van per saldo 446 patiënten ten opzichte van drie weken geleden (d.d. 17 november), waarbij de daling zowel te zien is op de IC (daling van 112) als in de kliniek (daling van 334). Echter in de afgelopen week lijkt de daling zich te stabiliseren. In vergelijking met vorige week dinsdag is momenteel nog wel een daling te zien op de IC (per saldo 14 patiënten minder) maar juist weer een stijging van 31 patiënten in de kliniek.

Er is dus nog steeds sprake van een significante instroom van patiënten met COVID-19, waarbij er regionaal verschillen zijn. Daarom is de landelijke spreiding van patiënten door het Landelijk Centrum Patiënten-

<sup>29</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 720.

<sup>30</sup> Bron: LCPS.nu.

spreiding (LCPS) nog steeds nodig. In de afgelopen week vonden er gemiddeld dagelijks 14 bovenregionale overplaatsingen van COVID-19 patiënten naar een ander ziekenhuis plaats, waarvan 2 IC-patiënten, ten opzichte van iets minder dan het dubbele drie weken geleden (24, waarvan 5 IC)<sup>31</sup>. Het is vooral belangrijk dat patiënten verspreid worden, zodat reguliere zorg overal in Nederland even goed beschikbaar blijft, zoals beoogd met de maatregelen die ik heb genomen in het Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie<sup>32</sup>. Ook is het wenselijk dat om zoveel mogelijk gelijke omstandigheden te houden voor zorgpersoneel en instellingen in heel Nederland.

#### *Ontwikkelingen reguliere zorg*

Als gevolg van deze stagnerende daling van het aantal COVID-patiënten wordt er nog steeds een zekere mate van niet-kritieke planbare reguliere zorg afgeschaald en ontstaat er maar weinig extra mogelijkheid om inhaalzorg in te plannen. De prognose van het Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS) is dat er ook in de komende weken geen afname van de patiënten aantallen tot onder de signaalwaarden voor de klinische en IC-bezetting zal zijn. Bovendien zijn er ook andere factoren die beperkend zijn voor de mogelijkheden tot inhaalzorg: zo heeft ook in de ziekenhuizen veel personeel vrij tijdens de feestdagen en voor de periode daarna geldt dat het griepseizoen voor een extra belasting kan zorgen. Met name moet voorkomen worden dat de inhaalzorg voor bepaalde patiëntgroepen, die ten tijde van de piek van de tweede golf rond 1 november te maken kregen met uitstel van zorg, in de komende weken niet geleverd kan worden. Immers uitgangspunt was dat uitstel van zorg tot zes weken verantwoord was. Bij langer uitstel dan zes weken kan er voor sommige patiëntgroepen het risico op gezondheidsschade en verlies van levensjaren ontstaan.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft in haar laatste rapport aan dat op dit moment het aantal verwijzingen op 83% ligt van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis. Het verschil tussen het daadwerkelijke aantal verwijzingen en het verwachte aantal is vanaf half september toegenomen en begint nu weer licht af te nemen. In de laatste twee weken is het aantal verwijzingen 42 duizend minder dan verwacht.

Dat huisartsen minder verwijzen betekent niet dat al deze mensen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Een deel van deze zorg zal niet ingehaald worden, bijvoorbeeld omdat patiënten door de huisarts behandeld kunnen worden en dus geen doorverwijzing nodig is, of omdat klachten vanzelf over gaan. Ik blijf hierbij iedereen oproepen om zich bij klachten te melden bij de huisarts of de behandelaar zodat een medische afweging kan plaatsvinden.

#### *Motie van de leden Van der Staaij (SGP) en Veldman (VVD) over de coronazorg bij verdere groei van het aantal ziekenhuisopnames<sup>33</sup>*

De motie van de leden Van der Staaij (SGP) en Veldman (VVD) 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 mijn aanpak voor wat betreft dit tweede aspect, heb ik u in mijn vorige stand van zaken brief van 17 november jl.<sup>34</sup> reeds geïnformeerd en samen met alle ketenpartijen die

<sup>31</sup> Bron: LCPS.nu.

<sup>32</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 317.

<sup>33</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 673.

<sup>34</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 713.

betrokken zijn of kunnen worden bij de zorg voor COVID-19 patiënten zetten we ons hier maximaal voor in. Met betrekking tot de planvorming voor concentratie van coronazorg per regio, kan ik u melden dat ik het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heb gevraagd dit plan op te stellen. Zij zijn in de afrondende fase van deze planvorming en over de uitkomsten hiervan zal ik u uiterlijk in de eerstvolgende stand van zaken brief informeren.

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

Conform het door de DPG-en ontwikkelde ramingsmodel zijn landelijk minimaal 300 plekken direct beschikbaar (niveau «basis»), 550 extra plekken die binnen 72 uur in gebruik genomen kunnen worden (niveau «midden») en nog eens 1.150 plekken die binnen 2 weken kunnen worden gerealiseerd (niveau «hoog»). Deze capaciteit telt niet mee in de ziekenhuiscijfers en is bedoeld voor personen met COVID-19 die niet thuis kunnen blijven, maar ook niet naar het ziekenhuis willen.

Er vindt sinds begin oktober wekelijks monitoring plaats van beschikbare en bezette plekken. De bezetting van de plekken voor COVID-19-patiënten in de zorginstellingen met cohortverpleging tijdelijk verblijf laat sinds week 47 een lichte daling zien naar 796 plekken over het hele land, met een beschikbaarheid van 1.276 plekken (peildatum 2 december). In de prognose wordt de komende weken een daling verwacht in bezetting naar ongeveer 642 en 477 plekken. Van de 25 regio's zijn er 14 opgeschaald naar niveau «midden», 7 regio's naar niveau «hoog» en regio Rotterdam-Rijnmond blijft aangemerkt als crisisregio. De situatie wordt door GGD-GHOR onveranderd ingeschat als beheersbaar, maar zorgelijk. Landelijk is op dit moment genoeg beschikbare capaciteit. Regionale verschillen blijven relatief groot met betrekking tot beschikbaarheid en bezetting. De situatie ten aanzien van opschalingsniveaus en de mogelijkheid op te schalen is stabiel. De bedden capaciteit lijkt voor de komende weken voldoende. De grootste zorg blijft de personele capaciteit. De druk op personeel zal naar verwachting niet snel afnemen, mede door terugkerende lokale uitbraken, scenario's ten aanzien van duur van de Coronacrisis, en de reguliere griepedemieën.

In de breed onderschreven motie van het lid Pieter Heerma (CDA) (Kamerstuk 25 295, nr. 724) wordt de regering verzocht op korte termijn met betrokken organisaties van ziekenhuizen, zorg thuis en huisartsen een plan op te stellen voor het uitbreiden van bedden capaciteit in bijvoorbeeld zorghotels en andere bedden capaciteit buiten het ziekenhuis. Dit verzoek is ingegeven vanuit het knelpunt van tekorten aan personeel en dat deze mogelijk opgevangen kunnen worden via crisisbanen, het initiatief Extra handen in de zorg en zorgreservisten.

Laat ik voorop stellen dat er geen tekort is aan bedden capaciteit voor COVID-patiënten buiten het ziekenhuis. De DPG-en hebben daarvoor het hierboven genoemde een landelijk ramingsmodel ontwikkeld. Dit ramingsmodel is uitgewerkt in regionale opschalingsplannen. Uit de wekelijkse monitorgegevens blijkt dat er voldoende beschikbaarheid is ten opzicht van de bezetting. De opschalingsplannen kunnen ook (in aangepaste vorm) gebruikt worden in volgende crisis.

Dat laat onverlet dat ook hier het grootste knelpunt personele capaciteit is, waardoor in sommige regio's tijdelijk reguliere ziekenhuiszorg (sterk) afgeschaald moet worden. In de crisisregio is ook de reguliere instellingszorg buiten het ziekenhuis tijdelijk afgeschaald. En natuurlijk wordt in alle regio's, zeker in die waar de opschaling al maximaal is, gezocht naar creatieve oplossingen ter ondersteuning en uitbreiding van personeel. Daarbij gaat de voorkeur van partijen uit naar het benutten van capaciteit

in bestaande instellingen omdat die beter te organiseren en te bemensen zijn dan aparte locaties voor COVID-19-zorg.

Naast deze regionale inspanningen organiseer ik via «Extra handen voor de zorg» voor mensen zonder zorgachtergrond een Nationale Zorgklas (zie ook paragraaf 18 in deze brief). In deze klas worden mensen in een week tijd opgeleid worden voor verzorgende taken op niveau 2 (opleiding ondersteunend niveau) of binnen een aantal dagdelen voor hulp in de zorgorganisatie. De eerste groep is na het volgen van de opleiding inzetbaar als crishulp bij werkzaamheden zoals het klaarleggen van materialen, een praatje maken met de cliënten of het voorbereiden en begeleiden bij maaltijden. De tweede groep is na de opleiding inzetbaar als bijvoorbeeld gastheer/gastvrouw in verpleeghuizen. In de Nationale Zorgklas is nu wekelijks plek voor zo'n 400 deelnemers.

## **12. Persoonlijke beschermingsmiddelen**

### *Leveringszekerheid op korte termijn*

Voor de nationale inkoop en verdeling van beschermingsmateriaal, zoals mondklappers, handschoenen en schorten en andere medische hulpmiddelen, zoals IC-apparatuur is tijdens de crisis het Landelijk Consortium Hulpmiddelen opgericht (hierna LCH) en zijn er nu voldoende voorraden beschikbaar. Samen met betrokken partijen zoals zorgaanbieders en leveranciers, bespreken we wat we willen behouden en meenemen naar de toekomst.

Ook heeft het Ministerie van VWS in samenwerking met het Ministerie van EZK gekeken naar de mogelijkheden om Nederlandse productie van beschermingsmiddelen en apparatuur op te starten. Met een aantal partijen zijn daarvoor contracten afgesloten. Ik geef u hierbij een update van deze initiatieven.

Ten behoeve van het voorkomen van nieuwe tekorten produceren Koninklijke Auping, Afpro Filters BV en Sion BV op dit moment FFP2-mondklappers en leveren aan het LCH. De door hen geproduceerde mondklappers beschikken over de verkorte CE-certificering (the «Recommendation EU2020/403») of zijn goedgekeurd door iSZW via de procedure «Regulation (EU) 2016/425. Bij chirurgische mondneusmaskers type IIR hebben we gekozen voor drie bedrijven, Mondmaskerfabriek BV, Lemoine Holland BV en Medprotex BV. Ook deze producenten zijn inmiddels allen gecertificeerd en leveren uit aan het LCH. Het opzetten van dergelijke productie klinkt vaak simpel maar blijkt in de praktijk toch vaak lastiger. Knelpunten rondom het verkrijgen van de CE-certificering, de wachtlijsten voor resultaten vanuit de testlaboratoria en de beschikbaarheid van betrouwbare grondstoffen zijn nagenoeg opgelost. Wel zien wij soms kritische reacties van de eindgebruikers in de zorg. Eén van de producenten heeft recent meerdere klachten met betrekking tot het gebruikersgemak ontvangen rondom de knellende elastieken van de FFP2 mondneusmaskers. De mondneusmaskers voldoen echter wel aan alle kwaliteitseisen en de CE certificering. Deze producent zal zowel op de korte als langere termijn verbeteringen in het productieproces aanbrengen om het gebruikersgemak te vergroten. Tevens ben ik geïnformeerd over het feit dat Mondmaskerfabriek B.V. een samenwerking wenst aan te gaan met het Belgische bedrijf Deltrian. Ik ondersteun deze internationale samenwerking omdat deze zeer belangrijk is voor de toekomst van Mondmaskerfabriek B.V. en de leveringszekerheid op langere termijn.

De vertragingen in de certificering hebben er tevens toe geleid dat het beoogde aantal te produceren FFP2 mondneusmaskers bijgesteld wordt naar ruim 1,3 miljoen FFP2 mondneusmaskers per week. Het aantal geproduceerde chirurgische mondneusmaskers type IIR ligt op dit moment op ruim 2,2 miljoen per week en zal de komende maanden oplopen naar 3 miljoen chirurgische mondneusmaskers type IIR per week.

Daarnaast zijn er afspraken gemaakt over de levering van benodigde grondstoffen voor met name mondklappen zoals meltblown en is de productie van spatshielden en ademingsapparatuur door Nederlandse bedrijven gaande. Al eerder hebben Nederlandse bedrijven bijgedragen aan de productie van desinfectans. Daarnaast ben ik in gesprek met verschillende Nederlandse partijen over de productie van (herbruikbare) beschermingsjassen, medische handschoenen en (onderdelen van de) testapparatuur zoals cartridges. Daarbij wordt ook gekeken naar mogelijkheden voor opschaling (indien de vraag stijgt) en middelen die kunnen worden hergebruikt.

#### *Leveringszekerheid op langere termijn*

Op dit moment kan het LCH met de huidige voorraad in Nederland ruimschoots voorzien in de vraag die zorginstellingen bij het LCH hebben gemeld. Om voorbereid te zijn op een eventuele volgende epidemie of andere crisissituatie wil ik de kwetsbaarheid in het aanbod van persoonlijke beschermingsmiddelen in Nederland verminderen, waarbij zoveel mogelijk de samenwerking in Europees verband gezocht wordt. Leveringszekerheid en het garanderen van kwalitatief hoogwaardige producten staan daarbij voorop. Zoals eerder gemeld kunnen we leveringszekerheid op verschillende manieren bereiken. Op de eerste plaats kunnen we de inkoop en contractering versterken door samenwerking en specifieke afspraken. Ook het aanhouden of aanleggen van een centrale of decentrale (ijzeren) voorraad om de kwetsbaarheid te verminderen. Waar dat een meerwaarde heeft kunnen we ook aansluiten bij Europese initiatieven zoals RescEU stockpiling en Joint Procurements / Europese aanbestedingen. Naast deze aspecten kan productie in Nederland of Europa bijdragen aan de leveringszekerheid. Daarnaast kan het helpen om internationaal nader afspraken te maken om handelsbeperkingen tot een noodzakelijk minimum te beperken ten tijde van een gezondheidscrisis. De Europese Commissie heeft hiertoe enkele voorstellen gedaan die momenteel verder worden uitgewerkt. In alle gevallen is het van belang om niet alleen naar de productie van eindproducten te kijken, maar ook naar benodigde grondstoffen of onderdelen en halffabricaten.

### **13. Arbeidsmarkt**

In de brief van 17 november jl.<sup>35</sup> heb ik uitvoerig stilgestaan bij de ontwikkelingen rondom Extra Handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas. Ook ben ik in die brief ingegaan op de toezeggingen aan de Kamer uit het COVID-19 debat van 4 november (Handelingen II 2020/21, nr. 20, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus) en het laatste AO Arbeidsmarktbeleid in de zorg van 12 november jl. Daarnaast heb ik uitgebreid stilgestaan bij de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan de aangenomen moties van de leden Wilders (PVV) en Pieter Heerma (CDA), over een nationale reserve aan zorgmedewerkers (Kamerstuk 25 295, nr. 692), en bij de motie van lid Van Brenk (50+), over hoe ervoor wordt gezorgd dat zorgmedewerkers die positief zijn getest op COVID-19, niet toch gaan werken (Kamerstuk 25 295, nr. 687).

