

Vergaderjaar 2021–2022

35 526

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

25 295

Infectieziektenbestrijding

CH

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 september 2021

Hierbij bied ik u een afschrift aan van de stand van zakenbrief van 14 september 2021, die aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal is verzonden.

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

- Regeling van 14 september 2021, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met wijzigingen ten behoeve van het vaststellen van de veilige afstand op nul meter en van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire in verband met sportevenementen en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire, de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Sint Eustatius en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Saba in verband met technische wijzigingen ten aanzien van coronatoegangsbewijzen

De overlegging geschiedt in het kader van de wettelijk voorgeschreven nahanprocedure (artikel 58c, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid). Op grond van de aangehaalde bepaling treedt de regeling niet eerder in werking dan een week na deze overlegging. Indien de Tweede Kamer binnen die termijn besluit niet in te stemmen met deze regeling, vervalt deze van rechtswege

- Regeling van 14 september 2021, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met verlenging van de maatregelen

Ik doe hierbij een beroep op de spoedprocedure van artikel 58c, derde lid, van de Wet publieke gezondheid. De huidige maatregelen dienen nog verlengd te worden in verband met de ingangsdatum van de nieuwe maatregelen per 25 september. Naar ons oordeel kan daarom de uitgestelde inwerkingtreding van ten minste een week – die uitgangspunt

dient te zijn bij de vaststelling van maatregelen op basis van hoofdstuk Va Wpg – in deze zeer dringende omstandigheden niet worden afgewacht.

- Besluit houdende wijziging van het Tijdelijk besluit veilige afstand in verband met het vaststellen van de veilige afstand op nul meter.

De overlegging geschiedt in het kader van de wettelijk voorgeschreven voorhangprocedure (artikel 58f, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid).

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

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Den Haag, 14 september 2021

In de afgelopen weken is het epidemiologisch beeld stabiel, dat geldt voor zowel het aantal positief geteste personen als het aantal in het ziekenhuis en op de IC opgenomen personen met COVID-19.

Doel van de aanpak is het beschermen van kwetsbare mensen en een acceptabele belastbaarheid van de zorg. Door de hoge vaccinatiegraad, een opkomst van 85,6% onder volwassenen, is dit doel binnen bereik gebracht. Al 81,7% is volledig gevaccineerd en is daarmee voor 97% beschermd tegen IC opname, en 95% beschermd tegen ziekenhuisopname. Ook neemt door vaccinatie de transmissie af, want door vaccinatie daalt de kans dat een gevaccineerde het virus nog aan een ander geeft. Daardoor kan de 1,5 meter worden losgelaten. Dat we daar nu zonder kunnen, is een grote stap vooruit. Hiermee komen we in een nieuwe fase van de crisisaanpak. Deze nieuwe fase gaat wel gepaard met onzekerheden. Daarom is het van belang dat we verstandig omgaan met deze versoepeling en we rekening blijven houden met elkaar.

De epidemie is nog niet voorbij. Zowel op korte als op de langere termijn kunnen oplevingen optreden die druk op de zorg geven. Niet uitsluitend in de ziekenhuizen, maar ook daarbuiten, met gevolgen voor de hele zorgketen. Het is belangrijk om hiermee rekening te houden en hierop te anticiperen.

Nog steeds worden mensen, jong én oud, ziek van het coronavirus. Zeker wanneer zij geen vaccinatie hebben gehad, kunnen ze in het ziekenhuis of zelfs op de IC terecht komen. Naast het feit dat dit voor de getroffen personen zelf ernstig is, geeft dit enorme druk op de zorg in de ziekenhuizen en verpleeghuizen en ook bij spoedeisende hulp, huisartsen, wijkverpleging en zorg thuis. Capaciteit en zorg die ook nodig is voor patiënten met een andere acute of een chronische ziekte, zoals kankeroperaties of hartoperaties. Vaccineren helpt. In de ziekenhuizen is het overgrote deel van de mensen die met COVID wordt opgenomen, niet of onvolledig gevaccineerd.

Er is op dit moment een groep van 1,8 miljoen mensen die nog niet beschermd is door vaccinatie en nog geen bescherming heeft opgebouwd door infectie. Het kabinet blijft daarom het belang van vaccineren benadrukken.

Met een grote groep niet geïmmuniseerden ligt een opleving namelijk op de loer. Met de besmettelijke deltavariant die nu rondgaat, is het niet de vraag of, maar wanneer deze mensen besmet raken als ze zich niet laten vaccineren. Als deze mensen in grote getalen en in korte tijd worden besmet, dan kan dit leiden tot een nieuwe golf in de ziekenhuizen.

Om een snelle verspreiding van het virus te voorkomen, wil het kabinet coronatoegangsbewijzen inzetten in settings waar personen dicht op elkaar verblijven. Dit geldt bijvoorbeeld voor de horeca, cultuur, evenementen en publiek bij professionele sportwedstrijden. Nu vrijwel alle Nederlanders de kans hebben gehad om zich te laten vaccineren, is het steeds moeilijker uitlegbaar contactbeperkende maatregelen aan mensen op te leggen. Voor niet-gevaccineerden betekent dit dat zij zich regelmatig moeten laten testen. Het kabinet vindt dat deze inspanning kan worden gevraagd.

Het kabinet blijft oog houden voor kwetsbare mensen in de samenleving. Zo is er een groep mensen die wel gevaccineerd is, maar bij wie het vaccin niet goed werkt en een kleine groep die om medische redenen niet gevaccineerd kan worden. Zij zijn in deze fase van de epidemie extra gebaat bij de nog geldende maatregelen zoals extra persoonlijke beschermingsmiddelen en de mondkapjesplicht in de openbare vervoersmiddelen. Ook voor hen biedt het coronatoegangsbewijs de mogelijkheid om weer zo veel mogelijk mee te doen aan het sociale leven. We bieden de specifieke groep kwetsbaren die na twee vaccinaties niet genoeg immuunrespons heeft opgebouwd, vanaf oktober een derde prik aan.

Ook de komende tijd houdt het kabinet het effect van de vaccinaties én deze versoepeling in de gaten. Daarbij wordt de nieuwe corona aanpak najaar als kompas gebruikt voor volgende besluitvorming tot versoepelingen of verzwaringen van de coronamaatregelen. Het kabinet voorziet begin november een nieuw weegmoment op basis van een advies van het OMT.

Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid, de Minister van Infrastructuur en Waterstaat, Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en Minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media.

Aanbieding regelingen en amvb

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

- Regeling van 14 september 2021, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met wijzigingen ten behoeve van het vaststellen van de veilige afstand op nul meter en van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire in verband met sportevenementen en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Sint Eustatius en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Saba in verband met technische wijzigingen ten aanzien van coronatoegangsbewijzen

De overlegging geschiedt in het kader van de wettelijk voorgeschreven nahanprocedure (artikel 58c, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid). Op grond van de aangehaalde bepaling treedt de regeling niet eerder in werking dan een week na deze overlegging. Indien de Tweede Kamer binnen die termijn besluit niet in te stemmen met deze regeling, vervalt deze van rechtswege

- Regeling van 14 september 2021, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met verlenging van de maatregelen

Ik doe hierbij een beroep op de spoedprocedure van artikel 58c, derde lid, van de Wet publieke gezondheid. De huidige maatregelen dienen nog verlengd te worden in verband met de ingangsdatum van de nieuwe maatregelen per 25 september. Naar ons oordeel kan daarom de uitgestelde inwerkingtreding van ten minste een week – die uitgangspunt dient te zijn bij de vaststelling van maatregelen op basis van hoofdstuk Va Wpg – in deze zeer dringende omstandigheden niet worden afgewacht.

- Besluit houdende wijziging van het Tijdelijk besluit veilige afstand in verband met het vaststellen van de veilige afstand op nul meter.

De overlegging geschiedt in het kader van de wettelijk voorgeschreven voorhangprocedure (artikel 58f, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid).

Aanbieding nader rapport eerste ontwerpwijzigingsamvb veilige afstand

Hierbij bied ik u het nader rapport aan op het advies van de Raad van State, gedateerd 12 augustus 2021.¹ Dit advies is uitgebracht op het besluit houdende wijziging van het Tijdelijk besluit veilige afstand in verband met het vaststellen van de veilige afstand op nul meter dat op 6 juli jl. is voorgehangen bij beide Kamers. Dat besluit is destijds voorgehangen om medio augustus, met in achtneming van het epidemiologische beeld op dat moment, te bezien of en wanneer de veilige afstandsnorm daadwerkelijk kon worden losgelaten. De regering onderschrijft de opmerkingen die de Afdeling maakt. Op het moment van het in procedure brengen van het ontwerpbesluit was de epidemiologische situatie nog niet dusdanig dat de veilige afstand gewijzigd kon worden. Derhalve kon de destijds geldende epidemiologische situatie het besluit nog onvoldoende dragen. Om die reden is besloten dat eerder voorgedragen ontwerp niet voor bekrachtiging aan te bieden.

Toepassing artikel 58s Wpg

Met deze voortgangsrapportage voldoe ik aan de maandelijksse rapportageplicht van artikel 58s Wpg. Zoals hierna bij het epidemiologisch beeld en het OMT-advies is uiteengezet, is de situatie op dit moment dusdanig dat het treffen van maatregelen op grond van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 nog steeds nodig is. Een toelichting op de maatregelen is in deze brief weergegeven.

Leeswijzer

- Onder «Zicht op en inzicht in het virus» ga ik in op: het OMT-advies inclusief het epidemiologisch beeld; de Sociaalmaatschappelijke en Economische Reflectie; de maatregelen, waaronder de coronatoegangsbewijzen, gevolgd door de corona aanpak najaar; indicatoren en signaalwaarden en de maatschappelijke en ethische gevolgen van de oplopende vaccinatiegraad (paragraaf 1 t/m 6); het EU Digitaal Corona Certificaat, de digitale ondersteuning, reizen, quarantaine, ventilatie, testen en traceren, vaccins en innovatieve behandelingen (paragraaf 7 t/m 14).
- Onder «Zorgen dat de zorg het aankan» ga ik in op: de zorg voor patiënten in de keten (paragraaf 15).
- Onder «Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid» ga ik in op: bescherming kwetsbare personen (paragraaf 16).
- Onder «Andere onderwerpen» ga ik in op: de communicatie, het Caribisch deel van het Koninkrijk, overzicht beleidsevaluaties, publicatie Wob stukken IAO en de Catshuisstukken (paragraaf 17 t/m 21).

Met deze brief voldoe ik aan:

- De toezegging aan het lid Bikker om een overzicht te geven van de beleidsevaluaties omtrent de aanpak en strategie van de afgelopen maanden;
- De toezegging aan het lid Bikker om in overleg met burgermeesters handzame scenario's klaar te hebben liggen om lokale brandhaarden te blussen

¹ No.W13.21.0221/III.

- De toezegging aan het lid Van den Berg over de reflectie op de toekomst van coronazorg;
- De toezegging aan het lid Gündogan over de zorgcapaciteit voor coronapatiënten in relatie tot de reguliere zorg;
- De motie van het lid Agema c.s. om te onderzoeken of de huidige ventilatierichtlijnen in het Bouwbesluit voor scholen, horeca, winkels, kantoren, bedrijven et cetera toereikend zijn om verspreiding van het coronavirus tegen te gaan (Kamerstuk 25 295, nr. 1352);
- De motie van het lid Paternotte c.s. om toe te gaan werken naar de instelling van een profijtbeginsel bij het testen voor toegang, uitgaande van een eigen bijdrage en om hierbij een regeling te creëren voor Nederlanders die niet gevaccineerd kunnen worden, en ook af te zien van deze eigen bijdrage in het zeldzame geval dat testen voor toegang ongeacht vaccinatiestatus noodzakelijk wordt (Kamerstuk 25 295, nr. 1398);
- De motie van het lid Kuzu om onderzoek te doen naar de vaccinatiestatus van coronapatiënten in ziekenhuizen, zodat achterhaald kan worden wat het effect is van vaccinatie op het aantal ziekenhuisopnames (Kamerstuk 25 295, nr. 1349);
- De motie van de leden Van der Staaij en Pouw-Verweij over het bezien hoe de ontwikkeling en toepassing van kansrijke geneesmiddelen tegen COVID-19 verder bevorderd kan worden, en de Kamer hierover te informeren (Kamerstuk 25 295, nr. 1409);
- De motie van het lid Sjoerdsma c.s. om iedere Nederlander gratis de mogelijkheid te bieden om, ten behoeve van het Europees Digitaal Certificaat, zich deze zomer te laten testen met een test naar keuze (Kamerstuk 21 501-20, nr. 1668);
- De motie van de leden Bikker en Van der Staaij over de hoofddoelen van het beleid in de nieuwe fase van lagere besmettingen (Kamerstuk 25 295, nr. 1329);
- De motie van het lid Gündogan c.s. over het primaire plan tot regionale aanpak van het coronavirus te actualiseren, duidelijk te maken bij welke besmettingswaarde overgegaan zal worden tot actie, waarmee de aanpak eenduidig wordt en waardoor een vierde nationale golf kan worden voorkomen, en de Kamer hierover uiterlijk begin september te informeren (Kamerstuk 25 295, nr. 1317);
- De motie van het lid Pouw-Verweij c.s. over scenario's voor een nieuwe virusuitbraak (Kamerstuk 25 295, nr. 1319);
- De motie van het lid Wilders over per ommegaande van ventilatie een prioriteit te maken (Kamerstuk 25 295, nr. 1362);
- De motie van het lid Gündogan over in overwegingen van het kabinet adviezen van gedragswetenschappers nadrukkelijker meewegen (Kamerstuk 25 295, 1374);
- De motie van de leden Kuiken en Simons over besluitvorming over aanscherpen of versoepelen van maatregelen baseren op zowel het advies van het OMT als op een advies van gedragsdeskundigen (Kamerstuk 25 295, nr. 1367).

Zicht op en inzicht in het virus

1. OMT-advies, incl. epidemiologisch beeld

125e OMT-advies

Het OMT is 3 september jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Hieronder wordt eerst een beknopte feitelijke weergave van het advies gegeven, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt.

Het advies behelst de volgende onderwerpen:

1. Ademtest
2. Testen voor coronatoegangsbewijzen
3. Bescherming kwetsbare groepen

Op het verloop van de epidemie ga ik in bij het 126e^e OMT-advies.

Ad1) Ademtest

Het OMT heeft de prestaties van de ademtest, nu deze in de praktijk van de GGD-teststraat geëvalueerd is, beoordeeld. Op basis van de bevindingen bij implementatie in de praktijk blijkt de robuustheid van de ademtest onvoldoende en adviseert het OMT de test in de huidige vorm niet in te zetten in het kader van grootschalig testen op SARS-CoV-2, zoals bij de GGD en bij het testen voor toegang.

Ad2) Testen voor coronatoegangsbewijzen

Het OMT adviseert dat toegangstesten bij voorkeur op de dag van het evenement/de activiteit worden uitgevoerd, slechts toegang verschaffen tot een enkel(e) evenement/activiteit en een geldigheidsduur hebben van 24 uur gerekend van testafname tot aan het einde van de activiteit. Hierbij is het dan om het even of er gebruik wordt gemaakt van een NAAT-test of een antigeentest.

Ad3) Bescherming van kwetsbare groepen

Het OMT noemt in zijn advies twee groepen mensen die verhoogd kwetsbaar blijven, de zogenaamde «onvoldoende beschermde kwetsbare personen».

Het OMT geeft aan dat mensen die niet gevaccineerd zijn vanwege een medische contra-indicatie (zoals een allergie), met hun arts kunnen bespreken of het mogelijk is om zich alsnog te laten vaccineren, eventueel met extra voorzorgsmaatregelen.

Voor personen met een verhoogd risico op ernstig beloop van COVID-19, waarbij de vaccinatie door onderliggende medische conditie of afweeronderdrukkende geneesmiddelen onvoldoende werkt of die niet gevaccineerd (kunnen) worden, is het van groot belang dat hun huisgenoten gevaccineerd worden tegen COVID-19 (zogenaamde ringbescherming).

Naast de basismaatregelen kunnen onvoldoende beschermde kwetsbare personen nog aanvullende maatregelen nemen om het risico op infectie te verkleinen: drukte vermijden, contact met mensen met klachten vermijden en een gezondheidscheck uitvragen bij bezoekers.

Voor verdere risicoreductie kunnen zelftesten worden overwogen. Een zelftest voorafgaand aan een incidenteel bezoek kan de kans op besmetting tijdens het bezoek verder verkleinen. Routinematig testen van huisgenoten wordt in het algemeen niet aanbevolen.

Mantelzorgers en PGB-gefinancierde zorgverleners van buiten het huishouden wordt geadviseerd persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken bij lichamelijke verzorging van onvoldoende beschermde kwetsbare personen. Bij mantelzorgers uit het eigen huishouden zullen aanvullende beschermingsmaatregelen tijdens de lichamelijke verzorging geen evidente toegevoegde waarde hebben.

Indien onvoldoende beschermde personen met een verhoogd risico op ernstig beloop klachten ontwikkelen die bij COVID-19 kunnen passen wordt geadviseerd om zich snel te laten testen met het oog op een in de nabije toekomst mogelijke vroegbehandeling.

Het OMT adviseert om de hierboven genoemde maatregelen, mede met het oog op het risico op andere luchtweginfecties, de komende winter nog aan te houden. Na de winter 2021–2022 zal opnieuw beoordeeld moeten worden wanneer de maatregelen voor onvoldoende beschermde kwetsbare personen verantwoord kunnen worden afgeschaald.

BAO Advies

Het BAO dat 6 september heeft plaatsgevonden, vindt het advies navolgbaar. Het BAO geeft aan dat het van belang is om in het kader van het versoepelen van maatregelen aandacht te blijven houden voor de groep kwetsbare personen, inclusief de kinderen van deze groep, met een verhoogd risico op ernstig beloop van COVID-19 door een ernstig gestoorde afweer met onvoldoende immuunrespons op COVID-19-vaccinatie.

126^e OMT-advies

Het OMT is 10 september jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Het advies is opgenomen in de bijlage (advies n.a.v. 126^e OMT). Hieronder wordt eerst een feitelijke weergave van het advies gegeven, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt.