<sup>35</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 713

In deze brief geef ik in aan hoe uitvoering wordt gegeven aan de aangenomen motie van het lid Marijnissen (SP)<sup>36</sup>, over het terugdringen van de hoeveelheid kleine contracten in de zorg en het versterken van de inkomenspositie van verzorgenden IG voor economische zelfstandigheid. Daarnaast informeer ik u over de voortgang van de toezegging aan het lid Sazias (50+), tijdens het AO Arbeidsmarktbeleid in de Zorg<sup>37</sup>, over of wij oud-zorgmedewerkers via pensioenfondsen kunnen oproepen weer in de zorg te komen werken. Ook zal, net als in de voorgaande COVID-19 stand van zaken brieven, worden ingegaan op de ontwikkelingen rondom Extra Handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas en kan ik u informeren over de stand van zaken rondom de aanpak van de Commissie Werken in de Zorg. Tenslotte, informeer ik de Kamer over de uitvoering van de zorgbonussen en hoe het staat met de totstandkoming van de bonusregeling voor zorgverleners aan PGB budgethouders.

#### Motie Marijnissen: terugdringen kleine contracten in de zorg en versterken inkomenspositie IG

Zoals ook toegelicht in de vorige COVID-19 brief en in de Voortgangsrapportage van 4 november 2020<sup>38</sup> ondersteun ik initiatieven zoals die van stichting Het Potentieel Pakken (hierna: de stichting). De stichting ontplooit initiatieven om de deeltijdfactor te verhogen. Ze zet in op het enthousiasmeren en informeren van medewerkers over het onderwerp contractuitbreiding en lanceert in februari 2021 de «deeltijdberekenaar»; een instrument waarbij medewerkers makkelijk kunnen berekenen hoeveel meer uren werken oplevert, waarbij zowel loon als toeslagen en belastingen worden meegenomen. Verder wordt veel aandacht besteed aan het mogelijk maken van prettige roosters bij grotere contracten.

Er is veel belangstelling bij zorgorganisaties voor deze aanpak. Vanaf 2021 start de stichting met intensieve trajecten bij een reeks van nieuwe zorginstellingen waarbij het doel is om uit te bereiden naar ongeveer 50 in de komende drie jaar. Zorginstellingen krijgen dan ondersteuning en begeleiding bij de uitvoering de aanpak. Het Actie Leer Network, werkgeversorganisaties, brancheorganisaties en sociale partners zijn actief betrokken en werken samen met de stichting, bijvoorbeeld door het aanbieden van online workshops en trainingen.

Met het vergroten van de contractomvang van verzorgenden IG, wordt ook de inkomenspositie versterkt en daarmee de economische zelfstandigheid vergroot. Immers, met meer uren werken wordt een hoger inkomen gegeneerd. Daarnaast bouwt een medewerker meer pensioen op.

Wetende dat de gemiddelde professional in de zorg 0,68 fte per week werkt (dat houdt in gemiddeld 24 uur per week) en binnen de sector VV&T 0,60 fte (dat is 22 uur per week afgerond) valt hier nog veel winst te behalen. Belangrijk is ook dat werkgevers en werknemers dit onderwerp bespreken in hun reguliere personeelsgesprekken.

#### Ontwikkeling Extra Handen voor de Zorg

Er wordt blijvend aandacht gegeneerd voor het initiatief Extra Handen voor de zorg. We zien dat ook terug in het aantal aanmeldingen. In week 49 waren er 137 nieuwe aanvragen.

<sup>36</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 727.

<sup>37</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 421.

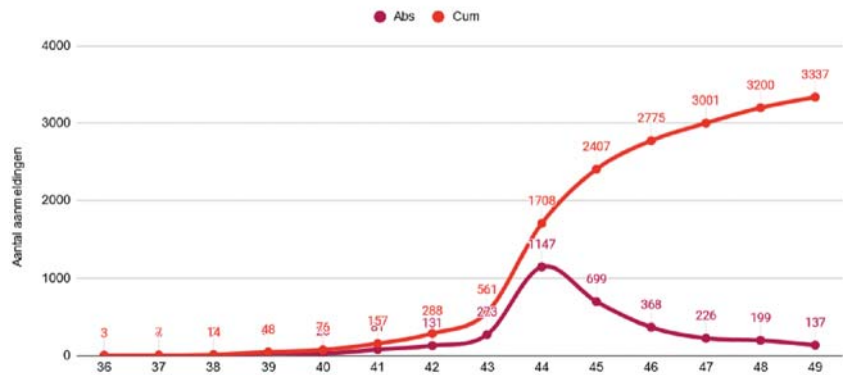
<sup>38</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 416.



**Figuur 1: Aantal nieuwe aanmeldingen bij extra handen voor de zorg per week en cumulatief sinds week 38**

Nieuwe Aanmeldingen

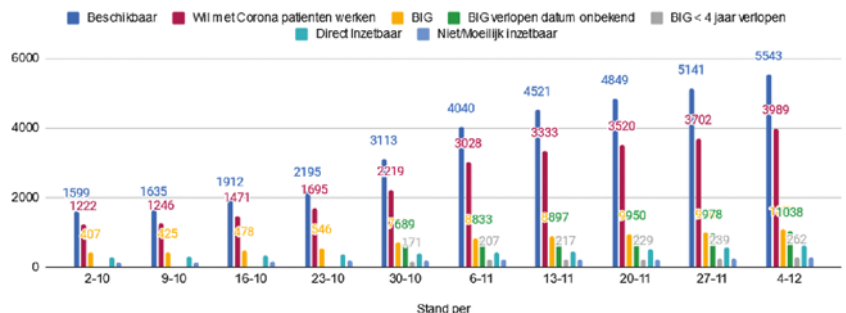
Absolut en cumulatief



Aantal beschikbare mensen en hun zorgachtergrond

In totaal stond de teller afgelopen vrijdag op 5543 beschikbare mensen bij Extra Handen (stand 04-12-2020), waarvan 1073 met een geldige BIG registratie, 262 met een BIG-registratie die minder dan 4 jaar geleden is verlopen en 1038 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 meldden nu nogmaals benaderd worden en beschikbaar komen. Die mensen zitten niet in de nieuwe aanmeldingen zoals in figuur 1 zijn gepresenteerd.

**Figuur 2: Aantal beschikbare mensen en hun zorgachtergrond.**

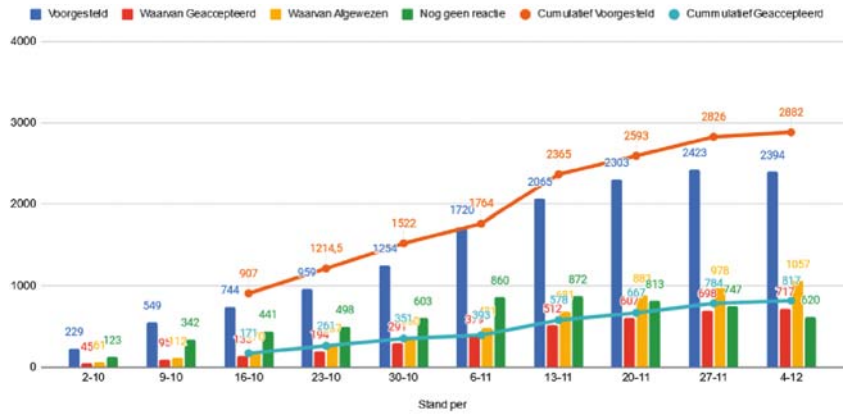


Matching Extra Handen voor de Zorg

Wat betreft de matching geldt, dat van de 2394 mensen die zijn voorgesteld aan organisaties, er 717 zijn ingezet, er 1057 zijn afgewezen en 620 mensen nog op een reactie vanuit de zorgorganisatie wachten (zie figuur 3).

Hieruit kunnen we concluderen dat nog steeds een groot deel wordt afgewezen en de aanvragen langere tijd in behandeling zijn bij de zorgorganisaties. Het goede nieuws is echter dat er meer mensen worden ingezet ten opzichte van de voorgaande weken, dat er minder mensen op een reactie wachten én dat relatief meer van de voorgestelde mensen worden geaccepteerd.

**Figuur 3: bruto/netto matching**



Er wordt nog steeds met name gevraagd om gediplomeerde, direct zelfstandig inzetbare zorgprofessionals. Die vraag gaan we met de Extra Handen voor de Zorg niet oplossen, omdat de meeste aanmeldingen voor extra handen in de zorg niet gediplomeerde zorgprofessionals zijn. Overigens zijn er ook verschillende initiatieven waarbij bijvoorbeeld horecapersoneel wordt gevraagd in te springen in verpleeghuizen, die niet via Extra Handen lopen.

### Ontwikkeling Nationale Zorgklas

Alle deelnemers uit het bestand van ruim 10.000 aanmeldingen bij de Nationale Zorgklas zijn benaderd voor het plannen van een intake. Waar we eerst zagen dat er veel tijd zat tussen het aanmelden en het daadwerkelijk inplannen van een intake zien we nu een duidelijke verbetering. Er is een supportdesk ingesteld, het aantal docenten is uitgebreid van 32 naar 163 en deelnemers kunnen nu ook een versnelde opleiding (*Helpen in de zorgorganisatie*) volgen. Ook bestaat de mogelijkheid om meteen een afspraak te maken voor een intakegesprek en het volgen van scholing. Het percentage dat zich meldt voor een intake stijgt dan ook aanzienlijk. In de Nationale Zorgklas is nu wekelijks plek voor 400 deelnemers.

### Stand van zaken bonus

Zoals toegezegd aan uw Kamer ga ik in deze brief in op (1) een analyse van de subsidieverzoeken die zijn ingediend in het kader van de *Subsidie-regeling bonus zorgprofessionals COVID-19* (hierna: bonusregeling) en (2) de beoogde opzet van de bonusregeling voor zorgprofessionals die werkzaam zijn als pgb-zorgverlener en het bijbehorende tijdpad voor openstelling van deze regeling.

### Aanvragen bonusregeling

Op basis van de motie van het lid Van Kooten-Arissen (vKA)<sup>39</sup> is besloten tot het uitkeren van € 1.000 netto aan zorgverleners die een uitzonderlijke prestatie hebben geleverd in de strijd tegen COVID-19. Het kabinet heeft hieraan uitvoering gegeven met de bonusregeling. De bonusregeling bood zorgaanbiedersde mogelijkheid een subsidieverzoek in te dienen voor het toekennen van een netto bonus van € 1.000,- aan zorgprofessionals die een bijzondere prestatie hadden geleerd in de strijd tegen Corona.

<sup>39</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 171.

De aanvraagperiode bij het subsidieloket van DUS-I – zijnde de uitvoerder van de bonusregeling – liep aanvankelijk tot en met 29 oktober 2020 en is op verzoek van de Tweede Kamer in twee stappen verlengd tot en met dinsdag 10 november 2020. De verlenging van het loket was bedoeld om tegemoet te komen aan de geluiden dat voor het aanvragen voor derden extra tijd nodig was. Het loket heeft, inclusief de tijd van verlenging, een ruime tijd (41 dagen) opengestaan.

Door DUS-I is en wordt hard gewerkt om alle volledig en tijdig ingediende aanvragen zo snel mogelijk te beoordelen en de subsidie te verlenen.

Op 30 november jl. was het merendeel van de aanvragen, te weten 77% beoordeeld en ca. 1,7 miljard euro aan subsidie uitbetaald.

#### Cijfers bonusregeling 2020

Bij de analyse van de cijfers over de bonusregeling 2020 is 30 november 2020 als peildatum gehanteerd. In de periode dat het bonusloket openstond is door 12.221 zorgaanbieders een aanvraag voor subsidie ingediend. Op basis van extrapolatie van de op 30 november jl. beoordeelde aanvragen zien we dat er subsidie is aangevraagd voor een bonus voor ca. 1,1 miljoen werknemers en ca. 0,1 miljoen derden.

**Tabel: aantal werknemers en aantallen werknemers en derden waarvoor een bonus is aangevraagd.**

AZW branches	totaal aantal werknemers bij aanvragers (x 1.000)	werknemers waarvoor is aangevraagd (x 1.000)	aantal derden waarvoor is aangevraagd
Universitair medische centra	86,4	62,5	3,7
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	210,1	193,8	10,5
Geestelijke gezondheidszorg	88,8	80,1	7,4
Huisartsen en gezondheidscentra	40,0	31,4	3,5
Verpleging, verzorging en thuiszorg	505,4	458,0	45,9
Gehandicaptenzorg	180,6	163,0	8,7
Jeugdzorg	29,4	22,9	2,4
Overige zorg en welzijn*	38,1	25,6	2,7
Sociaal werk	32,0	25,8	1,7
Apotheken	23,2	19,0	0,3
SBI-code niet uit lijst regeling	29,6	22,4	1,2
<b>Totaal</b>	<b>1.263,4</b>	<b>1.104,4</b>	<b>87,9</b>

Bij ongeveer een derde van het totale aantal zorgaanbieders dat een aanvraag heeft gedaan, wordt ook voor derden een aanvraag gedaan. Tezamen hebben deze ongeveer 3.500 aanbieders voor een kleine 100.000 derden een subsidieaanvraag gedaan. Zoals verwacht mocht worden is dit aantal aanzienlijk kleiner dan het aantal aanvragen voor professionals in loondienst maar nog altijd substantieel.

Het is dus goed te zien dat zorgaanbieders in hun aanvragen de professionals die niet bij hun in dienst zijn, zoals zzp'ers, uitzendkrachten en schoonmaakpersoneel, niet vergeten zijn. Want ook deze professionals hebben buitengewone prestaties geleverd en verdienen daarvoor waardering.

Wanneer we specifiek kijken naar hoeveel zorgprofessionals inclusief derden (exclusief schoonmaakpersoneel) dan constateer ik dat er breed subsidie voor deze groep is aangevraagd. Op grond van de CBS gegevens weten we dat 1,3 miljoen professionals werkzaam zijn in de sector zorg en welzijn die minder dan 2x modaal verdienen. Aangevuld met het aantal derden van circa 0,1 miljoen gaat het om bijna 1,4 miljoen zorgprofessio-

nals. Hieruit kunnen we constateren dat er voor bijna iedere zorgprofessional die minder dan 2x modaal verdient in de sector zorg en welzijn een bonus is aangevraagd.

Zorgaanbieders hebben – uitgaande van de reeds geanalyseerde aanvragen – gemiddeld genomen voor gemiddeld 85–90% van hun personeelsbestand een bonus aangevraagd. Deze percentages liggen ruim boven het ingeschatte aanvraagpercentage van naar schatting 67% van het aantal zorgprofessionals in de sector zorg en welzijn dat naar verwachting een uitzonderlijke prestatie zou hebben geleverd in de strijd tegen COVID-19. Die inschatting was gebaseerd op het feit dat de druk op personeel tijdens de eerste golf niet zorgbreed en niet in instellingen gold, aangezien er ook zorg werd afgeschaald. Daarnaast is het uitgangspunt van de regeling dat werkgevers alleen degenen zou opgeven waarop de regeling was gericht: zorgprofessionals die zich hebben ingezet voor patiënten en cliënten met COVID-19 (bijvoorbeeld door te verzorgen, verplegen, behandelen, begeleiden of triage te verlenen), dan wel zorgprofessionals die hebben bijgedragen aan de strijd tegen COVID-19 (bijvoorbeeld door extra uren te werken, collega's te vervangen of preventieve taken uit te voeren om het risico op verspreiding te verkleinen). Op verzoek van de sector zijn daartoe ook lijsten met beroepen opgesteld om hierbij te helpen.

Het hogere aanvraagpercentage zien we vooral terug bij de algemene ziekenhuizen, de VVT, de gehandicaptenzorgen en de GGZ. In de tabel hieronder treft u een verdeling van het aanvraagpercentage per deelsector aan.