Het OMT advies bestaat uit de volgende onderwerpen:

1. Verloop van de epidemie
2. Scenario's voor het opheffen van maatregelen
3. Praktijktesten Fieldlabs
4. Mondkapjesplicht openbaar vervoer
5. Bron- en Contactonderzoek
6. Onderwijs

Ad 1) Epidemiologische situatie

In de afgelopen week (3 september – 9 september) is er weinig veranderd aan het epidemiologisch beeld. Het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen is redelijk stabiel gebleven (– 1%) in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Het aantal testen, exclusief testen voorafgaand aan een reis, bij de GGD-testlocaties was in de laatste week 24% hoger ten opzichte van de 7 dagen ervoor. Het bijbehorende percentage positieve testen in de GGD-teststraten daalde naar 9,7% gemiddeld over de afgelopen 7 kalenderdagen, in vergelijking met 11,7% in de week ervoor. Onder uitgaande reizigers voor een reiscertificaat blijft het aandeel positieve testen relatief stabiel op 0,9% bij de GGD-testlocaties en 0,6% bij de commerciële teststraten. GGD'en namen t/m 31 augustus 2021 testen voor uitgaande reizigers af, en deze voorziening is per september gestopt. Bij personen getest in het kader van testen voor toegang was het percentage positieve testen 0,2% in de afgelopen kalenderweek.

Het patroon van het aantal meldingen naar leeftijd is verschoven naar de jongere leeftijdsgroepen. Het hoogste aantal meldingen werd in de afgelopen 7 dagen gevonden in de leeftijdsgroep 10- t/m 14-jarigen, zowel qua absoluut aantal als qua aantal per 100.000 inwoners. Het aantal positieve testen varieerde van 30–67 per 100.000 in de leeftijdsgroepen vanaf 60 jaar tot 137–222 per 100.000 in de leeftijdsgroepen tussen 5 en 29 jaar.

Het aantal besmettingen in instellingen voor langdurige zorg was in augustus terug op een redelijk stabiel niveau na een verhoging in juli. Het aantal besmettingen is, hoewel stabiel, beduidend hoger dan vóór de verheffing in juli. In augustus was er op populatieniveau licht verhoogde

sterfte; deze licht verhoogde sterfte was in meerdere leeftijdsgroepen zichtbaar.

Het aantal in het ziekenhuis en op de IC opgenomen personen met COVID-19 is stabiel. Het aantal opnames in de afgelopen kalenderweek (30 augustus t/m 5 september) was 403 waarvan 94 IC-opnames (bron: NICE). Op 9 september bedroeg de ziekenhuisbezetting 443 verpleegbedden en 214 IC-bedden (bron: LCPS).

De opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg op 5 september 85,4% voor de volwassen bevolking, en 77,1% had de volledige vaccinatieserie afgerond, op basis van de landelijke registratie. Van de 12- t/m 17-jarigen had 52% minimaal één vaccinatie ontvangen en had 39% de volledige vaccinatieserie afgerond. Een recent gepubliceerde rapportage van het RIVM laat een hoge vaccineffectiviteit zien tegen zowel ziekenhuisopname (95%) als noodzaak tot IC-opname (97%).

De meest recente schatting van het reproductiegetal R_t , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 26 augustus op basis van Osiris: gemiddeld 1,02. De deltavariant is 52% besmettelijker dan de alfavariant. Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant.

Op basis van de huidige meldingen verwacht het OMT dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames in ieder geval de komende week stabiel blijft. De prognoses op een wat langere termijn laten zien dat, zelfs bij het handhaven van het huidige maatregelenpakket, het reproductiegetal in de winter door een seizoenseffect, boven de waarde van 1 uitkomt, zodat er een aanzienlijke epidemische golf mogelijk is die ook tot een toename van de ziekenhuis- en IC-opnames zal leiden. Een model waarin de beschikbare informatie over vaccinaties (CIMS, GGD-en), de effectiviteit van vaccins, en de geschatte opbouw van immuniteit door doorgemaakte infectie zijn opgenomen, laat zien dat de voorgenomen versoepeling op 25 september kan leiden tot een snellere toename van het aantal IC- en ziekenhuisopnames per dag in vergelijking met niet versoepelen.

In het advies licht het OMT toe dat er een verkenning is gedaan naar het effect van vaccineffectiviteit op de snelheid van toename na versoepelen. Hieruit blijkt dat de onzekerheid over de piekwaarde van de IC-bezetting aanzienlijk is en die zowel waarden bestrijkt die vallen binnen de beschikbare capaciteit als die uitgaan boven de beschikbare capaciteit.

Ad2) Scenario's voor het opheffen van maatregelen

Het OMT vindt het van belang aan te geven dat de COVID-19-epidemie, hoewel deze beland is in een andere fase, nog zeker niet voorbij is. Zowel op korte als op de langere termijn zijn oplevingen te verwachten die druk op de zorg kunnen gaan geven. Het OMT benadrukt dat de verwachte druk zich niet uitsluitend in de zorginstellingen zal voordoen, maar ook daarbuiten, met gevolgen voor de hele zorgketen, van huisarts tot IC-opnames en verpleeghuiszorg.

De druk in de zorg wordt nog groter als gelijktijdig andere respiratoire aandoeningen optreden (zoals influenza) die momenteel ook onder controle worden gehouden door de maatregelen tegen COVID-19. Wanneer en hoe deze oplevingen verlopen, is lastig te voorspellen, maar het is belangrijk om hiermee rekening te houden, en erop te anticiperen. Landelijke maatregelen kunnen in een dergelijk geval nodig zijn om de situatie weer onder controle te krijgen.

Het OMT benadrukt dat een zo hoog en homogeen mogelijke vaccinatiegraad nodig zal zijn om de versnelling van de verspreiding van het virus, als gevolg van versoepelingen, te beteugelen. Alleen met een hoge vaccinatiegraad in alle groepen van de bevolking kunnen maatregelen losgelaten worden zonder dat de toegang tot de zorg belast wordt, de reguliere zorg zonder uitstel mogelijk is en blijft, en bovenal ook, de kwetsbaren in de samenleving de best mogelijke bescherming geboden wordt. Het OMT zou graag zien dat een vaccinatiegraad wordt nagestreefd die ten minste vergelijkbaar is met die van vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma (rond 95%). Het verhogen van de vaccinatiegraad in subgroepen waarin de vaccinatiegraad achterblijft, waaronder jongeren van 12–18 jaar, heeft de hoogste prioriteit om het virus onder controle te krijgen en de kwetsbaren te beschermen, en versoepelingen in alle sectoren te kunnen adviseren zonder zorg voor opevingen.

Het OMT geeft aan dat voor het vormgeven van een volgende stap in het loslaten van maatregelen, een aantal scenario's mogelijk zijn, waarbij rekening moet worden gehouden met de hoofddoelen van het beleid. Uitgangspunt voor alle scenario's is dat de basismaatregelen m.b.t. de bron, collectieve maatregelen m.b.t. hygiëne en ventilatie, en de huidige aanvullende adviezen voor reizigers worden gehandhaafd.

Het OMT merkt op dat het een kritisch moment van de pandemie is ten aanzien van versoepelingen, omdat de vaccinatiegraad op populatieniveau achterblijft bij de minimaal benodigde vaccinatiegraad om alle maatregelen te laten vallen, zonder dat dit leidt tot opevingen of een epidemische verheffing in de winter. Modellering maakt duidelijk dat schakelingen van kleine uitbraken onder geclusterde niet-immune personen kan leiden tot een snelle toename van COVID-19 gevallen. In dat kader heeft het OMT enkele scenario's beschouwd, waaruit een beleidskeuze kan worden gemaakt. Deze drie scenario's staan beschreven in het advies.

De scenario's verschillen ten aanzien van de risico's voor opeving van de epidemie. Scenario's 1 en 2 zijn de meest veilige keuzes, maar bij deze twee scenario's resteren aanzienlijke beperkingen. Scenario 3 biedt minder zekerheden en kan tot een aanzienlijke opeving van het virus leiden in de komende winter. Alleen door een brede inzet van het coronatoegangsbewijs (CTB) in risicovolle settings, kan dit risico naar verwachting worden beperkt. Bij een keuze voor dit scenario moet er wel rekening gehouden worden met teruggedraaien van versoepelingen (al dan niet regionaal en/of in specifieke gemeentes) als de druk op de zorg toeneemt en te hoog dreigt te worden.

Het OMT heeft in de huidige fase van de epidemie de voorkeur voor scenario 3 waarbij de 1,5 meter-afstandsnorm als verplichte maatregel wordt opgeheven, maar als advies blijft voor individuele bescherming en als handelingsperspectief voor bijvoorbeeld kwetsbaren, en waarbij een brede inzet is van het CTB in risicovolle settings waarbij personen dicht op elkaar verblijven.

Daarnaast adviseert het OMT, ongeacht voor welk scenario wordt gekozen, om de versoepelingen niet in alle settings op hetzelfde moment door te voeren, maar stapsgewijs. Dit maakt tussentijdse evaluatie van de maatregelen en beoordeling van de gevolgen van versoepelingen mogelijk. Versoepelingen in de settings met het hoogste risico, zoals discotheken, nachthoreca, dance festivals binnen en meerdaagse of zeer massale evenementen, dienen dan nog ten minste een aantal weken uitgesteld te worden in afwachting van het verdere verloop van de epidemie.

Ook adviseert het OMT het thuiswerken voorlopig te handhaven waar mogelijk.