**Figuur 4: aanvraagpercentage ten opzichte van het opgegeven aantal werknemers (o.b.v. extrapolatie van 77% van de afgehandelde aanvragen op 30 november)<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Aantallen gebaseerd op eigen opgave zorgaanbieders bij de subsidieaanvraag.

Het hogere aanvraagpercentage wordt veroorzaakt door een aantal deelsectoren dat voor relatief veel zorgprofessionals een bonus aanvraagt. Dit betreft de algemene ziekenhuizen (92%) en de VVT, de gehandicaptenzorg en de GGZ (allen 90%).

#### *Toezegging – openstelling zorgbonus voor PGB-houders (Van Kooten-Arissen)*

In mijn brief van 4 november jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 689) heb ik u toegezegd dat ik u in een volgende COVID-19 brief informeer over de beoogde opzet van de bonusregeling voor zorgprofessionals die werkzaam zijn als pgb-zorgverlener. Daarnaast heb ik toegezegd het

bijbehorende tijdpad voor openstelling van de regeling aan u toe te lichten. In deze paragraaf geef ik invulling aan de toezeggingen.

Ook binnen de groep pgb-zorgverleners zijn uitzonderlijke prestaties geleverd in de strijd tegen de COVID-uitbraak. Om die reden dienen zij ook in aanmerking te kunnen komen voor een bonus.

Dit geldt zowel voor de zorgverleners die pgb-zorg hebben geleverd vanuit een instelling (zorgaanbieder), als voor de zorgverleners die een overeenkomst hebben gesloten met de budgethouder (zonder tussenkomst van een zorgaanbieder). Voor de eerstgenoemde groep was het mogelijk om een bonus aan te vragen in de afgelopen ronde tot en met 10 november j.l. Voor de tweede groep, de groep zorgverleners met directe overeenkomsten met budgethouders, kon op basis van de bonusregeling nog geen subsidie worden aangevraagd. Voor deze groep wordt daarom een aparte uitwerking van de bonusregeling opgesteld.

Beoogd wordt de wijzigingsregeling, waarmee de grondslag voor een bonus voor pgb-zorgverleners wordt opgenomen in de bonusregeling, medio februari 2021 te publiceren. Over de aanvraagprocedure, de helpdesk en uiteraard de uitbetaling van de bonus, vindt nog nader overleg plaats en wordt u nader geïnformeerd. Hierbij is het streven dat de bonus van € 1.000 netto vanaf medio maart 2021 kan worden aangevraagd. Dit geldt voor pgb-zorgverleners die worden betaald uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), de Jeugdwet, de Wet langdurige zorg (Wlz) of Zorgverzekeringswet (Zvw). Van deze groep zorgverleners zijn voldoende gegevens beschikbaar om de bonusregeling uit te kunnen voeren. Voor zorgverleners die pgb-zorg verlenen via de Zorgverzekeringswet ligt dit anders. Van deze groep zijn nu nog niet voldoende gegevens beschikbaar om een aanvraag te kunnen beoordelen. Daarom wordt op dit moment onderzocht hoe voor deze groep de bonusregeling uitgevoerd kan worden binnen de eerdergenoemde randvoorwaarden. Het is de verwachting dat de mogelijkheid om een bonus aan te vragen voor deze groep zorgverleners op een later moment zal plaatsvinden. Voor bovenstaande geldt dat het binnen de budgettaire randvoorwaarden moeten passen en verantwoord uitvoerbaar moet zijn.

Voor een uitleg over deze kaders werk ik aan een handreiking voor de budgethouder met zoveel mogelijk concrete voorbeelden en een heldere instructie voor het aanvragen. Hier zal ik ook Per Saldo bij betrekken. Daarnaast zet ik uiteraard in op een helpdesk voor zaken die nog niet helemaal duidelijk zijn.

#### *Doelgroep*

Om aan bovengenoemde kaders te voldoen, wordt in de regeling uitgesloten dat een bonus aangevraagd kan worden voor familieleden (zorgverleners die werken via een overeenkomst van opdracht – familie) of door zorgverleners die zelf de budgethouder wettelijk vertegenwoordigen. Op deze manier wordt zo veel als mogelijk geborgd dat er een onafhankelijke toets plaatsvindt bij de aanvraag van een bonus en dat een bonus niet aangevraagd kan worden door de zorgverlener zelf of wanneer er sprake is van een overeenkomst van opdracht met een familielid. Dit is in lijn met de criteria uit de hoofdregeling. Ik ben mijzelf ervan bewust dat er door deze zorgverleners mogelijk ook extra zorg is geleverd in de zorg voor COVID-19-patiënten, en/of in de bestrijding van de COVID-19-uitbraak en ik wil hiervoor ook zeer zeker mijn waardering uitspreken.

De zorg verleend door pgb-zorgverleners wordt bekostigd op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), de Jeugdwet, de Wet langdurige zorg (Wlz) of Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze

pgb-bonusregeling heeft betrekking op zorgverleners die worden betaald vanuit een pgb op grond van de Wmo, de Jeugdwet of de Wlz. Van deze groep zorgverleners zijn voldoende gegevens beschikbaar om de bonusregeling uit te kunnen voeren. Voor zorgverleners die pgb-zorg verlenen via de Zorgverzekeringswet ligt dit anders. Van deze groep zijn nu nog niet voldoende gegevens beschikbaar om een aanvraag te kunnen beoordelen. Daarom wordt op dit moment onderzocht hoe voor deze groep de bonusregeling uitgevoerd kan worden binnen de eerdergenoemde randvoorwaarden. Het is de verwachting dat de mogelijkheid om een bonus aan te vragen voor deze groep zorgverleners op een later moment zal plaatsvinden.

Beoogd wordt de wijzigingsregeling, waarmee de grondslag voor een bonus voor pgb-zorgverleners wordt opgenomen in de bonusregeling, medio februari 2021 te publiceren. Over de aanvraagprocedure, de helpdesk en uiteraard de uitbetaling van de bonus, vindt nog nader overleg plaats en wordt u nader geïnformeerd. Hierbij is het streven dat de bonus van € 1.000 netto vanaf medio maart 2021 kan worden aangevraagd.

#### Gevolgen brede aanvraag voor bonusregeling 2020 en 2021

We zien dat als gevolg van de brede aanvraag door zorgaanbieders er voor bijna iedere zorgprofessional werkzaam in de sector zorg en welzijn, voor zover onder de regeling vallend, een bonus is aangevraagd. Dat was niet de bedoeling.

De bonus is echter bedoeld als blijk van waardering voor mensen die bijzondere inzet hebben gepleegd voor COVID-19 patiënten dan wel in de strijd tegen COVID-19, en niet als generiek inkomensinstrument voor iedereen werkzaam in de zorg. Vanwege de ruimhartige aanvraag is het gereserveerde bedrag van € 1,44 miljard voor de bonusregeling 2020 niet afdoende en is een aanvulling van ca. € 800 miljoen nodig. Dit aanvullende bedrag is geraamd op grond van extrapolatie van de reeds behandelde aanvragen.

In de actuele (financieel-)economische situatie is het belangrijk dat een bonus ten goede komt aan degenen voor wie die ook bedoeld is. Ik zal samen met de sector overleggen over hoe we dit budgettair gaan oplossen, ook met het oog op de bonus voor 2021. Mede met het oog op de forse overschrijding in 2020 hecht ik eraan om de blijk van waardering voor 2021 zo vorm te geven dat deze past binnen de gereserveerde € 720 miljoen. De regeling voor 2021 zal dus afwijken van die voor 2020. Het ligt in de lijn der verwachting dat ik u hierover in februari 2021 kan informeren.

Om een idee van de omvang van het budget voor de bonus te geven. De totale kosten van bijna € 3 miljard, gegeven de € 2,2 miljard voor 2020 en het budget van € 720 miljoen voor 2021, komen neer op een bedrag van ruim € 200 per volwassen Nederlander (via de belastingen).

### **Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid**

#### **14. Kwetsbare personen**

##### *Verpleeghuiszorg*

##### Cijfers

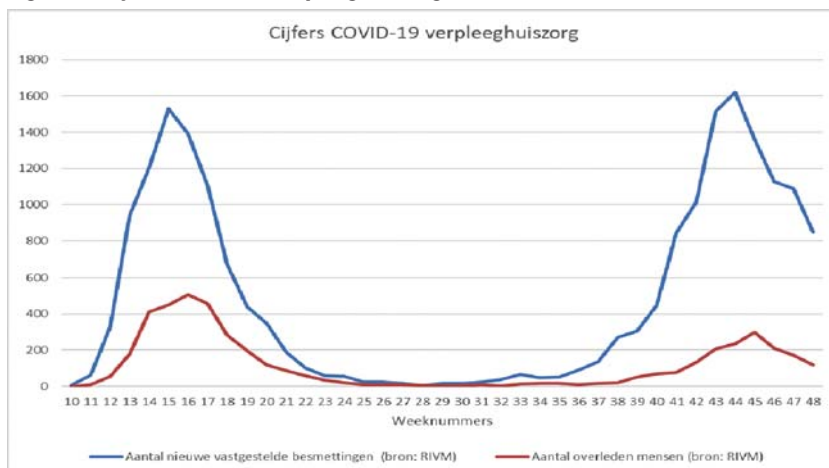
De huidige situatie ten aanzien van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in verpleeghuizen is op dit moment als volgt:

## Bewoners

- Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 7 december 2020) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 48 en 49) 1.959 bewoners positief getest zijn op COVID-19. Dit is een afname van circa 300 ten opzichte van het aantal nieuwe besmettingen in weken 46 en 47. Het aantal nieuwe besmettingen is nog steeds hoog. Met uitzondering van afgelopen week, is het aantal nieuwe besmettingen per week gedaald. Dit blijkt ook uit de cijfers van Verenso.
- Het RIVM schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij circa 20.650 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd. Van dit aantal zijn bijna 4.755 mensen als overleden gemeld. Een groot deel van de mensen die besmet is, herstelt gelukkig, mede door de goede verzorging die zij ontvangen.
- In week 49 zijn 96 bewoners overleden bij wie COVID-19 is vastgesteld. In de afgelopen twee weken was dit aantal respectievelijk 165 (week 48) en 180 (week 47). Ter vergelijking, in week 47 zijn in totaal circa 1.040 bewoners van verpleeghuizen overleden. Van hen was dus bij circa 17% een besmetting vastgesteld.

In onderstaande figuur is de ontwikkeling van het aantal nieuwe besmettingen vanaf 1 maart 2020 weergegeven. Vanaf week 45 zien we een afname van het aantal *nieuwe* besmettingen in verpleeghuizen. Voor de volledigheid: ondertussen wordt veel meer getest, wat een goede vergelijking in besmettingsniveaus tussen de eerste en de tweede golf bemoeilijkt.

**Figuur 5: Cijfers COVID-19 verpleeghuiszorg**



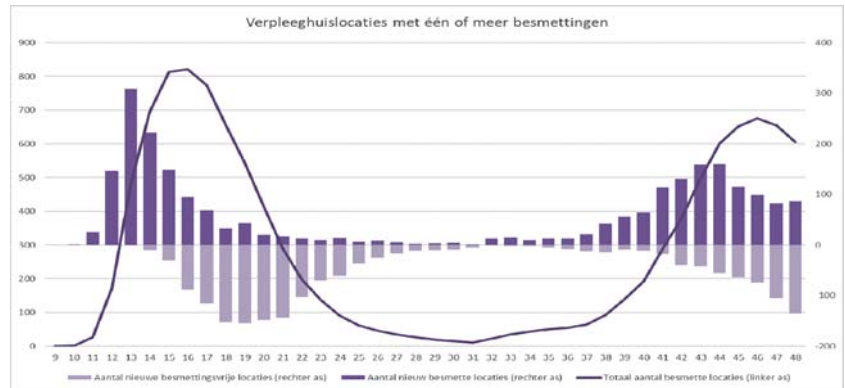
## Locaties

- Het aantal verpleeghuislocaties waar één of meerdere besmettingen is gemeld, is licht afgenomen. Het RIVM schat dat op dit moment (peildatum 7 december) bij 567 verpleeghuislocaties sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Dat is ruim 23% van het aantal locaties. Het gaat om het aantal verpleeghuislocaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is van tenminste 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 255 locaties in de afgelopen twee weken (week 48 en 49, peildatum 7 december 2020).
- In de piek van de eerste golf waren besmettingen gemeld bij ruim 800 locaties. Wekelijks raken nog meer dan 100 nieuwe locaties besmet. De laatste weken is het aantal locaties waar de besmetting ten einde is hoger dan het aantal nieuwe locaties met een besmetting, zodat per

saldo het aantal locaties met één of meer besmettingen de laatste weken iets afneemt.

Het bovenstaande beeld is zichtbaar in onderstaande grafiek. De staven boven de horizontale as geven het aantal nieuwe besmette locaties per week weer. De staven onder de horizontale as geven het aantal nieuwe besmettingsvrije locaties weer. De lijn in de figuur geeft het totaal aantal verpleeghuislocaties met één of meer vastgestelde besmettingen in de tijd weer.

**Figuur 6: 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 flink 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. U treft hieronder een toelichting op de stand van zaken rond de geformuleerde geleerde lessen.

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.

### Rapport «Impact van COVID-19 op de werkdruk en het ziekteverzuim van medewerkers in verpleeghuizen»

In mijn eerdere brieven heb ik aangegeven dat de Academische Werkplaatsen ouderenzorg onderzoek doen naar de crisisdagboeken die verpleeghuizen bijhouden. Bijgevoegd treft u de rapportage hierover aan, waarbij specifiek naar het ziekteverzuim is gekeken (bijlage impact van COVID-19 op de werkdruk en het ziekteverzuim van medewerkers in verpleeghuizen)<sup>40</sup>. Deze rapportage bevestigt de druk die zorgverleners ervaren en wijst op de mogelijkheden van zorgaanbieders om zorgverleners te ondersteunen. Zorgverleners die werken op een locatie die te

<sup>40</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).



maken heeft met een uitbraak, zijn soms bevreesd het virus mee naar huis te nemen. Ook is sprake van corona-vermoeidheid bij zorgverleners. De zorgverleners willen graag terug willen naar de pre-corona situatie, waarin meer tijd was voor het bieden van meer persoonsgerichte zorg aan bewoners. Zorgaanbieders ondersteunen hun zorgverleners met onder andere de inzet van geestelijke verzorgers, psychologen, teamreflectie en debriefingsmethoden.

Wat betreft het vinden van voldoende menskracht zijn zorgaanbieders creatief met het inzetten van mensen buiten de zorg. Hoewel bijvoorbeeld mensen van KLM of uit de horeca de zorgverleners niet volledig kunnen vervangen, kunnen zij de zorgverleners wel helpen. Elders in deze brief ga ik in op de hulp die ik bied bij het vinden van meer zorgverleners.

#### Stand van zaken geleerde lessen

Zorgaanbieders zelf hebben zich beter voorbereid op basis van de ervaringen en de geleerde lessen tijdens de eerste golf. Hierop ben ik uitgebreid ingegaan in mijn brief van 16 juli van dit jaar. Dit was ook naar aanleiding van de motie van de leden Marijnissen en Bergkamp<sup>41</sup>. Door de eerste golf werden we allemaal overvallen. Daarom was het ook belangrijk lessen met elkaar goed scherp te hebben. Dat heb ik daarom samen met diverse onafhankelijke deskundigen gedaan. Hierna een overzicht en de stand van zaken.

#### **Tabel: stand van zaken geformuleerde lessen zorgaanbieders**

<i>Geformuleerde lessen</i>	<i>Stand van zaken</i>
1. De basisveiligheid op orde in alle verpleeghuizen.	– De zorgaanbieders hebben meer kennis opgebouwd en protocollen waar nodig geactualiseerd.
2. Ondersteuning bieden aan de zorgaanbieders die dat willen en nodig hebben	– Ik heb het programma «Leren van elkaar» vormgegeven om de zorgaanbieders te ondersteunen. – De Antibioticaresistentie-netwerken, de GGD'en, de Academische Werkplaatsen, Actiz en «Waardigheid en Trots op locatie» hebben de kennis en goede voorbeelden samengebracht in een wegwijzer. – De wegwijzer helpt zorgaanbieders om het virus buiten de deur te houden of hanteerbaar te maken. Deze wegwijzer is ruim 3.500 keer gedownload. Ongeveer 220 locaties hebben een beroep gedaan op ondersteuning bij de toepassing van deze wegwijzer
3. Een goede positionering van de verpleegzorg in het regionaal en landelijk overleg	– De positionering van de verpleeghuiszorg zowel regionaal als landelijk is versterkt. – De Verpleging, Verzorging en Thuiszorgsector (VVT) is beter aangesloten bij het Regionaal Overleg Acute Zorg en er is veelvuldig overleg op landelijk niveau.
4. Voldoende zorgverleners	– Voldoende zorgverleners is het voornaamste zorgpunt op dit moment. Zorgaanbieders bieden hun zorgverleners hulp, bijvoorbeeld via geestelijke bijstand en teamreflectie. – Daarnaast nemen zorgaanbieders tal van initiatieven om meer mensen voor de verpleeghuiszorg te werven. Ik help de sector daar op verschillende manieren bij. – Tegelijkertijd zijn zorgaanbieders creatief met het inzetten van mensen buiten de zorg. Hoewel bijvoorbeeld mensen van KLM of uit de horeca de zorgverleners niet volledig kunnen vervangen, kunnen zij de zorgverleners wel helpen.

<sup>41</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 396.

<i>Geformuleerde lessen</i>	<i>Stand van zaken</i>
5. Financieel comfort voor de continuïteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>– In mijn vorige stand van zakenbrief Covid-19 heb ik u gemeld dat ik de NZa heb verzocht de financiële compensatiemaatregelen te verlengen tot 1 januari 2022.</li> <li>– Het betreft hierbij o.a. de vergoeding van extra kosten als gevolg van de COVID-19-pandemie, de maatwerkregeling compensatie doorlopende kosten en de maatwerkregeling dagbesteding.</li> </ul>
6. Signalering, analyse en interventie. Betreft het dashboard en enkele kennisvragen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Het dashboard wordt uitgebreid, o.a. met informatie per regio (zie ook de toelichting hiervoor).</li> <li>– In overleg met ActiZ, Zorgthuisnl, Verenso, V&amp;VN, de Academische Werkplaatsen en Vilans is geconstateerd dat de kennisvragen over bijvoorbeeld de bezoekerregeling niet meer actueel zijn, en dat meer toekomstgerichte kennisvragen meerwaarde bieden. Daarbij gaat het om vitaal houden zorgverleners, Dit wordt nu uitgewerkt en voor het eind van het jaar besproken.</li> </ul>
7. Sneller en gericht testen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– De testcapaciteit was eerder nog krap, maar is inmiddels op orde.</li> <li>– Verenso heeft haar behandeladvies COVID-19 aangepast conform het OMT advies. Vooralsnog wordt er geadviseerd geen antigeen(snel)testen in te zetten bij bewoners van verpleeghuizen. Validatieonderzoek met antigeen(snel)testen is in gang gezet, zowel voor zorgmedewerkers als voor bewoners.</li> </ul>
8. Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– De reguliere kanalen kunnen beter worden benut, LCH heeft voldoende voorraad,</li> </ul>
9. En een evenwichtige en gedifferentieerde bezoekerregeling.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Het door laten gaan van bezoek is het uitgangspunt. Bij een uitbraak sluiten de zorgaanbieders slechts de kleinste afsluitbare eenheid van de locatie en dan zo kort mogelijk.</li> <li>– Bij een kleine locatie of soms gedwongen door de inrichting van het gebouw kan het noodzakelijk zijn bij een uitbraak de gehele locatie te sluiten. Dit doen aanbieders dan zo kort als mogelijk.</li> <li>– Meldingen van te strikt hanteren van de bezoekerregeling door zorgaanbieders kunnen bij de IGJ gemeld worden. De IGJ neemt contact op met de zorgaanbieders, waarbij zij navragen hoe de situatie is en waarom beslissingen genomen worden.</li> </ul>

### Ventilatie verpleeghuizen

Ik heb tijdens het notaoverleg langdurige zorg van 26 november jl. (Kamerstuk 31 765, nr. 539) lid Agema (PVV) toegezegd terug te komen op de vraag over ventilatie. Zij heeft mij gevraagd of de lucht in een ruimte zes keer per uur verversst moet worden zoals dr. Neira van de WHO aangeeft.

In antwoord op de vraag van lid Agema (PVV) kan ik het volgende mededelen. Het Bouwbesluit 2012 geeft regels over de ventilatiecapaciteit waarin per gebouwfunctie een verschillende luchtverversingscapaciteit is voorgeschreven (in liter per seconde of m<sup>3</sup> per uur). Dat leidt dus ook tot verschillende ventilatievouden (maatstaf voor luchtverversing) voor de respectievelijke ruimtes. Dit is afhankelijk van het aantal mensen dat aanwezig is in een ruimte, de grootte van de ruimte en welke functie de ruimte heeft. Een vergaderzaal heeft een andere luchtverversingscapaciteit dan een sportzaal, een klaslokaal of gemeenschappelijke ruimte voor dagactiviteiten. Het is onbekend of een bepaalde wijze van ventileren een aantoonbare meerwaarde heeft in het voorkomen van COVID-19 in publieke settings zoals scholen en kantoren. Het RIVM adviseert om in ieder geval de bestaande regelgeving en richtlijnen op gebied van

ventilatie te volgen voor een gezond en prettig binnenklimaat. Aanvullend heeft het RIVM geadviseerd om regelmatig te luchten, zoals in de pauze of na een bijeenkomst en de (onderhoud)instructies van ventilatiesystemen te volgen. Het RIVM baseert de gegeven adviezen mede op de inzichten en adviezen van het OMT en ECDC. Het RIVM heeft een advies geschreven aan welke voorwaarden ventilatie en luchtverversing van verschillende gebouwen moet voldoen. Het RIVM heeft dit advies gebaseerd op uitgangspunten gehanteerd door onder meer de WHO<sup>42</sup>(

Het zes keer per uur verversen van lucht in een ruimte, waar Lid Agema (PVV) naar verwijst, is afkomstig uit een filmpje van de WHO (te zien op Youtube)<sup>43</sup>. Ik heb navraag gedaan bij het Ministerie van BZK en het RIVM. Beide geven aan dat zij niet bekend zijn met een internationale standaard voor luchtverversing in verband met COVID-19 of met een WHO-richtlijn voor een publieke setting waarin de waarde van 6 keer per uur lucht verversen, is opgenomen. Het is niet helemaal duidelijk waar de WHO-spreker in het filmpje (dr. Neira) de uitspraak op baseert. Voor zover nu bekend is het voldoen aan de huidige eisen van het Bouwbesluit 2012 voldoende om voor goede ventilatie en luchtverversing te zorgen. Bouwbesluit 2012 voldoende om voor goede ventilatie en luchtverversing te zorgen.

### *Kwetsbare mensen thuis*

#### Cijfers thuiswonende 70 plussers

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

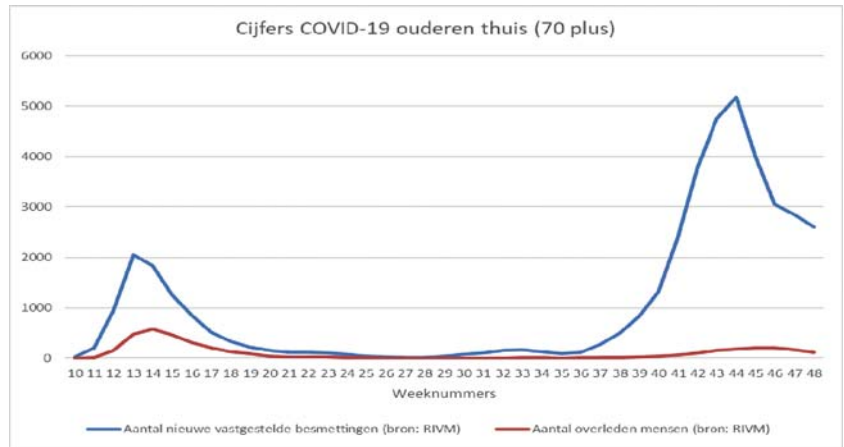
- Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen bij ouderen die ouder zijn dan 70 jaar en thuis wonen is nog steeds hoog. Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 7 december 2020) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 48 en 49) het aantal nieuwe besmettingen ruim 5.288 bedraagt. Dit is gelukkig wel minder dan de circa 5.600 nieuwe besmettingen in de voorgaande twee weken (week 46 en 47).
- Het RIVM schat dat tot nu toe bij bijna 43.000 personen van boven de 70 jaar en die thuis wonen een COVID-19-besmetting is bevestigd, van wie ongeveer 3.740 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 maart 2020. Momenteel is het wekelijks aantal gemelde nieuwe besmettingen hoger dan tijdens de eerste golf. Reden hiervan is dat er nu veel meer wordt getest. Het aantal mensen dat komt te overlijden ligt momenteel gelukkig fors lager.

<sup>42</sup> <https://lci.rivm.nl/ventilatie-en-covid-19> <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/heating-ventilation-air-conditioning-systems-covid-19>  
<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-ventilation-and-air-conditioning-in-public-spaces-and-buildings>.

<sup>43</sup> <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/episode-10---ventilation-covid-19>.

**Figuur 7: Cijfers COVID-19 ouderen thuis (70 plus)**



### Thuiswonende ouderen in de Wlz

De thuiswonende ouderen in de Wlz maken vooral gebruik van persoonlijke verzorging en verpleging. Bij deze zorgvormen is het gedeclareerd aantal enigszins gedaald vanaf juni. Onderstaande grafiek is gebaseerd op basis van gegevens van Vektis.<sup>44</sup>

**Figuur 8: Gedeclareerde verzorging en verpleging in Wlz**



### Ontwikkelingen en signalen met betrekking tot kwetsbare mensen thuis

Met de Kamerbrief van 14 oktober 2020 (Kamerstuk 25 295, nr. 656) heeft uw Kamer de aanvullende adviezen op de routekaart voor thuiswonende ouderen ontvangen. Deze adviezen gaan in op mogelijkheden voor bezoek, het doen van boodschappen en het deelnemen aan het dagelijks leven, in aanvulling op algemeen geldende maatregelen.

<sup>44</sup> Bron: Vektis Zorgprisma.

## Aanvullende richtlijnen en handreikingen

Daarnaast is voor een aantal sectoren en/of doelgroepen een handreiking, richtlijn(en) en/of een aanvullend advies samengesteld om invulling te kunnen geven aan het dagelijks leven en de dagelijkse ondersteuning en dit waar mogelijk te vergemakkelijken in relatie tot de maatregelen uit de Corona Routekaart:

- Algemene voorzieningen: *Een handreiking ontwikkeld door MIND Landelijk Platform in samenspraak met de Vereniging Nederlandse Gemeenten en Valente*<sup>45</sup>.  
Dagbesteding: Op korte termijn zal de «Handreiking dagbesteding op basis van de Wmo 2015 in aanvulling op de routekaart coronamaatregelen» op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl) worden gepubliceerd;
- Mantelzorgers: Richtlijn mantelzorgondersteuning<sup>46</sup>;
- Dak- en thuislozen: Richtlijn opvang dak- en thuisloze mensen<sup>47</sup>;
- Ten aanzien van veilig werken in relatie tot Covid-19 hebben de werkgevers- en werknemersorganisaties verschillende handreikingen gepubliceerd op basis van de richtlijnen van het RIVM;
- Daarnaast heeft het RIVM een notitie opgesteld ten aanzien van PBM binnen Wmo-ondersteuning. In dit document staan de uitgangspunten beschreven voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) door medewerkers die ondersteuning geven vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Organisaties die Wmo-ondersteuning bieden, kunnen van deze uitgangspunten een eigen vertaling maken naar hun eigen werkzaamheden en/ of doelgroepen<sup>48</sup>.

## Dagbesteding

Met inachtneming van de richtlijnen van het RIVM kan dagbesteding nog steeds veilig plaatsvinden. Ook vervoer van en naar de dagbesteding is met inachtneming van de richtlijnen van het RIVM veilig en beschikbaar. Er zijn echter signalen van cliëntorganisaties dat een goede invulling van de dagbesteding soms achterblijft. Hierover heb ik gesproken met cliëntorganisaties, maar ook met VGN. Ten aanzien van de gehandicaptenzorg is afgesproken dat VGN en cliëntenorganisaties met elkaar in gesprek gaan over die signalen om te bezien of daarin verdere acties nodig zijn.

Daar waar de dagbesteding, gezien de geldende maatregelen, niet in dezelfde vorm of omvang geleverd kan worden spant de aanbieder zich – in overleg met de cliënt en/of zijn naasten – maximaal in om alternatieven aan te bieden. Voor moeilijk instrueerbare cliënten, die niet alle maatregelen en richtlijnen kunnen navolgen, wordt gekeken naar oplossingen om veilig naar de reguliere dagbesteding te blijven gaan. Ook hebben Alzheimer NL, de VNG en VWS gesproken over het goed doorgeven en acteren op signalen waarin wordt aangegeven op plekken waar dit niet goed loopt.

Indien aan het aanbieden van alternatieve vormen van dagbesteding aantoonbare en overeengekomen meerkosten zijn verbonden, worden deze vergoed. Gemeenten treden ondersteunend op ten aanzien van de

<sup>45</sup> <https://mindplatform.nl/media/4936/download/Handreiking%20algemene%20voorzieningen%20corona%20versie%2014%20mei%202020%20definitief.pdf?v=1>, Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>46</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/04/16/richtlijn-antelzorgondersteuning>, Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>47</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/11/05/richtlijn-opvang-dak-en-thuisloze-mensen>, Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>48</sup> <https://lci.rivm.nl/covid-19/pbm-beleid-wmo>, Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

randvoorwaarden voor een alternatieve invulling van de dagbesteding. Tegelijkertijd vraag ik van cliënten begrip te hebben voor het feit dat de dagbesteding soms niet op dezelfde wijze kan plaatsvinden als in het verleden. Ik overleg maandelijks met aanbieders van dagbesteding en knelpunten pakken we zo actief op.