Het CTB levert een belangrijke bijdrage aan het reduceren van het risico op besmetting tijdens evenementen. Het CTB kan de kans dat een besmette persoon aanwezig is op een evenement echter niet helemaal wegnemen. Uit berekeningen blijkt dat de kans dat iemand besmettelijk virus bij zich draagt en daarmee potentieel besmettelijk is voor anderen, ook na een negatieve antigeensneltest nog altijd circa tweemaal zo groot is als de kans dat een volledig gevaccineerd persoon het virus draagt.

Het OMT wil daarnaast benadrukken dat een goed werkend systeem rond het CTB en goede toegangscontroles en handhaving belangrijk zijn. Ook wil het OMT wijzen op de mogelijkheid om in een volgende versoepelingsstap een verzaamd CTB in te zetten in bepaalde situaties of settings. Bij het verzwaren van de CTB kan worden gedacht aan bijvoorbeeld een kortere geldigheidsduur van de antigeentest, alleen toegang na een NAAT-test (PCR), testen van alle deelnemers onafhankelijk van hun immuun- of vaccinatiestatus, of het alleen toegang geven aan personen die immuun zijn op basis van vaccinatie of doorgemaakte infectie. Dit laatste zogenaamde «2G»-beleid wordt in de nachthoreca in Berlijn toegepast. Het OMT realiseert zich dat de keuze voor een dergelijk toegangsbeleid een complexe afweging is waarbij ook vele andere maatschappelijke afwegingen meespelen.

Ten slotte, zal het OMT verkennen of het bepalen van antistoffen voor het aantonen van een doorgemaakte infectie nog een aanvullende bijdrage aan het CTB zou kunnen leveren.

Ad3) Praktijktesten fieldlabs

Het OMT adviseert om, in de huidige fase van de epidemie, opening van nachthoreca, disco's, grote dance festivals binnen, en meerdaagse evenementen vooralsnog niet toe te staan. Het OMT adviseert om voor andere evenementen de bezettingsgraad te beperken tot 75% van de (vergunde) capaciteit, indien binnen zonder placering, maar met toepassing van het CTB. Geplaceerde evenementen (concertzaal, bioscoop, en dergelijke) kunnen binnen op 100% uitgevoerd worden. Buitenevenementen kunnen met toepassing van CTB op volle capaciteit uitgevoerd worden. Speciale aandacht geldt de ventilatie, die moet voldoen aan de norm (voor evenementen in een binnenruimte geldt minimaal een luchtverversing van 24m³/uur/per persoon, zie de eerdere adviezen (OMT 121 en OMT 115)).

Het OMT adviseert daarnaast het volgende in acht te nemen voor alle typen evenementen:

- Toegangstesten hebben en geldigheidsduur van 24 uur gerekend van testafname tot aan het einde van de activiteit, ongeacht of er gebruik wordt gemaakt van een NAAT-test of een antigeentest, en verschaffen toegang tot één enkel(e) evenement/activiteit (OMT-advies 125). De eerdere adviezen over hoe om te gaan met het controleren van de CTB blijven gelden. De praktische uitvoering van testen voor toegang laat vaak nog te wensen over, bijvoorbeeld dat de check aan de poort nog niet goed ingevoerd is.
- Omdat niet uitgesloten kan worden dat mensen die negatief getest zijn, gevaccineerd zijn of ooit corona hebben doorgemaakt, alsnog besmettelijk kunnen zijn voor anderen, ook al hebben ze zelf geen klachten (zie boven), is er een beperking in de waarde van het CTB als mitigerende maatregel bij het loslaten van de 1,5 meter.

- Bij grote evenementen waarbij het OMT een beperking in de bezettingsgraad tot 75% en gebruik van CTB adviseert, is het belangrijk dat de deelnemers worden verspreid over de volledige evenementlocatie.
- Het aanhouden van de huidige hygiënemaatregelen, naast de standaard hygiëneadviezen in de hygiënerichtlijn Evenementen.
- De CoronaMelder-app en de gezondheidscheck onder de aandacht te brengen bij bezoekers, medewerkers en deelnemers.
- Het voorkomen van grote opstoppingen tijdens toegang, gebruik van sanitair en horeca op het evenemententerrein, b.v. door toepassing van tijdvakken.

Ad 4) Mondkapjesplicht openbaar vervoer

Het OMT adviseert de mondkapjesplicht in het openbaar vervoer te handhaven voor alle reizigers om verspreiding van het virus in deze setting te verminderen. Omdat er nog steeds een aanzienlijke circulatie is van het SARS-CoV-2-virus, is reizen in het openbaar vervoer, waarbij de 1,5 meter niet kan worden gehouden, een risico voor kwetsbare personen, naast uiteraard voor niet-gevaccineerde personen. Het OMT adviseert daarnaast aan kwetsbare personen om medische mondneusmaskers te dragen die de drager extra bescherming bieden.

In het groepsvervoer voor ouderen en verstandelijk gehandicapten adviseert het OMT om ook standaard medische mondneusmaskers te gebruiken voor alle passagiers en de chauffeur, waarbij een uitzondering gemaakt kan worden voor passagiers die niet in staat zijn een mondneusmasker te dragen. Er kan op deze manier wel worden overgegaan op een volledige bezetting van alle zitplaatsen in het groepsvervoer.

Ad 5) Bron- en Contactonderzoek (BCO)

Het OMT heeft eerder geadviseerd dat, met een stijgende immuniteit tegen SARS-CoV-2, het «BCO op maat» kan worden uitgevoerd, waarbij de GGD met iedere index in ieder geval eenmalig (telefonisch) contact heeft. Dit gesprek is van belang voor het brononderzoek, het verzamelen van surveillancedata, en het starten van contactonderzoek. Afhankelijk van een risico-inschatting door de GGD, wordt vervolgens «op maat» besloten of er een standaard BCO wordt uitgevoerd, waarbij de index zelf zijn contacten informeert, of een uitgebreid BCO waarbij de GGD de contacten van de besmettelijke index informeert. Dit geeft de GGD meer ruimte om in situaties daar waar dat voor de bestrijding van het virus nodig is, extra in te zetten en uitgebreider (uitbraak)onderzoek te doen.

Gezien de huidige vaccinatiegraad en immuniteit, is het OMT van mening dat het BCO op maat op korte termijn kan worden ingevoerd. Het OMT adviseert om het BCO op maat in te voeren zodra de uitvoerende partijen daar klaar voor zijn. Implementatie hiervan dient verder afgestemd te worden tussen RIVM en GGD GHOR Nederland.

Ad 6) Onderwijs

Het OMT onderschrijft het belang van het onderwijs voor het cognitieve, emotionele en sociale welzijn van kinderen, adolescenten en jongvolwassenen. Het heeft daarom de hoogste prioriteit om onderwijsactiviteiten door te laten gaan zonder restricties. Het OMT herhaalt het advies om het voortgezet onderwijs, beroepsonderwijs en universitair onderwijs te openen als er twee weken verstreken zijn nadat de vaccinaties aan iedereen die dat wil gegeven zijn, concreet per 20 september. Dit advies houdt in dat *binnen onderwijsinstellingen* dan alle restricties wegvallen. Dit betekent dat het niet nodig is om een maximum te stellen aan de groepsgrootte tot 75.

Het OMT herhaalt ook dat BCO-adviezen voor de nauwe contacten in de kinderopvang en het PO kunnen worden versoepeld, en vindt het niet meer proportioneel dat bij een enkele besmetting in een groep of klas in de kinderopvang of het PO, de hele groep of klas een quarantaine- en testadvies krijgt. Bij uitbraken met meerdere besmettingen in een groep, kan de GGD nog wel aanvullende adviezen geven, waaronder indien nodig een quarantaineadvies voor de hele groep of klas.

Het blijft wel van belang om leerlingen en hun ouders te informeren over de besmetting in de groep of klas, zodat in bijzondere omstandigheden, zoals een kwetsbare huisgenoot met een verhoogd risico op ernstig beloop, maatwerk kan worden geleverd in samenspraak met de GGD en eventueel de behandelaar van de huisgenoot. Voor het voortgezet onderwijs is het niet nodig om het BCO aan te passen, omdat hier niet standaard de hele klas een quarantaine-advies krijgt.

Op termijn zou kunnen worden overwogen om aan kinderen jonger dan 13 jaar in het algemeen geen quarantaineadvies meer te geven als zij een nauw contact zijn van een besmettelijke index. Het OMT komt hier in een volgend advies op terug.

Ten aanzien van het preventief zelftesten, heeft het OMT kennis genomen van de modelleringsstudie van het UMCU. Omdat de vaccinatiegraad onder de 12–17-jarigen nu nog slechts rond de 40% is (dat is lager waarmee in de studie gemodelleerd is), de infectiedruk niet gedaald is de afgelopen weken, de piek in de infecties in het VO nog moet komen, en er nu verdere versoepelingen in het onderwijs plaatsvinden, adviseert het OMT om vooralsnog door te gaan met het aanbieden van preventieve zelftesten aan diegene die nog niet als immuun kunnen worden beschouwd. Dit laatste geldt ook voor het hoger onderwijs en universiteiten.

BAO-advies

Het BAO dat 13 september heeft plaatsgevonden, vindt het advies navolgbaar en geeft aan dat solidariteit met kwetsbaren van belang is als de 1,5 meter wordt afgeschaft. Het BAO herkent het belang dat de druk op de hele zorgketen, niet alleen ziekenhuizen en IC's, wordt meegenomen in de afweging. Het BAO vindt het de moeite waard om het door het OMT genoemde 2G-beleid te verkennen middels een proef. Het BAO vraagt tenslotte aandacht voor de problemen die de bestuurlijke partners voorzien ten aanzien van de handhaving van de controle die de eigenaar/organisator uit moet voeren op het gebruik van het CTB.

2. Sociaal Maatschappelijke Reflectie en maatschappelijk beeld en uitvoeringstoets

Voor de besluitvorming van 14 september 2021 is er, naast het epidemiologisch beeld en OMT-advies, opnieuw rekening gehouden met het maatschappelijk beeld volgens de inzichten en reflecties van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en de Ministeries van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (de «Trojka») en met uitvoeringstoetsen op de maatregelen door andere departementen, de gedragsunit van het RIVM, de Nationale Politie, de veiligheidsregio's, de inspecties en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Voor deze beelden, reflecties en uitvoeringstoets verwijs ik uw Kamer naar de gepubliceerde Catshuisstukken van 12 september 2021. Ook de reflecties op het maatregelenpakket van het SCP en het RIVM treft uw

Kamer aan in de bijlagen. Hiermee voldoe ik aan de moties van de leden Kuiken en Simons² en de motie van het lid Gündogan.³

Maatschappelijk beeld en reflectie SCP

Het SCP geeft aan dat enkele sectoren, waaronder de culturele sector, de horeca en evenementenbranche hard zijn geraakt door de crisis en bijbehorende maatregelen. De vrijetijdsbesteding die deze gelegenheden bieden, zijn voor veel mensen belangrijke activiteiten die bijdragen aan ontspanning, ontspanning, plezier en ontmoeting.

Het loslaten van de 1,5 meter, de placering en bezoekersnormen zullen volgens het SCP naar verwachting positieve gevolgen hebben voor het welzijn van burgers en voor de sectoren die voornamelijk met beperkingen worden geconfronteerd. Zij refereren hierbij naar het onderzoek van RIVM-gedragsunit dat laat zien dat afstand houden van anderen in de praktijk niet altijd kan worden gerealiseerd. Zes op de tien deelnemers van het onderzoek zegt dat het lukt om voldoende afstand te houden, vier op de tien lukt dat dus niet.

Er is ook een groep mensen met een kwetsbare gezondheid voor wie vaccinatie niet mogelijk is of onvoldoende beschermend werkt en die soms tot zelfisolatie overgaan. Voor hen kan het loslaten van de 1,5m als toenemend gezondheidsrisico worden gezien en zelfisolatie toenemen waardoor zij verder verwijderd raken van deelname aan de samenleving. Het SCP adviseert rekening te houden met deze groep mensen. Het SCP benadrukt dat er een overlap is in kenmerken van de groepen die kwetsbaar zijn gebleken voor sociaaleconomische gevolgen van de crisis en de groepen met een lage bereidheid voor vaccinatie en die dus een negatieve test nodig hebben voor een coronatoegangsbewijs. Mogelijk risico is dat deze groep zich (verder) benadeeld gaat voelen, dat onvrede toeneemt en de tegenstelling tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden wordt verscherpt. Het is te verwachten dat de mensen die het hardst zijn geraakt door de crisis in de afgelopen anderhalve jaar, hiervan in het najaar nog niet of onvoldoende zijn hersteld. Verdere negatieve gevolgen en ervaringen komen daar dus bovenop en kunnen ook invloed hebben op het draagvlak voor beleid vanuit deze groep.

Heldere en transparante communicatie en toegankelijke informatievoorziening is belangrijk voor draagvlak in de samenleving, vertrouwen in instituties en het bereiken van zowel kwetsbare groepen als de mensen die niet gevaccineerd zijn. Het loslaten van de 1,5m afstandsregel en tegelijkertijd een dringende oproep tot vaccinatie vanwege de mogelijke risico's voor de volksgezondheid en de beschikbare zorg kan tegenstrijdig aanvoelen. Het SCP beveelt aan dat in de communicatie voldoende aandacht moet worden besteed aan de betekenis van de gedeelde (en eigen) verantwoordelijkheid van mensen voor hun gezondheid en die van anderen. Zonder dat is het loslaten van de 1,5 meter lastig uitlegbaar.

Deze meer fundamentele boodschap over het communiceren over de gedeelde verantwoordelijkheid van de hele samenleving wordt volgens het SCP ook bevestigd door onderzoek van de RIVM-gedragsunit, waarin naar voren komt dat het voor ongeveer de helft van de mensen onlogisch of moeilijk te begrijpen valt waarom sommige gedragsregels in de ene situatie wel gelden en in de andere niet. Ook het vertrouwen in de Nederlandse aanpak is sterk gedaald. Het is belangrijk zicht te houden op

² Kamerstuk 25 295, nr. 1367.

³ Kamerstuk 25 295, nr. 1374.

draagvlak in de samenleving voor verschillende (mogelijke) maatregelen, en de sociale impact van de crisis op dat draagvlak. Uit onderzoek van het SCP blijkt dat het coronabeleid niet de enige verklarende factor is voor afnemend vertrouwen in de politiek en draagvlak voor beleid. Al voor de zomer constateerde het SCP dat ook de nasleep van de Toeslagenaffaire, discussies over de Nederlandse bestuurscultuur na de verkiezing van de nieuwe Tweede Kamer en opvattingen over het trage formatieproces daarvoor zwaarwegende verklaringen zijn. De uitlegbaarheid van besluitvorming, en in dit geval het continueren dan wel loslaten van de 1,5 meter en de inzet van coronatoe-gangsbewijzen, is van groot belang voor zowel het draagvlak voor beleid als het politieke vertrouwen in de samenleving. Tot slot adviseert het SCP om de zeggenschap en verantwoordelijkheid over het leven weer meer te verleggen richting de samenleving en zo de balans terug te brengen in de rolverdeling tussen overheid, bedrijven en burgers. Het SCP benadrukt dat veel burgers en bedrijven hebben laten zien dat zij bereidwillig en daadkrachtig zijn om oplossingen te bedenken en te organiseren voor maatschappelijke problemen. Volgens het SCP moet vertrouwen gegeven worden dat zij kunnen bijdragen aan het open houden en herstellen van onze samenleving.

Sociaal-maatschappelijke en economische reflectie Trojka

Volgens de sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de ministeries van SZW, EZK en FIN («Trojka») is het opzetten van een breed CTB-beleid een kans om de samenleving te openen. Tegelijkertijd geven zij aan dat dit ook een ingrijpende maatregel is, die kosten met zich meebrengt. In de communicatie rondom het CTB-beleid is dat daarom van belang te benadrukken dat (i) de inzet van CTB niet langer wordt voortgezet dan epidemiologisch noodzakelijk is en (ii) het CTB-beleid juist de mogelijkheid biedt om de samenleving verder te openen.

De Trojka benadrukt dat er aanzienlijke baten van het loslaten van de 1,5 meternorm zijn. Wel is het vanuit SME-perspectief wenselijk om rekening te houden met de uiteenlopende wensen van burgers op dit punt. Daarom adviseren zij om in de communicatie aandacht te besteden aan diegene die volledige heropening spannend vinden.

Daarnaast geeft de Trojka aan dat vanuit SME-perspectief er veel aan gelegen is om ook andere beperkende maatregelen los te laten wanneer de epidemiologische situatie dat toelaat. In het bijzonder maatregelen die jongvolwassenen treffen, zoals het maximum van 75 personen in het onderwijs en de beperkingen voor de nachthoreca en evenementen. Nu anderhalf jaar solidariteit van hen is gevraagd, zou het volgens de Trojka wrang zijn dat juist op plekken die voor hen van belang zijn als laatste nog beperkingen gelden. Vanuit SME-perspectief is het daarom zeer wenselijk om ook de nachthoreca zo snel als mogelijk te openen met een CTB-regime. Naast de economische belangen vervult de nachthoreca een sociale functie in het leven om mensen te ontmoeten en vrije tijd te besteden, met name voor jongeren, waarvan de mentale gezondheid is verslechterd, is dit belangrijk.

Tot slot brengen zij naar voren dat een brede opzet van het CTB-beleid ingrijpend is en significante kosten met zich meebrengt. Dit kan tot economische fricties leiden. Deze kosten wegen op tegen de baten van een open samenleving, tegelijk is tijdelijkheid van deze maatregel van groot belang. Zij geven daarbij aan dat dit systeem ook extra kosten voor ondernemers met zich meebrengt. Hierbij kan gedacht worden aan extra kosten in verband met het inzetten van extra personeel of omzetverlies doordat consumenten/bezoekers wegblijven. Wel is aannemelijk dat de

economische kosten van CTB-beleid kleiner zijn dan die van de huidige 1,5 meter-norm. Uit ervaringen van andere EU-lidstaten volgt dat CTB-beleid ook een stimulans kan zijn voor mensen om zich te laten vaccineren. Door een verhoogde vaccinatiegraad wordt het risico op SME-schade als gevolg van nieuwe contactbeperkende maatregelen of door uitstel van de reguliere zorg beperkt. Vanuit SME-perspectief is een oplopende vaccinatiegraad een wenselijk effect.