### *Mensen met een beperking in gehandicaptenzorginstelling en thuis*

#### Bewoners instellingen

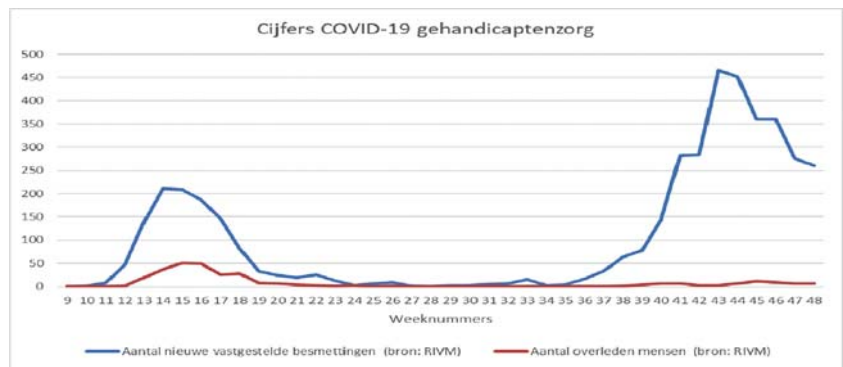
De situatie ten aanzien van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in instellingen voor gehandicaptenzorg is op dit moment als volgt:

- Uit cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 48 en 49) het aantal nieuwe besmettingen met circa 89 is afgenomen. Vanaf week 45 zien we het aantal nieuwe besmettingen wekelijks afnemen, met uitzondering van week 49
- Het RIVM (peildatum 7 december) schat dat sinds het uitbreken van de crisis in maart bij 4.517 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, van wie ongeveer 300 mensen zijn overleden.

Net als bij de verpleeghuizen, geldt dus bij de instellingen voor gehandicaptenzorg dat het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in week 49 nog steeds vrij hoog is. Het aantal mensen dat in de tweede golf overlijdt aan COVID-19 is gelukkig lager dan tijdens de eerste golf.

In onderstaande figuur is deze ontwikkeling vanaf 1 maart 2020 weergegeven. Ook hier is relevant dat nu veel meer getest wordt.

**Figuur 9: Cijfers COVID-19 gehandicaptenzorg**

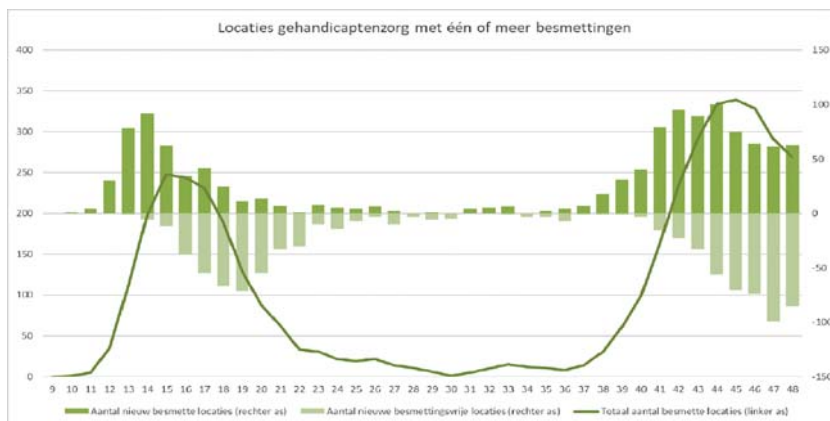


#### Locaties

Het RIVM schat dat momenteel bij 291 (week 48) locaties voor gehandicaptenzorg sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Dat is ongeveer 11% 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 tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test. Het beeld is zichtbaar in onderstaande grafiek.

De staven boven de horizontale as geven het aantal nieuwe besmette locaties per week weer. De staven onder de horizontale as geven het aantal nieuwe besmettingsvrije locaties weer. De lijn in de figuur geeft het totaal verpleeghuislocaties met een of meer vastgestelde besmettingen in de tijd weer.

**Figuur 10: Locaties gehandicaptenzorg met één of meer besmettingen**



De laatste weken raken wekelijks nog meer dan 75 nieuwe locaties besmet. Het aantal locaties waar de besmetting ten einde is wat hoger dan het aantal nieuwe locaties met een besmetting, zodat per saldo het aantal locaties met één of meer besmettingen de laatste weken toch iets afneemt.

Geleerde lessen aanpak COVID-19 voor Mensen met een beperking

**Tabel: Geleerde lessen aanpak COVID-19 voor Mensen met een beperking**

Geformuleerde lessen	Stand van zaken
Begrijpelijk en toegankelijk communiceren	Het Ministerie van VWS heeft Vilans gevraagd een online informatiepunt op te zetten waar mensen met een kwetsbare gezondheid terecht kunnen voor gevalideerde informatie over corona.
Betrekken van cliënten en hun naasten	Het betrekken van cliënten en hun naasten heeft blijvende aandacht. Er vindt wekelijks overleg plaats met de cliëntenorganisaties.
Balans vinden tussen veiligheid en kwaliteit van leven	Het Ministerie van VWS, leder(in), Per Saldo, seniorenorganisaties en Vilans bundelen bestaande, gevalideerde kennis en informatie vanuit het perspectief van cliënten, hun naasten en zorgprofessionals. Mensen met een beperking of chronische aandoening, ouderen, hun naasten en hun zorgverleners hebben immers behoefte aan begrijpelijke en toegankelijke informatie over de gevolgen van corona zodat zij goede afwegingen kunnen maken in het dagelijks leven ( <a href="http://www.vilans.nl/levenincoronatijd">www.vilans.nl/levenincoronatijd</a> ).
Versterken van de landelijke en regionale positionering	Deze positionering heeft doorlopend aandacht. Bijvoorbeeld door in overleggen niet alleen het medische perspectief maar ook het sociale perspectief onder de aandacht te brengen.
Zorgen voor voldoende personeel en hun welzijn	Er zijn twee doorlopende initiatieven om de mentale gezondheid en veerkracht van zorgprofessionals te ondersteunen, namelijk «Sterk in je werk» en voor meer complexe hulpvragen er het contactpunt «Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals». Voldoende personeel blijft een punt van voortdurende aandacht.
Zorgen voor voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen en testen	Het preventief gebruik van medische mondklappers wordt niet dringend geadviseerd maar mensen die zich er veiliger door voelen kunnen er zelf voor kiezen medische mondklappers aan te schaffen.
Monitoring, signalering en interventies ontwikkelen	Adviesbureau Significant heeft in opdracht van het Ministerie van VWS een monitor ontwikkeld voor de COVID-19 strategie voor mensen met een beperking <sup>1</sup> .

Geformuleerde lessen	Stand van zaken
Borgen van continuïteit en ondersteuning	Tijdens de eerste golf is het voorgekomen dat mensen zonder directe zorgtaken, zoals cliëntvertrouwenspersonen, in het kader van de bezoekregeling niet toegelaten zijn tot instellingen. In de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 is dit inmiddels geregeld.
Ontwikkelen en delen van kennis en expertise	Op 12 oktober jl. is een brief over de stand van zaken kennisinfrastructuur langdurige zorg aan de Tweede Kamer gezonden (Kamerstuk 31 765, nr. 519). Deze brief gaat onder andere in op het versterken van de kennisinfrastructuur, bekostiging van expertisecentra en de verbinding tussen onderzoek en opleidingen.
Blik op de toekomst	Vilans zal in samenwerking met VWS en cliëntenorganisaties een gespreksleidraad/afwegingskader maken voor mensen met een verhoogde kwetsbaarheid, zodat zij in gesprek met de arts/hulpverlener samen een afweging kunnen maken over deelname aan de samenleving. Met de monitor van Significant wordt in beeld gebracht of mensen met een beperking of chronische ziekte voldoende kunnen participeren in de samenleving. Het perspectief van mensen met een beperking of chronische ziekte wordt continu meegenomen in de besluitvorming.

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

In de Kamerbrief van 1 september jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 508) heb ik u, naar aanleiding van de motie van het lid Van den Berg (CDA) (Kamerstuk 25 295, nr. 395), geïnformeerd over de lessen die ik, samen met de betrokken koepel-, beroeps- en cliëntenorganisaties, heb getrokken uit de «eerste coronagolf» voor mensen met een beperking of chronische aandoening. Ik informeer u graag over de stand van zaken. In de tabel hierboven is de stand van zaken per geleerde les opgenomen.;

Met betrekking tot les 1) toegankelijk communiceren en les 3) balans vinden tussen veiligheid en kwaliteit van leven, heeft het Ministerie van VWS aan Vilans, als landelijke kennisorganisatie voor de langdurende zorg, gevraagd een online informatiepunt op te zetten waar mensen met een kwetsbare gezondheid terecht kunnen voor gevalideerde informatie over corona. Op de site bundelen het Ministerie van VWS, Ieder(in), Per Saldo, seniorenorganisaties en Vilans bestaande, gevalideerde kennis en informatie vanuit het perspectief van cliënten, hun naasten en zorgprofessionals. Immers, mensen met een beperking of chronische aandoening, ouderen, hun naasten én hun zorgverleners hebben behoefte aan begrijpelijke en toegankelijke informatie over de gevolgen van corona, zodat zij goede afwegingen kunnen maken in het dagelijks leven. De link naar dit online informatiepunt is: [www.vilans.nl/levenincoronatijd](http://www.vilans.nl/levenincoronatijd). Hierover heb ik u eerder geïnformeerd in mijn brief van 17 november jl.

Met betrekking tot les 7) het ontwikkelen van monitoring om tussentijds inzicht te krijgen in de situatie van mensen met een beperking, heeft adviesbureau Significant in opdracht van het Ministerie van VWS een monitor ontwikkeld voor de COVID-19-strategie voor mensen met een beperking. De eerste rapportage van deze monitor heb ik met uw Kamer gedeeld in mijn brief van 17 november jl. Deze monitor geeft over de periode april tot en met september 2020 een beeld van de wijze waarop de ambities uit deze COVID-19-strategie worden gerealiseerd. Er volgen in het kader van deze monitor nog 2 rapportages in het voorjaar van 2021. Ik zal uw Kamer hierover te zijner tijd wederom informeren.



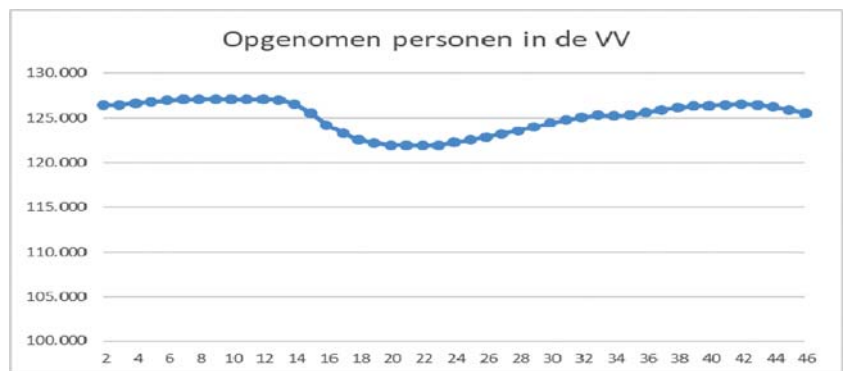
Met betrekking tot les 9) kennis en expertise ontwikkelen en delen, heeft u op 12 oktober jl. een brief over de stand van zaken kennisinfrastructuur langdurige zorg ontvangen. Hierin is meer uitgebreid beschreven hoe wordt gewerkt aan het versterken van de kennisinfrastructuur voor de langdurige zorg, variërend van de inzet van de academische werkplaatsen, ook bij COVID-gerelateerde onderwerpen, tot de bekostiging van Expertisecentra en de verbinding tussen onderzoek en opleidingen. De actie die door de «Innovatie-impuls gehandicaptenzorg» eveneens naar aanleiding van deze les is opgezet om zorgaanbieders te helpen bij het duurzaam implementeren van technologie die zij tijdens de corona-crisis zijn gaan gebruiken, heeft geleid tot een netwerk van aanbieders dat zich concentreert op digitale vormen van communicatie tussen mensen met een beperking en hun zorgverleners of hun sociale omgeving. We hebben de ambitie om deze vorm van technologie zo goed te laten passen op de zorgvraag van cliënten, dat gebruik ervan ook ná de corona-crisis blijft bestaan en opschaling wordt vergemakkelijkt.

#### 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>49</sup> Momenteel is er steeds sprake van circa. 1.475 plaatsen leegstand.

**Figuur 11: Opgenomen personen in de VV**



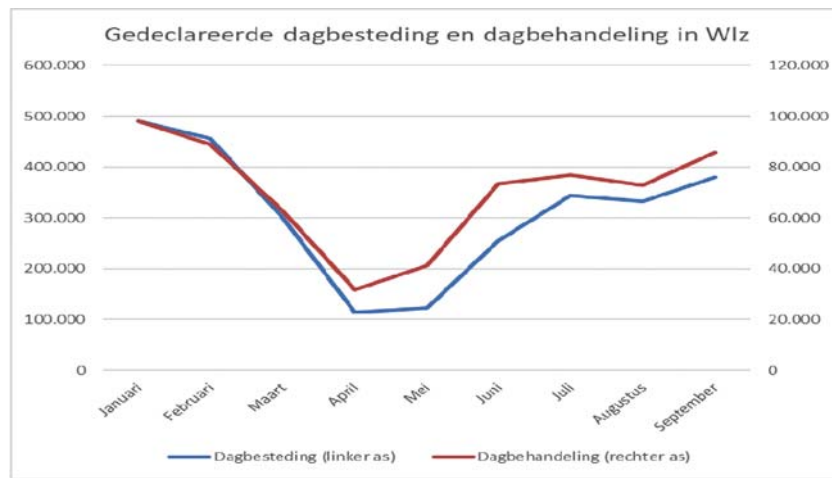
#### Dagbesteding en dagbehandeling

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.

<sup>49</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>.

Ten opzichte van de eerste 2 maanden van 2020 is in april en mei minder dan de helft aan prestaties gedeclareerd<sup>50</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 september was het niveau van het aantal gedeclareerde dagdelen nog niet terug op het niveau van voor de eerste golf. Onderstaande grafiek is gebaseerd op basis van gegevens van Vektis.<sup>51</sup>

**Figuur 12: Gedeclareerde dagbesteding en dagbehandeling in Wlz**



### Uitzondering mondkapjesplicht

Bij de invoering van de mondkapjesplicht die per 1 december jl. is ingegaan is een uitzondering gemaakt voor mensen die vanwege een beperking of ziekte niet in staat zijn een mondkapje te dragen. Het is belangrijk dat ook zij – op een verantwoorde manier – kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer.

Er zijn verschillende routes ingezet om informatie te verstrekken over de uitzondering op de mondkapjesplicht. Hierover is afgestemd met cliëntenorganisaties en is gerichte informatie opgenomen op rijksoverheid.nl<sup>52</sup> en de website van Vilans<sup>53</sup>. Daarop is te lezen wat de uitzondering inhoudt, welke verantwoordelijkheid mensen zelf hebben om aan te tonen dat zij onder de uitzondering vallen en hoe zij dat kunnen doen. We hebben daarbij een lijstje opgenomen met concrete voorbeelden over hoe mensen die uitzondering kunnen aantonen, namelijk:

- Een kaartje laten zien dat door een cliëntenorganisatie of zorgaanbieder is verspreid;
- Een bewijs van een behandelrelatie van een (huis)arts of instelling. Dit gaat niet om een officiële medische verklaring (die mag een arts niet over zijn eigen patiënt afgeven), maar bijvoorbeeld om een bewijs van een afspraak bij een arts. Het gaat met nadruk om een bestaand document. Het is niet de bedoeling dat u uw (huis)arts belt voor een nieuw op te stellen document.

<sup>50</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>51</sup> Bron: Vektis Zorgprisma.

<sup>52</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/openbaar-en-dagelijks-leven/mondkapjes/mensen-met-een-beperking-of-chronische-ziekte>.

<sup>53</sup> <https://www.vilans.nl/leven-in-coronatijd>.

- Een verklaring van een begeleider of een naaste die gebeld kan worden;
- Een hulpmiddel of relevante medicijnen laten zien;
- Het dragen van een faceshield, als dat wel mogelijk is.