3. Maatregelen

Zoals aangegeven heeft het kabinet vandaag op basis van het meest recente OMT advies besloten om de AMvB die de veilige afstandsnorm op nihil stelt voor te hangen bij de Staten-Generaal. Dit acht het kabinet verantwoord vanwege onder andere de hoge vaccinatiegraad en het feit dat de ziekenhuisopnames stabiel zijn. Dit is een grote stap. Het betekent dat in de horeca de zitplaatsverplichting op anderhalve meter vervalt en dat er meer mensen tegelijkertijd in een café of restaurant kunnen zijn. Het betekent dat theaters, bioscopen en concertzalen de zalen weer op 100 procent kunnen vullen. Het betekent dat festivals, sportwedstrijden en andere evenementen buiten weer op volle capaciteit georganiseerd kunnen worden, net als alle evenementen binnen waar mensen een vaste zitplaats hebben. En ook dat doorstroomlocaties als musea en monumenten weer zonder aanvullende maatregelen kunnen worden bezocht.

Het kabinet is in het licht van het OMT advies van mening dat deze stap alleen verantwoord is wanneer daar waar veel mensen dicht op elkaar zijn, en volgens de Tijdelijke wet Coronatoegangsbewijzen mogelijk zijn, een Coronatoegangsbewijs gevraagd wordt. In het OV in de voertuigen, ander bedrijfsmatig personenvervoer en op luchthavens achter de security zal de mondkapjesplicht blijven gelden. Voor de nachthoreca geldt dat deze op dit moment nog niet open kan en dus om 0.00u sluit. Tot slot blijven vanzelfsprekend de overige basismaatregelen van kracht. Dit komt overeen met het OMT advies om stapsgewijs te versoepelen. Onderstaand wordt ingegaan op het systeem van CTB, de situatie ten aanzien van de nachthoreca en worden de overige maatregelen toegelicht. Een heroverwegingsmoment ten aanzien van de vanaf 25 september 2021 nog geldende maatregelen is voorzien op 5 november 2021.

Na afloop van de voorhangperiode bij de Staten-Generaal zal de Raad van State haar advies uitbrengen zodat de AMvB en de ministeriele regeling op vrijdag 24 september gepubliceerd kan worden en de maatregelen op zaterdag 25 september 2021 in kunnen gaan. Om de periode tot 25 september 2021 te overbruggen zal het huidige maatregelenpakket verlengd worden middels de heden aan uw Kamer aangeboden ministeriële regeling tot en met 24 september 2021.

Veiligeafstandsnorm van 1,5m wordt advies «geef elkaar de ruimte»

Het kabinet heeft de procedure om de AMvB waarin de veiligeafstandsnorm op nihil wordt gesteld in gang gezet en is voornemens deze afstandmaatregel per 25 september 2021 af te schaffen. Hier voor in de plaats komt een dringend advies om elkaar de ruimte te geven: «*Geef elkaar de ruimte. 1,5 meter blijft een veilige afstand*».

De aan de veiligeafstandsnorm gerelateerde maatregelen vervallen

Wanneer op 25 september 2021 de veilige afstandsnorm wordt afgeschaft zullen ook een aantal hieraan gerelateerde maatregelen vervallen. Dit geldt voor de algemene voorwaarden voor openstelling van locaties, zoals

het scheiden van stromen van publiek, de registratieplicht en de gezondheidscheck voor plekken waar geen gebruik gemaakt wordt van CTB. Ook komen de bezoekersnormen in zowel geplacéeerde- als doorstroomsetting voor locaties (zoals monumenten en musea) en evenementen te vervallen. De registratieverplichting en gezondheidscheck vervalt voor sportbeoefening, kunst- en cultuurbeoefening en bij contactberoepen. Het binnenlands reisadvies en het advies om feesten klein en op anderhalve meter te houden vervalt.

Brede inzet coronatoegangsbewijzen

Het kabinet heeft er voor gekozen om per 25 september 2021 gebruik te maken van de wettelijke mogelijkheid om coronatoegangsbewijzen breder in te zetten. Hiermee wordt het voor iedereen vereist om een coronatoegangsbewijs te tonen in de horeca, bij evenementen, voor publiek bij professionele sportwedstrijden in de Eredivisie en topsportcompetities en bij vertoning van professionele kunst en cultuur. Het kabinet hecht er aan te benadrukken dat CTB's niet gebruikt kunnen worden in religieuze instellingen. De verplichting om coronatoegangsbewijzen te gebruiken geldt voor alle bezoekers vanaf 13 jaar. Vanaf 14 jaar dient bij gebruik van een coronatoegangsbewijs ook de identiteit gecontroleerd te worden.

In de sectoren waar de verplichting gaat gelden is dit van toepassing in geplacéeerde en ongeplacéeerde setting en op de gehele locatie. Er geldt geen minimale groepsgrootte als drempelwaarde voor inzet en het kabinet kiest voor een «gesloten, tenzij inzet coronatoegangsbewijzen». Wanneer bij een CTB gebruik gemaakt wordt van een test dan dient deze maximaal 24u voor aanvang van toegang te zijn afgenomen. Het kabinet acht introductie van dit systeem noodzakelijk omdat alleen met een brede inzet van het CTB in risicovolle settings waarbij personen dicht op elkaar komen het risico voor opleving beperkt wordt.

Het kabinet heeft er vertrouwen in dat de brede inzet van coronatoegangsbewijzen ervoor zal zorgen dat de risico's op toenemende besmettingsaantallen met het versoepelen van de maatregelen effectief kunnen worden verminderd. Dit betekent niet dat er geen risico's op besmettingen meer zullen zijn, ook niet op plaatsen waar de plicht geldt om met coronatoegangsbewijzen te werken, maar dat de negatieve gevolgen van het versoepelen voldoende geremd kunnen worden om de kwetsbaren in de samenleving te beschermen en de druk op de ziekenhuizen maximaal te controleren. Dit vertrouwen komt voort uit een relatief hoge vaccinatiegraad en de verbeteringen die zijn doorgevoerd in het systeem van coronatoegangsbewijzen sinds de zomer. Voor het verbeterplan CTB's en de stappen die naar aanleiding hiervan gezet zijn verwijs ik naar paragraaf 12 van deze brief.

Toepassing CTB in de horeca

In de horeca wordt een CTB verplicht in eet- en drinkgelegenheden en casino's. Voor eet- en drinkgelegenheden geldt dit ook als zij onderdeel zijn van andere locaties zoals een koffiebar in een boekenwinkel, sportkantine en een restaurant in een hotel. Binnen de horeca maakt het kabinet een aantal uitzonderingen op de eis voor een CTB. Deze uitzondering geldt voor eet- en drinkgelegenheden in uitvaartcentra en vergelijkbare locaties waar een uitvaartplechtigheid plaatsvindt, op luchthavens na de securitycheck, in zorglocaties, op locaties voor zover dit gaat om georganiseerde dagbesteding voor kwetsbare groepen, voor verzorgingsplaatsen en tankstations die behoren tot het hoofdwegennet, internationale treinen en voor evenemententerreinen (want al voor evenement zelf vereist). Ook is er geen CTB vereist wanneer uitsluitend

sprake is van een afhaalfunctie bij eet- en drinkgelegenheden en voor hotels, campings en vakantieparken, daar waar het gaat om logies.

Toepassing CTB bij evenementen

Een CTB wordt verplicht bij zowel geplacéeerde en ongeplacéeerde evenementen binnen en buiten. Dat geldt ook voor de reguliere exploitatie van instellingen (zoals zalenhuur en congressentra) en bruiloftsplechtigheid en bruiloftsfeest op een publieke plaats. Uitgezonderd hiervan zijn uitvaarten, warenmarkten, doorstroom evenementen, en de reguliere exploitatie van bibliotheken en buurt- en wijkcentra.

Aanvullende maatregelen in de horeca en bij vergelijkbare evenementen

Met het oog op het opnieuw in het OMT advies genoemde verhoogde risico in de nachthoreca en in met de nachthoreca vergelijkbare evenementen heeft het kabinet geconcludeerd dat in deze sector een aantal aanvullende maatregelen noodzakelijk blijven. Daarom is het nodig om de horeca ook vanaf 25 september tussen 0.00u en 06.00u gesloten te houden. Dit geldt ook voor alle ongeplacéeerde evenementen binnen. De noodzaak tot deze maatregelen wordt vergroot door de conclusie dat de gemiddelde vaccinatiegraad onder jongeren, de doelgroep van veel nachthoreca en massale evenementen, helaas nog aanzienlijk lager dan gewenst is en dan de gemiddelde vaccinatiegraad onder volwassenen in Nederland. Vanaf 25 september vervalt in de horeca en bij ongeplacéeerde evenementen het entertainmentverbod. Bij ongeplacéeerde evenementen binnen mag, in lijn met het OMT advies, maximaal 75% van de capaciteit benut worden. Dit regime geldt in ieder geval tot een volgende besluitvorming naar aanleiding van een OMT-advies. Het kabinet heeft de toezegging gedaan om de nachthoreca financieel tegemoet te komen wanneer ze na 1 oktober nog gesloten zou zijn. Daarom werkt het kabinet aan een TVL-achtige regeling voor de nachthoreca voor de relevante periode in het vierde kwartaal. Door de capaciteitsbeperking van 75% voor ongeplacéeerde evenementen die binnen plaatsvinden worden bepaalde (culturele) activiteiten zoals concerten nog getroffen. Het kabinet reserveert vijftien miljoen euro voor een suppletie-regeling voor de ongeplacéeerde evenementen die binnen plaatsvinden als tegemoetkoming. Over de uitwerking van deze steunmaatregelen wordt uw Kamer zo snel mogelijk geïnformeerd.

Toepassing CTB bij sport en in de kunst- en cultuursector

Een CTB is verplicht voor publiek bij professionele sportwedstrijden en topcompetities. Vanaf 25 september 2021 geldt dat de locatie weer het reguliere aantal toeschouwers mag toelaten. Een CTB is niet nodig voor sportbeoefening en voor publiek bij amateurwedstrijden. Een CTB is voorts verplicht om een vertoning van kunst en cultuur in bijvoorbeeld een bioscoop, theater, concertzaal of poppodium bij te wonen. Voor kunst- en cultuurbeoefening is geen CTB vereist.

Handhaving en controle van CTB

Voor de handhaving van de Coronatoegangsbewijzen (CTB) geldt dat ondernemers geacht worden te toetsen of bezoekers een geldig CTB hebben dat correspondeert met hun legitimatie. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het toezicht de ondernemers en de handhaving daarvan. Bij niet-naleving van de controleplicht door de ondernemer kunnen de gemeenten tot daadwerkelijk ingrijpen, bijvoorbeeld een last onder dwangsom of sluiting van de onderneming, over gaan. In geval van excessen kunnen de BOA's en de politie optreden. Voor een extra

ondersteuning van het toezicht en de handhaving op het CTB door de gemeenten, stelt het kabinet financiële middelen beschikbaar. Dit geldt tevens voor de inzet van supportteams vanuit gemeenten om ondernemers te ondersteunen.

Maximale groepsgrootte, mondkapjes en BCO in het onderwijs

Op onderwijsinstellingen van het mbo, hbo en wetenschappelijk onderwijs (wo) geldt op dit moment nog een maximale groepsgrootte van 75 personen per ruimte. Dit geldt zoals bekend vanaf 18 september 2021 niet meer voor toetsing en examinering. Gezien het belang van het onderwijs voor het cognitieve, emotionele en sociale welzijn van kinderen, adolescenten en jongvolwassenen wordt vanaf 25 september 2021 de maximale groepsgrootte van 75 voor alle onderwijsactiviteiten in het mbo en hoger onderwijs (ho) losgelaten. Daarnaast vervalt de mondkapjesplicht bij verplaatsing in het voortgezet onderwijs (vo) en hoeft in het onderwijs geen 1,5 meter afstand bewaard te worden. Ook de mondkapjesplicht vervalt in het onderwijs. De inzet van zelftesten wordt vooralsnog voortgezet tot aan in elk geval de herfstvakantie: personeel in het primair onderwijs (po) en personeel, leerlingen en studenten in vo, mbo en ho die als niet-immuun worden beschouwd wordt geadviseerd om tweemaal per week preventief een zelftest te gebruiken. Ook de basisregels ten aanzien van hygiëne en gezondheid blijven van kracht, evenals de afspraak om zorg te blijven dragen voor goede ventilatie. Daarnaast zullen de BCO-adviezen voor de nauwe contacten in de kinderopvang en het primair onderwijs versoepeld worden. Daarmee is het per 20 september 2021 niet langer nodig om bij een enkele besmetting in een groep of klas in de kinderopvang of het po de hele groep of klas in quarantaine te plaatsen en te laten testen.

Mondkapjesplicht in het OV en op luchthavens

Het kabinet kiest er voor de mondkapjesplicht in het openbaar vervoer en in ander bedrijfsmatig personenvervoer op dit moment te handhaven in lijn met het OMT advies. Wel kiest het kabinet er voor om vanaf 25 september 2021 de mondkapjesplicht te beperken tot de voertuigen en niet meer te laten gelden in de stations, op perrons en bij haltes. Op de luchthavens is het dragen van een mondkapje verplicht vanaf de security. Luchthavens kunnen er hierbij voor kiezen om op basis van eigen protocollen de plicht tot het dragen van mondkapjes uit te breiden naar de rest van de luchthaven. In de vliegtuigen geldt vooralsnog de mondkapjesplicht.

Basismaatregelen en thuiswerken blijven van belang

De basismaatregelen blijven voor iedereen intact, dat wil zeggen de dringende adviezen om vaak en goed handen te wassen en geen handen te schudden, om thuis te blijven bij klachten en direct te testen en tot slot om te zorgen voor voldoende frisse lucht. Ondersteunend hieraan dienen hygiënemaatregelen op locatie als voorwaarde voor openstelling geïmplementeerd te worden.

Ook op het gebied van thuiswerken is in de huidige fase van de pandemie een stapsgewijze versoepeling van belang. Het virus staat ons nog niet toe dat we zo veel naar kantoor gaan als we willen, maar er is wel ruimte voor een versoepeling. Uitgangspunt is: «werk thuis als het kan en op kantoor als het nodig is». Werkgevers en werknemers nemen hierbij de verantwoordelijkheid om afspraken te maken over een passende verdeling tussen werk en thuis. De overheid gaat er hierbij vanuit dat werkgevers en werknemers bij het maken van deze afspraken oog hebben

voor het algemeen belang, zoals het voorkomen van piekbelasting in het OV en overvolle werkvloeren, en het welzijn van werkenden. De overheid zal daarover met hen in gesprek blijven en hen hierin ondersteunen.

4. Corona aanpak najaar

De situatie die ontstaan is in Nederland waarbij een groot deel van de mensen boven de 12 jaar is gevaccineerd leidt ertoe dat we anders met het virus om kunnen gaan. Vrijwel alle Nederlanders hebben de kans gehad om zich te laten vaccineren. Er zijn steeds minder maatregelen nodig.

Tegelijkertijd staat de zorgketen nog onder druk. Het RIVM verwacht in totaliteit nog altijd 2.200–3.400 resterende coronagerelateerde IC-opnames in Nederland⁴. Hoewel eventuele pieken in de druk op de zorg gegeven de hoge vaccinatiegraad lager zijn, is het risico reëel dat deze druk te hoog wordt als de niet beschermden in een korte periode in de ziekenhuizen en op de IC's terecht komen. Dit geldt des te meer als die opnames in het griepseizoen plaats hebben en samenvallen met piekdruk door griep. Het is dus zaak zorg te dragen voor werkbare spreiding van de verwachte ic opnames, naar gelang beschikbaarheid op de IC.

We hebben te maken met een nieuwe situatie, die gunstiger is dan die van vorig jaar door de opgebouwde immuniteit, maar naast de verwachte ziekenhuisopnames en IC-opnames ook nog veel onzekerheden kent, zoals ook het OMT aangeeft in haar 126^{ste} advies en ook de WRR en KNAW onlangs berichtten.⁵ Een uitgebreide beleidsreactie op het WRR en KNAW advies volgt later. Het verloop van de corona epidemie is tot nu toe grillig, en zal nooit exact te voorspellen zijn. Het kabinet heeft op basis van de aanwezige kennis en de opgedane ervaringen in het afgelopen jaar een herijking gedaan van de corona aanpak en een aanpak voor dit najaar opgesteld. Het heeft hierbij onder andere gebruik gemaakt van inzichten van de gedragsunit van het RIVM en de tussentijdse resultaten van het onderzoek dat RIVM met TU Delft heeft gedaan naar perspectieven van burgers en ondernemers op coronabeleid voor dit najaar⁶. Er liggen vanuit de epidemiologie twee belangrijke pijlers onder de aanpak:

- Blijven inzetten op het zo hoog mogelijk, en homogeen krijgen van de vaccinatiegraad
- Besmetting van het aantal mensen dat niet immuun is voldoende te spreiden in de tijd teneinde te hoge pieken en druk op zorg te voorkomen.

De aanpak heeft als uitgangspunt een open samenleving waarin zo min mogelijk druk is op het sociaal, maatschappelijk en economisch welzijn. Het kabinet zal dan ook – met een vinger aan de maatschappelijke pols – niet nalaten de samenleving verder te openen naar gelang de noodzaak vanuit zorgoogpunt voor maatregelen verder afneemt en naar gelang een algehele afweging van verschillende publieke belangen. Op deze wijze blijven maatregelen proportioneel in verhouding staan tot het probleem van druk op de zorg. Hiermee voldoe ik aan de moties van de leden Bikker en Van der Staaij,⁷ van het lid Gündogan c.s.⁸ en van het lid Pouw-Verweij.⁹

⁴ Technische briefing d.d. 18 augustus 2021. Deze schatting houdt rekening met aantallen mensen zonder vaccinatie, met non-response op vaccinatie en met natuurlijk doorgemaakte infectie.

⁵ WRR en KNAW advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» 2 september 2021.

⁶ Publicatie van de resultaten door het RIVM is voorzien op 16 september.

⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1329.

⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1317.

⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1319.