Sommige mensen die onder de uitzondering vallen kunnen wel een faceshield dragen. Dat geldt bijvoorbeeld voor mensen met een longaandoening. Als zij ervoor kiezen een faceshield te dragen, dan mag een handhaver of winkelier vragen nog op een andere manier aan te tonen dat iemand aan de uitzonderingsgrond voldoet. We hebben handhavers en winkeliers gevraagd dat met respect te doen, omdat we verwachten dat het overgrote deel van de mensen dat ervoor kiest een faceshield te dragen daadwerkelijk onder de uitzondering valt.

Het hierboven genoemde kaartje is ontworpen zodat cliënten deze eenvoudig kunnen downloaden om te tonen dat ze tot de uitzondering behoren. Deze is te vinden op de website van Vilans, waar ook de belangrijkste punten rondom de uitzondering in begrijpelijke taal zijn opgenomen. Op deze website staat bovendien nog meer informatie gebundeld, specifiek voor mensen met een beperking in coronatijd.

Ten aanzien van de partijen die de mondkapjesplicht controleren of daarop handhaven zijn ook verschillende acties in gang gezet. Er is gesproken met OV-bedrijven, Politie, Openbaar Ministerie, Schiphol en de Koninklijke Marechaussee over de handhaving op de uitzondering. Ook is informatie over de uitzondering aan hen beschikbaar gesteld om te delen met hun achterbannen.

Daarnaast is door MKB-Nederland en de Raad Nederlandse Detailhandel informatie verspreid onder ondernemers, zoals winkeliers. Bovendien zijn enkele grote landelijke winkelketens, waarover wij signalen kregen dat mensen die onder de uitzondering vallen de toegang werden geweigerd, rechtsreeks door het Ministerie van VWS benaderd.

Tevens is er breed ingestoken communicatie over de uitzondering gedeeld met:

- Cliënten- en patiëntenorganisaties;
- Koepels van zorgaanbieders;
- Het algemene publiek.

We vragen degenen die toezien op de naleving van de mondkapjesplicht, zowel ondernemers, als handhavers, om goede communicatie en begrip, als zij vragen om aan te tonen of iemand onder de uitzondering valt.

Degenen die zich terecht op de uitzondering beroepen moeten immers niet de dupe worden van degenen die dat onterecht doen. Handhavers mogen bij twijfel over de juistheid van een verklaring uiteraard wel doorvragen en, zo nodig, een boete uitschrijven als iemand de uitzondering onvoldoende aannemelijk maakt.

Ik blijf, 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. Hiermee heb ik tevens invulling gegeven aan de motie van lid Hijink (SP) die de regering verzocht met eenduidige regels en communicatie te komen rondom de uitzondering<sup>54</sup>.

<sup>54</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 752.

## *Cliënten in de GGZ*

Zoals eerder aan uw Kamer gemeld, heeft de Staatssecretaris van VWS sinds de start van de tweede golf van de pandemie, opnieuw nauw contact met de betrokken partijen in de GGZ. Bij dit overleg sluiten ook de IGJ en de NZa aan. We delen hier beelden en signalen en zorgen dat we snel kunnen schakelen om eventuele problemen aan te pakken. Het «overall» beeld van de aantallen verwijzingen naar de ggz-sector is dat deze inmiddels leeft weer op het niveau van 2019 liggen. Voor de jongeren (tot 18 jaar) geldt dat een sterkere toename is waar te nemen van het aantal verwijzingen, bij 65plussers blijft het aantal verwijzingen achter. We hebben met de betrokken partijen ook gesproken over de mondkapjesplicht die met ingang van 1 december jl. is ingevoerd. Dit vraagt in deze sector om maatwerk. De huidige regeling biedt daar voldoende ruimte voor. Het is wel van belang om in relatie tot de praktische handhaving en inzet daarop, nadere afspraken en handvatten te bieden. De partijen uit de ggz-sector hebben aangegeven graag bereid te zijn mee te werken aan de praktische uitwerking en de te volgen strategie bij de vaccinatie in de ggz-specifieke sector.

## *Dak- en thuisloze mensen*

De Staatssecretaris van VWS heeft de Nederlandse Straatdokers Groep en het Radboudumc de opdracht gegeven het aantal besmettingen en het ziekteverloop onder dakloze mensen te monitoren in de periode maart 2020 tot december 2020. Het onderzoeksrapport treft u in de bijlage aan (Bijlage Covid-19 en Dakloosheid in Nederland Eindrapportage)<sup>55</sup>.

De onderzoekers concluderen dat uit de geregistreerde contacten met dakloze mensen uit 9 grote steden in Nederland blijkt dat de daklozenpopulatie niet zwaarder is getroffen door het virus dan andere delen van de bevolking, ondanks het feit dat zij relatief vaak lijden aan onderliggende ziekten die de kwetsbaarheid voor ernstig verlopende infecties vergroot. De adequate implementatie van beschermende maatregelen en extra opvang kan hieraan hebben bijgedragen. Wel zien de onderzoekers een negatief effect op het mentale welzijn van dakloze mensen als gevolg van de maatregelen.

Het onderzoek bevestigt het beeld dat gemeenten en opvanginstellingen snel en adequaat hebben gehandeld gedurende de start van de crisis om de maatschappelijke opvang veilig in te richten. Tegelijkertijd blijven we een enorme inspanning vragen van deze medewerkers om ook deze winter voor dakloze mensen klaar te staan, bijvoorbeeld tijdens de winterkouderegeling.

ZonMw heeft het Radboudumc, in het kader van de bredere COVID-19 gerelateerde onderzoeken, subsidie gegeven om dit onderzoek voort te zetten tot eind 2021 en daarbij behorende aanbevelingen te doen voor het beleid gericht op dakloze mensen.

## *Gevolgen van corona voor het welbevinden van jongeren (0–27 jaar)*

Het virus en bijbehorende maatregelen raken ons allen. Het kabinet erkent dat de 5,3 miljoen kinderen, jongeren en jongvolwassenen wellicht minder getroffen worden door het virus zelf, maar wel hard door de coronamaatregelen. Met name de groep jongeren/jongvolwassenen (13–17 jaar) geven aan dat ze de afgelopen tijd op veel leefgebieden hebben ingeleverd. Onderwijs is deels op afstand, er is een tekort aan

<sup>55</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

stages, er zijn minder bijbaantjes en na het behalen van een diploma is er weinig perspectief op een passende baan. Normaal gesproken vallen zij bij tegenslagen terug op hun vangnet van familie en leeftijdsgenoten. De effecten van de huidige «sociale onthouding» zijn voor deze groep extra ingrijpend, omdat zij juist nu bouwen aan «relaties voor het leven». Bovendien kunnen latent aanwezige psychische problemen door gebrek aan sociale contacten langer verborgen blijven. Onderzoeken van o.a. het NJi en Amsterdam UMC<sup>56, 57, 58</sup> laten zien dat jongeren en jongvolwassenen meer mentale gezondheidsproblemen ervaren dan andere leeftijdsgroepen in deze coronaperiode. Deze bevindingen werden bevestigd in de gesprekken die verschillende kabinetsleden met jongeren en jongvolwassenen hebben gevoerd de afgelopen maanden.

#### Hoe Maatschappelijke Diensttijd al bijdraagt aan het welbevinden van jongeren

Het programma maatschappelijke diensttijd (MDT) is meteen ingesprongen op de ontstane situatie. In het voorjaar is een afzonderlijke corona subsidieronde uitgevoerd waar 19 bestaande MDT-organisaties aan hebben meegedaan; in deze projecten zijn activiteiten voor jongeren georganiseerd. Hiermee zijn ook kwetsbare groepen in de samenleving geholpen. In de zomer is dit gevolgd met het project Jeugd aan Zet (JaZ) op initiatief van het Veiligheidsberaad, waarbij 47 gemeenten activiteiten voor en door jongeren hebben georganiseerd. Het project JaZ is onlangs, op verzoek van het Veiligheidsberaad, voortgezet met een wintereditie waar alle gemeenten aan kunnen meedoen. MDT steunt dit met € 10.000 per gemeente. MDT heeft door de coronaperiode haar reguliere projecten noodgedwongen en met succes aangepast. Via alle MDT-projecten zijn tot nu toe circa 20.000 jongeren op een duurzame manier bereikt. Ook heeft het MDT een waardevol netwerk opgezet van 1.600 organisaties (scholen, maatschappelijk ondersteuning en bedrijfsleven) door het hele land.

#### Jongeren en gemeenten komen tot gezamenlijk voorstel

Naast goed onderwijs en kans op een baan, is het voor jeugdigen essentieel om elkaar fysiek te kunnen ontmoeten in deze levensfase. De gemeenten hebben o.l.v. burgemeester Depla samen met jongeren en wetenschappers aan de bel getrokken en aangegeven dat we nóg meer moeten doen om jongeren perspectief te bieden. Aanvullend daarop heeft het Veiligheidsberaad bij het kabinet erop aangedrongen om alternatieve activiteiten te organiseren om daarmee o.a. de overlast te beperken in de winter (incl. kerstvakantie). Daarnaast geeft het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) aan dat het bieden van perspectief aan jongeren bij kan dragen aan een betere naleving van de coronamaatregelen. Op basis van het geheel heeft de werkgroep Depla een oproep gedaan aan gemeenten om in gesprek te gaan met jongeren over hun toekomstperspectief<sup>59</sup>. Ook heeft de VNG samen met jongeren een voorstel bij het kabinet neergelegd. Het kabinet is op maandag 7 december jl. hierover in gesprek gegaan met een delegatie van burgemeesters, wetenschappers en jongeren en trokken daar de volgende conclusies:

1. Jongeren moeten een goede kans krijgen om hun school op een zinvolle manier af te ronden. Dat wil zeggen: met fysiek onderwijs, een volwaardig diploma en met een relevante stage.

<sup>56</sup> A. Van der Maat, A. Popma (2020): Jeugd aan het roer, lessen uit coronamaatregelen.

<sup>57</sup> A. vd Maat (NJI), D. Gommers (Erasmus MC, NVIC), K. Illy (NVK) e.a.: Jongvolwassenen, de koplopers voor de maatschappij van de toekomst.

<sup>58</sup> Amsterdam UMC (2020): Coronamaatregelen maken jongeren angstiger en somberder.

<sup>59</sup> Hoe helpt uw gemeente jongeren in coronatijd? | VNG.

2. Jongeren moeten veilig de winter door kunnen komen: voor jongeren van alle leeftijden is het belangrijk om contact met elkaar te onderhouden, online en offline. Coronaproof contact buitenshuis hoort daar ook bij. Daarmee wordt ook de veiligheidsfuk vermeden: verbieden zonder alternatief te bieden.
3. De schade van corona voor het mentaal welbevinden van jongeren moeten we zoveel mogelijk mitigeren: corona grijpt hard in op het mentaal welbevinden van jongeren. Dit aspect heeft al op de korte termijn volop aandacht nodig, om te voorkomen dat corona blijvende sporen trekt in het vertrouwen van jongeren in zichzelf, in hun omgeving en in de overheid.
4. Overheden moeten in gesprek gaan met allerlei verschillende groepen jongeren: jongeren verliezen in coronatijd de regie over hun leven. Het is belangrijk om in dialoog te gaan en ruimte te bieden voor hun eigen initiatieven. Scheer jongeren daarbij niet over één kam en schenk waar nodig aandacht aan specifieke doelgroepen.

#### Kabinet investeert € 58,5 mln in het Jeugdpakket

Uw kamer is eerder geïnformeerd over de extra inzet op jeugdwerkloosheid (€ 346 mln)<sup>60</sup>, leerachterstanden (€ 282 mln)<sup>61</sup> en de continuïteit van onderwijs (€ 210 mln)<sup>62</sup>. Hiermee worden belangrijke gevolgen van de coronamaatregelen voor de jeugd verzacht. In aanvulling hierop, en ter ondersteuning van de afspraken met gemeenten en jongeren, wil de Staatssecretaris van VWS zich ook sterk maken voor het welbevinden van de jeugd, ook in Caribisch Nederland. Met een *Jeugdpakket* van € 58,5 mln wil het kabinet een gerichte (financiële) impuls geven aan gemeenten om samen met jongeren<sup>63</sup>, lokale organisaties en evenementensector kleinschalige activiteiten (volledig coronaproof) te programmeren op het gebied van cultuur, sport en andere zinvolle vrijetijdsbesteding. Veel gemeenten hebben sinds de corona uitbraak goede ervaringen opgedaan om dit samen met jongeren te organiseren. Zoals hierboven vermeld zijn ook via MDT waardevolle ervaringen opgedaan en een groot netwerk opgezet. Met het Jeugdpakket wil het kabinet bestaande initiatieven opschalen en nieuwe initiatieven laten opzetten. Het grootste deel van het jeugdpakket (€ 55 mln) gaat naar gemeenten:

- Gemeenten gaan samen met jongeren kleinschalige activiteiten (coronaproof) organiseren (€ 41,5 mln). Hiervoor worden middelen (€ 26,5 mln) bijgeschreven in het gemeentefonds. Daarnaast wordt een deel via de subsidieronden van MDT (€ 15 mln) in de eerste helft van 2021 besteed aan projecten waarbij gemeenten betrokken zijn;
- Gemeenten zetten meer jongerenwerkers in om jongeren in achterstandswijken en uit risicogroepen beter te bereiken (€ 13,5 mln).

Met de financiële impuls van het rijk kunnen gemeenten ongeveer 1,3 miljoen jongeren en jongvolwassenen te bereiken in de komende maanden.

#### Mentale gezondheid en eenzaamheid onder jongeren

Naar aanleiding van de signalen over mentale gezondheidsproblemen bij jongeren wordt vanuit het Jeugdpakket € 3,5 mln ingezet op laagdrempelige preventieve ondersteuning van jongeren op het gebied van mentale gezondheid. Zo wil de Staatssecretaris van VWS de komende periode meer (digitale) platforms en lokale activiteiten van jongeren voor jongeren steunen om meer jongeren (waaronder specifieke doelgroepen)

<sup>60</sup> Kamerstuk 35 420, nr. 105.

<sup>61</sup> Kamerstuk 27 020, nr. 118.

<sup>62</sup> Kamerstuk 35 570 VIII, nr. 128.

<sup>63</sup> Ook jongeren in Caribisch Nederland.

te bereiken. Hierbij wordt de kennis van MDT-jongeren, jongerenorganisaties en professionals benut om o.a. eenzaamheid onder jongeren te bestrijden. Voor een deel van de jongeren gaat deze coronaperiode gepaard met toenemende gevoelens van eenzaamheid. Het kabinet vindt het erg belangrijk dat deze jongeren worden geholpen en eenzaamheid wordt tegengegaan. Zowel bestaande als nieuwe activiteiten dragen hier aan bij. Jongeren, professionals en ouders kunnen op de site [www.eenzamejongeren.com](http://www.eenzamejongeren.com), een initiatief van stichting Join us, terecht voor meer informatie en ondersteuning, maar ook voor tips. Ook volgend jaar ondersteunen we de Stichting Join us om hun aanpak voor eenzame jongeren verder te verspreiden onder gemeenten.

Tenslotte heeft het kabinet met het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid de afgelopen twee jaar een campagne en netwerk, zowel lokaal als landelijk, opgezet om eenzaamheid aan te pakken. Het is opgezet met een focus op ouderen. Maar mede op verzoek van uw Kamer is er nu meer aandacht voor eenzaamheid bij jongeren. Zo wordt binnen de publiekscampagne van Eén tegen eenzaamheid meer aandacht besteed aan de doelgroep jongeren. Daarnaast wordt in de campagne #eenkleingebaar ook ingezoomd op kwetsbare jongeren. Zie ook de passage Sociale ondersteuning en aanpak eenzaamheid in aanloop naar en rondom de feestdagen: #eenkleingebaar in deze brief.

#### Kwetsbare jongeren (o.a. chronisch ziek en jeugdzorg)

Voor de vele groepen kwetsbare jongeren is deze coronaperiode extra lastig. Zo geeft JongPIT aan dat duizenden jongeren die chronische ziek zijn amper de deur uitkomen sinds corona. Jongeren met een kwetsbare gezondheid kiezen vaak voor een zelf-isolatie. Ook zien we meer jongeren die zich thuis niet veilig voelen en door corona nu extra thuis zijn. Voor de kwetsbare jongeren thuis hebben we gemeenten gevraagd om bij de invulling van het jeugd pakket extra aandacht te besteden aan kwetsbare jongeren. Daarnaast zijn we in gesprek met organisaties in het jeugddomein (waaronder jongeren) om te kijken hoe we deze groep nog beter kunnen ondersteunen.

Volgens het Jeugd welzijn beraad zijn jongeren in de jeugdzorg ook hard geraakt. In het voorjaar werden ze beperkt in onderwijs/dagbesteding, bezoek, verlof en hadden ze amper sociale contacten<sup>64</sup>. Voor de jongeren in de jeugdhulp is continuïteit van jeugdhulp, dagbesteding en onderwijs essentieel. Het kabinet heeft daarom hierover (financiële) afspraken gemaakt met jeugdhulpaanbieders en gemeenten. Ook heeft VWS met de stuurgroep Zorg voor de Jeugd en Corona handreikingen en richtlijnen voor professionals gemaakt. Deze gaan o.a. in op dagbesteding, bezoeken en verlofregelingen, omgangsregelingen, testbeleid en persoonlijke beschermingsmiddelen. Alle geactualiseerd richtlijnen zijn te vinden op [www.nji.nl/coronavirus](http://www.nji.nl/coronavirus). Hiermee proberen alle partijen in het jeugddomein de gevolgen van de coronamaatregelen te mitigeren voor jongeren in de jeugdhulp.

Met dit Jeugd pakket wil het kabinet perspectief bieden aan de jeugd. Enerzijds voor het welbevinden van onze jeugd en anderzijds om bij te dragen aan het draagvlak voor de naleving van de coronaregels.

<sup>64</sup> <https://www.jeugd welzijn sberaad.nl/coronaonderzoek/>.

Op woensdag 16 december 2020 wordt de bijeenkomst «Sociale ondersteuning kwetsbare groepen» georganiseerd. Gemeenten bieden al veel sociale ondersteuning aan kwetsbare groepen en hun inspanningen zijn nog eens vergroot in deze periode. Tijdens deze bijeenkomst worden inspirerende lokale initiatieven voor het voetlicht gebracht, met als doel deze te delen en – waar mogelijk – breder te kunnen implementeren. Samen is het mogelijk om ouderen, dak- en thuislozen, ggz-cliënten, mensen met een beperking, kwetsbare jongeren, mensen met een migrantenachtergrond en andere (mogelijk) kwetsbare doelgroepen ondersteuning bieden in deze lastige tijd. De volgende thema's zullen tijdens de bijeenkomst worden uitgelicht:

- Hulp bij quarantaine
- Zingeving en eenzaamheid
- Communicatie in begrijpelijke taal
- Inzet van vrijwilligers en burgerinitiatieven

Meer dan 100 gemeenten hebben zich inmiddels voor deze digitale bijeenkomst aangemeld. Na deze bijeenkomst zullen de voorbeelden breed verspreid worden zodat ook andere gemeenten hier kennis van kunnen nemen en inspiratie kunnen opdoen.

*Sociale ondersteuning en aanpak eenzaamheid in aanloop naar en rondom de feestdagen: #eenkleingebaar*

De feestdagen zijn in deze tijd van donkere dagen voor veel mensen vaak de lichtpuntjes om naar uit te kijken. Dit jaar zal dat anders zijn. De traditionele bijeenkomsten en grote feesten vragen een alternatief. De behoefte aan «samen-zijn» zal dit jaar niet minder zijn dan alle jaren hiervoor. En het gevoel van eenzaamheid op moment dat het lijkt dat er niemand is die aan jou denkt, zal ook niet minder zwaar voelen.

Een brede groep aan grote landelijke organisaties hebben daarom juist nu de handen in een hebben geslagen om deze feestdagen bijzonder te maken. Om Nederland dichterbij te brengen, ondanks de beperkende maatregelen. Humanistische, praktische en religieuze organisaties zetten samen de schouders om een grote beweging in gang te brengen komende weken. Door iedereen aan te zetten op #eenkleingebaar voor de ander te doen.

StichtingPresent, Humanitas, NietAlleen, NOVen de Zonnebloem zwingelen deze beweging #eenkleingebaar aan vanaf deze week. Dit kabinet zal dat ondersteunen met woord en daad<sup>66</sup>. De initiatieven die worden opgezet met o.a. de honderdduizenden vrijwilligers zijn bijvoorbeeld het uitdelen van kaarsjes, het helpen optuigen van de kerstboom, kerstkaartacties. Ook activiteiten specifiek voor jongeren kunnen onder deze noemer ingezet worden. Alles wat bijdraagt aan zingeving en ontmoeting in deze speciale tijd. Door bekendheid te geven aan al deze acties en breed het landelijk een lokale netwerk van deze organisaties en het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid uit te nodigen om mee te doen, heeft het de potentie een grote «pay-it-forward» beweging te worden. Op de website [www.eenkleingebaar.nu](http://www.eenkleingebaar.nu) zal vanaf deze week een social-wall staan waarbij alle berichtgeving die gebruik maakt van de #eenkleingebaar, gestreamd wordt. Organisaties, bedrijven en burgers

<sup>65</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 700.

<sup>66</sup> Dit leidt tot een onrechtmatigheid op de begroting van VWS, aangezien een subsidieaanvragen of een opdrachtverlening niet op zeer korte termijn kon worden afgerond.



kunnen makkelijk aanhaken en worden door elkaar geïnspireerd. Iedereen die mee doet onder de paraplu van «een klein gebaar» kan dat doen met zijn of haar eigen label en eigenschappen. Een gezamenlijke noemer versterkt de afzonderlijke activiteiten, acties en campagnes. Zo zal ik rond de feestdagen met de publiekscampagne van Eén tegen eenzaamheid ook aansluiten bij de oproep voor een klein gebaar. Hiermee geef ik invulling aan de motie van het lid Segers.<sup>67</sup> Met ondersteuning van deze bottom-up beweging bouw ik voort op de infrastructuur en resultaten die met binnen het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid afgelopen jaren is gegroeid. Hierover heb ik u onlangs geïnformeerd middels de derde voortgangsrapportage van het actieprogramma.

## Andere onderwerpen

### 15. Caribisch Nederland

De laatste gegevens van 7 december 2020 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien

**Tabel: besmettingsbeeld Caribisch Nederland**

	Bonaire	St. Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)	3 (146)	4 (18)	0 (5)	14.814 (3.174)	120 (4.966)	99 (1.155)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen (op de IC)	0	0	0	18 (4)	9 (0)	5 (0)
Aantal patiënten overleden	3	0	0	8	45	26

Het gemiddeld aantal besmettingen op Aruba is de afgelopen week licht toegenomen, maar blijft op een relatief laag niveau. Op Curaçao is het aantal positieve gevallen de laatste weken gestegen naar 1.814. Medisch personeel vanuit Bonaire en Sint-Eustatius is overgeplaatst naar Curaçao om het capaciteitstekort binnen het CMC ziekenhuis, dat te maken had met besmettingen binnen het personeelsbestand, te kunnen opvangen en op 1 december is vanuit Nederland de eerste personele ondersteuning ingevlogen in opvolging van het bijstandsverzoek dat Curaçao heeft ingediend. Daarnaast is op Curaçao met Nederlandse bijstand personeel geworven voor een tweede teststraat en beginnen extra bron- en contactonderzoekers. Het aantal actieve gevallen op Sint-Maarten is de afgelopen weken gedaald, wat heeft geleid tot een bijstelling van het reisadvies naar geel. Er wordt momenteel ook uitvoering gegeven aan het bijstandsverzoek van Sint-Maarten omtrent het vergroten van de testcapaciteit. In november was Caribisch Nederland even vrij van actieve besmettingen. Helaas zijn er de afgelopen week weer een paar nieuwe casussen gemeld op Bonaire.

Op 12 november heeft het OMT een vierde OMT-Cariben advies uitgebracht voor het gebruik van sneltesten op de eilanden in het Caribisch gebied (zie bijlage Advies 4e OMT Cariben COVID-19)<sup>68</sup>. Daarin wordt geadviseerd de antigeen-sneltesten vooralsnog niet te gebruiken voor screeningsdoeleinden, omdat de testen niet gevalideerd zijn in laag-prevalente populaties (d.w.z. bij mensen zonder klachten). Inzet is wel mogelijk in ziekenhuizen, verpleeghuizen, huisartsenpraktijken en andere zorginstellingen. Er wordt momenteel gewerkt aan een plan van aanpak voor bestellingen van sneltesten vanuit de eilanden via het LCH.

<sup>67</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 643.

<sup>68</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

Zoals in de stand van zaken brief van 16 november is aangekondigd, is er een nieuw afwegingskader ontwikkeld aan de hand waarvan de reisadviezen voor het Caribisch deel van het Koninkrijk worden bepaald, dat meer recht doet aan de lokale omstandigheden en het insulaire karakter van het gebied. Het nieuwe kader, gebaseerd op het dashboard Corona zoals dat ook in Europees Nederland wordt gebruikt, is in gebruik genomen en heeft dusver geleid tot het bijstellen van de reisadviezen voor Aruba en Sint-Maarten naar geel. Het reisadvies voor Curaçao wordt op 8 december bijgesteld naar oranje.

## **16. Reizigers**

### *Reisadviezen*

Buitenlandse reizen en vakanties vormen een risico voor import en verspreiding van COVID-19 in Nederland. Daarom heeft het kabinet op 3 november jl. de boodschap afgegeven niet naar het buitenland te reizen en te boeken tot medio januari, tenzij strikt noodzakelijk. Daarbij hebben we aangegeven dat voor het einde van het jaar opnieuw naar dit advies zal worden gekeken. We constateren echter dat op dit moment de epidemiologische situatie in Nederland en in de rest van de wereld zeer ernstig is. We zien niet de sterke daling van het aantal besmettingen dat we hadden willen zien en het is moeilijk te voorspellen hoe de pandemie zich na medio januari zal ontwikkelen. Het is daarom niet mogelijk om nu al te besluiten over reizen en vakanties naar het buitenland na 15 januari. Voor nu blijft het advies daarom gelden: maak en boek tot 15 januari geen reizen naar het buitenland, tenzij strikt noodzakelijk. Op basis van de besmettingscijfers in Nederland en het buitenland kijken we begin januari opnieuw naar wat er mogelijk is voor de periode na 15 januari.

### *Negatieve testverklaring*

In de vorige Kamerbrief heb ik uw Kamer reeds geïnformeerd over het voornemen van het kabinet om een negatieve testverklaring te verplichten voor reizigers uit een land dat niet op de lijst van veilige landen van de Europese Unie staan en die ook uitgezonderd zijn op het EU-inreisverbod voor Nederland. Deze maatregel gaat per 15 december gelden voor reizigers die per vliegtuig of schip van buiten de EU/Schengen naar Nederland reizen. Deze maatregel geldt niet voor Nederlanders of andere EU-burgers die uit deze gebieden terugkeren.

Deze reizigers moeten voor vertrek een negatieve testuitslag tonen. De test mag maximaal 72 uur oud zijn bij aankomst in Nederland. In de vorige Kamerbrief werd gesproken over een testuitslag van 48 uur oud, conform OMT-advies. In het kader van de Europese harmonisatie en uitvoeringsmogelijkheden is gekozen voor een test die maximaal 72 uur geleden is afgenomen voor aankomst, in plaats van een testuitslag van 48 uur oud. Indien een reiziger geen negatieve testuitslag heeft of wanneer deze verlopen is, mag diegene Nederland niet inreizen.

Naast de negatieve testuitslag dienen deze reizigers ook een negatieve testverklaring bij zich te hebben, in te vullen en te ondertekenen. Beide documenten kunnen door personeel van de lucht- en scheepvaartmaatschappijen in het buitenland en door de Koninklijke Marechaussee in bij aankomst in Nederland gecontroleerd worden.

Zoals in de vorige Kamerbrief ook benoemd is, wil het kabinet de negatieve testuitslag ook verplichten voor inkomende EU-burgers (waaronder Nederlanders) uit hoog-risicogebieden. De mogelijkheden

hiertoe worden op dit moment verkend, ik verwacht in het voorjaar van 2021 met een wetswijziging te komen.

#### *Testen van reizigers*

Over het testen van inkomende reizigers uit hoog-risicogebieden per 15 januari op dag 5 na aankomst heb ik het LCT advies gevraagd. De uitkomsten hiervan heb ik eerder in deze brief toegelicht.

#### *Travel corridor tussen Atlanta en Schiphol*

Vanaf 15 december zullen KLM en Delta Air Lines een proef doen met een travel corridor tussen Atlanta en Schiphol. Op basis van de eerste drie weken van de proef zal een evaluatie plaatsvinden. Ik heb u hierover afgelopen vrijdag uitgebreider geïnformeerd.

#### *Quarantaine van reizigers*

Uit de resultaten van de zevende ronde van het gedragsonderzoek Naleven gedragsregels van het RIVM blijkt dat 27% van de reizigers tien dagen in quarantaine blijft bij terugkomst in Nederland. Bij de 1e en 2e golf heeft reisgedrag bijgedragen aan de snelle verspreiding van het virus in Nederland. Om volgende golven te voorkomen, moet de groep reizigers zich meer aan de thuisquarantaine houden. Er wordt daarom een digitaal formulier ontwikkeld gericht op mensen die (noodzakelijke) reizen maken naar een risicogebied (rood of oranje). Doel is het verbeteren van de naleving van de thuisquarantaine. Na het verkrijgen van een reisadvies – op dit moment voor bijna alle bestemmingen negatief – informeren we de reiziger wat thuisquarantaine concreet betekent na de reis en geven we antwoord op veel gestelde vragen (bijvoorbeeld waarom het nodig is om 10 dagen in quarantaine te gaan). Ook worden reizigers geïnformeerd wat geregeld moet zijn om thuisquarantaine vorm te geven. Denk daarbij aan praktische zaken als wie boodschappen gaat doen, de kinderen naar school brengt en de hond uitlaat. De eerste versie wordt naar verwachting in januari uitgerold. Het formulier ondersteunt beleidsontwikkelingen rondom reizen – zoals de negatieve testverklaring of asymptomatisch testen voor reizigers – in de toekomst. We gaan onderzoeken of het beter informeren van reizigers leidt tot meer naleving van de thuisquarantaine.

### **17. Gezond leven als onderdeel van de COVID-19-aanpak**

Zoals ik in mijn brief van 17 november heb aangegeven omarmt de Staatssecretaris van VWS namens kabinet de oproep om gezond leven een nadrukkelijker onderdeel te maken van onze aanpak en van de communicatie over COVID-19. Ik zal hier in de volgende stand van zaken COVID-19 brief op terug komen.

### **18. Tijdelijke wet maatregelen COVID-19**

Op grond van artikel 58s, eerste lid, van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 (Twm) dient maandelijks aan Tweede en Eerste Kamer een met redenen omkleed overzicht gezonden te worden van de krachtens de Twm geldende maatregelen. Tevens dient aangegeven te worden wat de verwachtingen zijn ten aanzien van het voortduren van de maatregelen. Om de informatievoorziening met betrekking tot COVID-19 aan uw Kamer zo overzichtelijk mogelijk te houden, ben ik voornemens de maandelijkse rapportage op te nemen in (een aparte paragraaf in) deze periodieke voortgangsbrief. Zo kan de maandelijkse rapportage in de context van de geldende en voorgenomen maatregelen met betrekking tot COVID-19 worden geplaatst. Dit betekent mogelijkerwijs dat de rapportages niet met

precies één maand tussenpoos worden uitgebracht, maar wel maandelijks binnen een zeer beperkte bandbreedte. De Eerste Kamer zal uiteraard separaat worden geïnformeerd.

### **19. Publiekscommunicatie: naleving en aandacht voor elkaar**

De publiekscommunicatie is de komende weken gericht op het stimuleren van de naleving van de maatregelen in een decembermaand die gekenmerkt wordt door (digitaal) inkopen doen, samenzijn en samen vieren. Via onder andere campagnespots van «Alleen samen» op radio, televisie en sociale media, wordt het belang van drukte vermijden, afstand houden, quarantaine en testen in de context van risicoperceptie tijdens de feestdagen benadrukt. De toon is positief en constructief: #hoedanwel tijdens de decembermaand. Speciale aandacht is er de komende weken in de publiekscommunicatie voor jongeren.

Acties om naleving van drukte vermijden tijdens het winkelen te vergroten:

- Gezamenlijke boodschap door rijksoverheid en brancheorganisaties.
- Oproep brancheorganisaties aan winkeliers om deze boodschap uit te dragen aan klanten.
- Gezamenlijke boodschap van de rijksoverheid in een toolkit voor winkeliers. Deze is verspreid via veiligheidsregio's, gemeenten en brancheorganisaties.
- Socials posts vanuit de rijksoverheid rond winkelthema's zoals, Sinterklaas, kerst.
- Video-oproep CEO's grootwinkelbedrijven om veilig winkelen mogelijk te maken.
- Communicatie over afspraken detailhandel en rijksoverheid over intensiveren naleving en handhaving.
- Gemeenten en winkeliersverenigingen roepen hun inwoners op om gespreid te winkelen en boodschappen te doen. Dit gebeurt door inzet van buitenreclame, maar ook via social media en huis-aan-huiskranten.

Voor sommige mensen is december een moeilijke maand. Aandacht hebben voor elkaar helpt, zeker nu. Daarom intensiveren we deze laatste maand van het jaar de campagne Aandacht voor elkaar. We delen verhalen en initiatieven via landelijke en lokale (sociale) media en kanalen. Op 17 december is er op NPO 1 (Omroep Max) een thema-uitzending Aandacht voor Elkaar.

#### Deelcampagne mentale gezondheid

Sinds 30 november is de commercial over mentale gezondheid te horen op de radio. De boodschap is: voel je je somber, praat erover en vraag hulp.

#### Jongeren

SLAM! Is gestart met een vaste tweewekelijkse rubriek in de ochtendshow; «Positief Corona Nieuws». Hierin hoor je de meest positieve en creatieve nieuwsitems over corona. Daarnaast gaat deze week de radiocommercial van FunX live, waarin tips worden gegeven aan jongeren hoe ze ervoor kunnen zorgen dat ze zich mentaal gezond voelen. Ook wordt door SLAM!, VICE, Cosmopolitan, Vogue en Glamour gewerkt aan artikelen en video's over de feestdagen, quarantaine en de fysieke en mentale gezondheid tijdens de decembermaand.

## Scholierencampagne

OCW is op 26 november gestart met een scholierencampagne gericht op middelbare scholieren en MBO-studenten in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. In lijn met de eerder gevoerde campagne «daar doe ik het voor» zijn nieuwe uitingen ontwikkeld die worden verspreid via Instagram, Snapchat en schoolboards (digitale advertentieboarden in school). Met de boodschappen houdt 1,5 meter afstand van leerkrachten en draag een mondkapje als zij zich door het gebouw bewegen.

## Bi-culturele doelgroep

Voor de bi-culturele doelgroep worden sinds 24 november online video's verspreid, waarin we thuissituaties tonen, geënt op verschillende culturen (Marokkaans, Turks, Surinaams, Antilliaans en Kaapverdisch). De video's gaan over thuisquarantaine (bij ervaren van klachten) en het houden van 1.5 meter afstand in huis.

## Eenzaamheid

Om aandacht te vragen voor eenzaamheid in deze coronatijd, is de campagne Eén tegen Eenzaamheid speciaal voor deze bijzondere decembermaand aangepast. Hoofdboodschap luidt: «Met een klein gebaar kan je, zeker déze feestdagen, het verschil maken». Er is een nieuwe tv-commercial, twee radiocommercials en onlinematerialen. Via [www.eentegeneenzaamheid.nl/houdcontact](http://www.eentegeneenzaamheid.nl/houdcontact) worden mensen geïnformeerd over hoe zij op een veilige manier contact kunnen houden met ouderen om eenzaamheid te voorkomen.

Daarnaast wordt vanuit de rijksoverheid het landelijke initiatief #eenkleingebaar ondersteund: een nationale beweging, aangejaagd door verschillende organisaties, zoals vrijwilligersorganisaties Humanitas, Nationale Vereniging de Zonnebloem, Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk, Stichting Present en «Niet Alleen». Vanuit dit initiatief wordt iedereen opgeroepen om iets te doen voor iemand die zich eenzaam voelt. Alles onder de noemer: na een bewogen jaar is het tijd voor #eenkleingebaar.

## *Testen*

De publiekscommunicatie over testen verandert mee met de aanscherpingen in het testbeleid. De scripts in CoronaMelder en in het Bron- en Contactonderzoek zijn aangepast nu mensen zich ook zonder klachten al vijf dagen na het laatste contact kunnen laten testen en de quarantaine mogen beëindigen bij een negatieve testuitslag. De publiekscommunicatie via [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl) en via de kanalen van de GGD'en is op deze punten aangepast.

## *Quarantaine*

De publiekscommunicatie over het onderwerp quarantaine wordt geïntensiveerd met een accent op doelgroepen die het extra lastig vinden om deze maatregel na te leven. Daarbij gaat het vooral om jongeren en mensen in een sociaaleconomisch kwetsbare positie. Hun woon-, werk- of leefomstandigheden kunnen het naleven van de quarantaineregels bemoeilijken. Om jongeren te bereiken sluiten we zoveel mogelijk aan op digitale kanalen en sociale media waar zij al actief zijn. De communicatie met mensen in een sociaaleconomisch kwetsbare positie verloopt vooral via wijk-, buurt- en welzijnsorganisaties.

## *CoronaMelder*

De landelijke publiekscampagne rondom CoronaMelder «Voor wie download jij 'm» is afgelopen week afgerond. Meer dan 4,1 miljoen mensen hebben de app gedownload. Rondom belangrijke ontwikkelingen van CoronaMelder wordt via landelijke en regionale PR aandacht besteed aan de app. Mijlpalen zijn onder andere dat het sinds 1 december mogelijk is om je zonder klachten te laten testen na een notificatie in CoronaMelder en dat de app nu ook werkt in het buitenland.

## *Persoonlijke beschermingsmiddelen*

Vanaf 1 december geldt voor iedereen vanaf 13 jaar een mondkapjesplicht op bepaalde plekken. De communicatie hierover is ontwikkeld in samenwerking met gedragsdeskundigen. Centraal staan twee onderwerpen: waar gebruik ik een mondkapje? En: hoe gebruik ik een mondkapje? Uitgebreide informatie over de mondkapjesplicht is te vinden in het coronadossier op [rijksoverheid.nl/mondkapjes](http://rijksoverheid.nl/mondkapjes).

In overleg met de vakdepartementen is een toolkit met communicatiemiddelen ontwikkeld voor de mondkapjesplicht (factsheet, banners, posters en sociale mediaberichten). Deze middelen worden verspreid via [rijksoverheid.nl/coronavirus](http://rijksoverheid.nl/coronavirus), via de sociale media-kanalen van de rijksoverheid, via de veiligheidsregio's en gemeenten, en richting de sectoren. Het gaat om SZW (werknemers), OCW (onderwijs), BZK (overheden als werkgever), EZK (werkgevers) en I&W (OV).

Om proactief informatie en handelingsperspectief te bieden over de mondkapjesplicht is ook een deelcampagne gestart vanaf 1 december in de huisstijl van de landelijke campagne «Alleen samen». Informatie wordt verstrekt via een radiospotje, betaalde sociale mediaberichten en display (betaalde advertenties op veel bezochte websites).

Ook wordt er aandacht besteed aan de uitzondering op de mondkapjesplicht die geldt voor bepaalde groepen mensen met een beperking of ziekte. Voor hen geldt een uitzondering omdat zij om medische redenen geen mondkapje kunnen opzetten of dragen. Om alle relevante partijen (detailhandel, handhaving, politie, OM etc.) van de juiste informatie te voorzien is een factsheet ontwikkeld over de uitzondering mondkapjes. Daarnaast is in samenspraak met cliëntorganisaties een speciaal kaartje ontwikkeld. Dit kaartje is beschikbaar op [vilans.nl/levenincoronatijd](http://vilans.nl/levenincoronatijd) en wordt door zorgaanbieders en cliëntenorganisaties verspreid.

## *Tijdelijk uitgestelde zorg*

Samen met de NZa werken we aan informatiemateriaal om patiënten te informeren over tijdelijk uitgestelde zorg. De boodschap is:

- Neem als je gezondheidsklachten hebt, contact op met je huisarts.
- Besef je wel dat de mogelijkheden in de zorg tijdelijk beperkt(er) zijn.
- Alle zorgverleners doen hun best om te kijken wat er wél mogelijk is.
- Houd er rekening mee dat de wachttijden vaak langer zijn dan normaal.
- Heb geduld en waardering voor de zorgverleners die al lange tijd onder hoge druk werken.

Het informatiemateriaal wordt gedeeld via sociale media, Rijksoverheid.nl en de communicatiekanalen van zorgverleners en brancheorganisaties

Reizigers uit een hoog-risicogebied van buiten de EU/Schengen, moeten vanaf 15 december een negatieve COVID-19 testverklaring tonen als zij per vliegtuig of schip naar Nederland reizen. De communicatie en informatie hierover wordt op dit moment voorbereid. We werken onder andere aan een uitgebreide set Q&A's voor rijksoverheid.nl en government.nl en aan een factsheet in verschillende talen om alle betrokkenen (o.a. reizigers, lucht- en scheepvaartmaatschappijen, ambassades, Koninklijke Marechaussee) te voorzien van de juiste informatie.

## **20. Vertraging van de resultaten van het onderzoek COVID-Q-koorts**

Ik heb in de COVID stand-van-zaken-brief van 21 september jl.<sup>69</sup> toegezegd dat resultaten van het onderzoek naar verhoogd risico op infectie en op ernstig beloop van COVID-19 bij mensen met een (doorgemaakte) Q-koorts infectie voor het einde van het jaar met de Kamer zouden worden gedeeld. Deze kunnen helaas pas op latere datum worden aangeboden. Het RIVM heeft, in samenwerking met NIVEL, deze opdracht in september opgepakt. Zij verwachtten snel te kunnen beginnen door aansluiting op eerder cohortonderzoek, gedaan ten tijde van de Q-koorts uitbraak. De AVG toestemming benodigd voor gebruik van eerdere gegevens en opnieuw contacteren van deelnemers heeft echter meer tijd in beslag genomen dan was voorzien. Daarnaast was de door COVID-drukte beperkte beschikbaarheid van huisartsen (voor interviews) een belemmerende factor voor het deelonderzoek bij huisartsenpraktijken in Brabant. De resultaten van het onderzoek zullen daarom pas in het tweede kwartaal van 2021 gerapporteerd worden.

## **21. Wob-verzoeken**

Op dit moment zijn bij mijn ministerie 136 Wob-verzoeken ingediend over corona en in het kader hiervan zijn 800.000 documenten verzameld. Doordat nog steeds nieuwe documenten worden aangemaakt en ook oude documenten worden gearhiveerd neemt de hoeveelheid documenten nog toe.

Het besluit tot openbaarmaking van de documenten uit januari 2020 is eind november genomen. De documenten uit deze periode zullen openbaar worden gemaakt zodra de in artikel 6, vijfde lid, van de Wet openbaarheid van bestuur bedoelde termijn is verlopen waarbinnen derde belanghebbenden de mogelijkheid hebben om openbaarmaking te voorkomen.

Het besluit tot openbaarmaking van de documenten van februari 2020 zal in verband met de nog vereiste zienswijzen van derden, het aankomende kerstreces en de benodigde afstemming zo snel mogelijk na het kerstreces worden genomen. Hierna volgen de documenten over de maand maart 2020. Zoals ik eerder in de stand van zakenbrief 27 oktober aan uw Kamer heb gemeld<sup>70</sup>, zijn er voor deze maand 60.000 documenten gevonden binnen mijn ministerie die klaar staan voor een beoordeling. Deze documenten zijn verdeeld over verschillende categorieën en de documenten zullen openbaar gemaakt worden zodra de volledige categorie is beoordeeld. Hierbij zal erop worden ingezet dat de categorieën waarvoor het meest om informatie is verzocht zo snel mogelijk openbaar worden gemaakt. Op dit moment is de verwachting dat de

<sup>69</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 543.

<sup>70</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 659.

openbaarmaking van deze documenten in de eerste maanden van 2021 zal plaatsvinden.

Op mijn ministerie wordt erop ingezet om zo veel mogelijk documenten zo spoedig mogelijk openbaar te maken. Zoals ik uw Kamer in de brief van 27 oktober heb gemeld, is het beoordelingsproces op dit moment zo ingericht dat de bijdrage van de beleidsmedewerkers in verhouding tot de normale werkwijze zeer beperkt is. Het is echter niet mogelijk en juridisch onverantwoord om alle documenten zonder hun input te beoordelen. Aangezien de bestrijding van de coronacrisis op dit moment de volle aandacht en tijd van deze medewerkers vraagt, is het daarom echter niet uitgesloten dat dit ertoe zou kunnen leiden dat – ondanks alle inspanningen – de beoordeling van de documenten onverhoopt vertraging oploopt.

## **22. Verzoek om zeven scenario's door RIVM aan Kamer te doen toekomen**

De vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 3 december een verzoek gedaan uw Kamer, naar aanleiding van het artikel «Ministerie dacht nog in februari dat coronavirus minder dodelijk was dan griep», de zeven vertrouwelijke scenario's van het RIVM die eind februari zijn opgesteld te doen toekomen. Bijgevoegd vindt u de gevraagde scenario's (Bijlage VWS Dep. V. scenario's RIVM)<sup>71</sup>.

### **Slot**

We moeten met elkaar het virus eronder te krijgen. Daar moeten we zelf voor zorgen. In de kern gaat het om ons gedrag en dat we onszelf in acht nemen. Meer ruimte om weer meer samen te zijn, kunnen we alleen met elkaar verdienen. Als we op basis van ontwikkelingen tot de conclusie komen dat het niet goed gaat met de verspreiding van het virus, zullen we op een nader moment besluiten hoe we die situatie kunnen keren. De komende tijd blijven we de cijfers nauwlettend volgen.

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

---

<sup>71</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).