De aanpak bevat een drietal scenario's. Door te werken met scenario's volgen we het genoemde advies van de WRR en KNAW. Eén scenario dient als stip op de horizon om duidelijk te maken waar we naar streven en ook duidelijk te maken waarom we daar nog niet zijn (scenario endemische fase). Een ander scenario dient als aanpak op hoofdlijnen mochten we te maken krijgen met een virus variant die de opgebouwde immuniteit onder de bevolking fors doet afnemen (scenario immuniteits-doorbraak). Het laatste scenario dient om richting te geven aan de situatie waarin we ons nu bevinden; een dominante deltavariant, een vaccinatiegraad van circa 80% onder de volwassenen, de vaccins remmen de transmissie en er is een lage kans op ernstige ziekte of overlijden bij opgebouwde immuniteit. Of we te maken krijgen met oplevingen en hoe heftig deze zullen zijn hangt van een aantal factoren af:

- De mate van transmissieremming door vaccinatie;
- Hoogte en homogeniteit van de vaccinatiegraad;
- Gedrag;
- Introductie vanuit het buitenland door terugkerende reizigers;
- Seizoenseffect;
- De afname van antistoffen;
- Mutaties die zich onttrekken aan immuniteitsopbouw.

Binnen het scenario «oplevingen» zijn drie risiconiveaus vastgesteld. Deze hangen samen met de druk op de zorgketen. De gekozen indicatoren hiervoor worden in de volgende paragraaf toegelicht. De fases kenmerken zich als volgt;

- Waakzaam; er zijn nog veel besmettingen, de druk op de zorg is beperkt en neemt niet toe. De samenleving is volledig open. We monitoren het virus en blijven inzetten op vaccinatie en het gebruik van (zelf)testen. We handhaven de bron-, basismaatregelen (zonder de 1,5m maatregel) en de reisadviezen. Waar nodig kan het kabinet op basis van een OMT advies besluiten dat lokale inzet van coronatoegangsbewijzen nodig is. Er wordt een beroep op ons allen gedaan om risico's in te schatten en ons gedrag aan te passen aan de situatie om te snelle stijging van het aantal besmettingen te remmen en ruimte te geven aan de kwetsbaren in onze maatschappij;
- Zorgelijk; de besmettingen leiden tot een toenemende druk op de zorg en er liggen veel mensen in het ziekenhuis en op de IC's. In deze fase wordt bij het bereiken van de signaalwaarde voor de ziekenhuis en IC opnames de situatie nader geduid op een aantal factoren (zie ook paragraaf signaalwaarden) en wordt een besluit genomen of coronatoegangsbewijzen ingezet worden in diverse sectoren, dit is additioneel op de bron- en basismaatregelen uit het niveau waakzaam;
- Ernstig; de druk op de zorg blijft maar toenemen en stijgt door tot de signaalwaarde die is vastgesteld voor deze fase. Ook in deze fase wordt de situatie geduid en wordt besloten of en hoe er ingegrepen moet worden. Maatregelen die overwogen kunnen worden zijn collectieve maatregelen zoals bijvoorbeeld groepsgrootte, sluitingstijden, 1,5 meter veilige afstandsnorm, thuiswerkadvies. Maar ook bijvoorbeeld een bredere inzet van het coronatoegangsbewijs.

Een schematisch overzicht van de corona aanpak voor het najaar is bijgevoegd als bijlage. De nieuwe aanpak onderscheidt zich van de oude door te werken met contextfactoren. Contextfactoren zijn bijvoorbeeld immuniteit, de IC-bezetting, de hevigheid van de griepgolf en de maatschappelijke en economische context. Hierdoor is meer ruimte voor duiding van de situatie voor maatregelen getroffen worden en ook zijn de maatregelen flexibeler opgesteld aan de voorkant. Dit geeft ruimte om zo gericht mogelijk in te grijpen als dit nodig is. Met de nieuwe aanpak heeft het kabinet een kompas om dit najaar om te gaan met oplevingen. Daarnaast bestaan er al handreikingen voor de veiligheidsregio's en de

GGD'en¹⁰ om lokaal in te kunnen grijpen. In combinatie met de nieuwe aanpak voldoe ik hiermee aan de toezegging aan Kamerlid Bikker gedaan in het debat van 3 juli jl.

Beschermen van kwetsbaren in de nieuwe aanpak

Het overgaan naar een maatschappij zonder contactbeperkende maatregelen is spannend voor mensen die zich niet kunnen laten vaccineren en mensen die onvoldoende antistoffen aanmaken als gevolg van vaccinatie. Zij moeten in staat gesteld worden om zich in voldoende mate te kunnen beschermen en mee te kunnen doen aan de samenleving. Mensen moeten zich niet gedwongen voelen zichzelf te isoleren. Daarom zal enerzijds ingezet worden op acties zoals het verkrijgen van extra ondersteuning thuis, het verbreden van de groep die een

beroep kan doen op beschermingsmiddelen en het beschikbaar stellen van een derde prik. Anderzijds zal een actief beroep worden gedaan op eenieder om elkaar de ruimte te geven, op straat, in de supermarkt en thuis, om je handen te blijven wassen, je te laten testen bij klachten en een zelftest te doen voor de zekerheid, wanneer je in contact komt met mensen, bijvoorbeeld voor werk, school of een feestje en te zorgen voor frisse lucht. Kortom van iedereen, – ook van diegenen die gevaccineerd zijn – van overheid en individu zal actie worden gevraagd om de samenleving en economie zo open mogelijk te houden, niet alleen voor jezelf maar ook voor de ander.

De positie van het onderwijs in de nieuwe aanpak

Fysiek onderwijs is van groot belang voor de ontwikkeling en het welzijn van kinderen en jongeren; de schoolsluitingen in 2020 en 2021 hebben hier een grote wissel op getrokken, zo is uit verschillende onderzoeken gebleken. Bovendien zijn kinderen in kwetsbare thuissituaties in verhouding nog harder geraakt door het sluiten van de scholen en hebben grotere achterstanden opgelopen. De beperkende maatregelen in mbo en ho hebben – ondanks de grote inzet en flexibiliteit in de onderwijssectoren – enorme impact gehad op de ontwikkeling, studievoortgang en het welzijn van studenten en op de werkdruk van docenten. Het kabinet kiest er vanwege bovenstaande redenen voor om nieuwe sluitingen in het onderwijs te voorkomen en zondert het liefst het onderwijs zo veel mogelijk uit bij het nemen van nieuwe maatregelen.

Startsituatie

Op dit moment zitten we in de nieuwe aanpak volgens de gekozen signaalwaarden (die zijn op basis van een zevendaags gemiddelde) in de fase zorgelijk. De maatregelen die vandaag aangekondigd worden, passen daarbij. We gaan werken met CTB en hebben tijdelijk te maken met aanvullende maatregelen in hoog risico settings op basis van het 126^e OMT advies.

5. Indicatoren en Signaalwaarden

Voor de aanpak corona ervaringen is bekeken welke signaalwaarden het beste gebruikt kunnen worden. Het OMT heeft in augustus aangegeven dat het modelleren lastig is vanwege de vele onzekerheden. Uit eerdere schattingen van het OMT blijkt dat de circa 1,8 miljoen mensen die geen immuniteit hebben opgebouwd, naar verwachting zullen leiden tot 16.000

¹⁰ Handreiking maatregelen bij clusters en lokale verheffingen van COVID-19 | LCI richtlijnen (rivm.nl)

– 22.000 ziekenhuisopnames en tot 2200–3400 IC-opnames. Daarnaast is er een grote groep die beschermd is door vaccinatie of door een infectie te hebben doorgemaakt. Een klein deel van de mensen die gevaccineerd is, is onvoldoende beschermd bijvoorbeeld omdat zij onvoldoende immuunrespons opbouwen.¹¹ We weten niet hoe exponentieel de besmettingen, en daarmee mogelijk de IC-opnames de komende periode zullen verlopen. Dit komt onder andere doordat de vaccinatiegraad heterogeen verdeeld is over de leeftijdsgroepen en het ziekteverloop bij niet-gevaccineerden heel anders is dan bij gevaccineerden.

In de aanpak corona ervaringen is er daarom voor gekozen om alleen indicatoren die direct iets zeggen over de druk op de zorg (namelijk het 7-daagsgemiddelde van IC-opnames en ziekenhuisopnames) te gebruiken als leidende indicatoren.

Hiermee wordt bepaald of we ons in een waakzame, zorgelijke of ernstige situatie bevinden met betrekking tot de druk op de zorg. Deze signaalwaarden hebben niet het automatisme van *als, dan*. De signaalwaarden laten meerdere alarmbellen afgaan die leiden tot het nader bekijken en duiden van de situatie aan de hand van contextindicatoren, zoals de verhouding van wel/niet gevaccineerde mensen die opgenomen worden, de immuniteitsontwikkeling, de beschikbare ruimte op de IC en de druk op diverse onderdelen van de zorgketen. Vervolgens kan bepaald worden of en welk ingrijpen passend is. Het uitgangspunt hierbij is dat de zorg het aan moet blijven kunnen, waarbij de belasting van de professionals in de zorg beheersbaar is en blijft. In paragraaf 15 ga ik verder in op de toeganke-lijkheid van de zorg richting het najaar.

Bij de besluitvorming over de maatregelen wordt een weging gemaakt tussen mogelijke gezondheidseffecten als gevolg van het moeten uitstellen van (planbare) zorg aan de ene kant en sociale, maatschappelijke en economische (SME) effecten van de te nemen maatregelen aan de andere kant.

Gekozen waarden

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

Zoals genoemd zijn de twee leidende indicatoren in de aanpak «ziekenhuisopnames» en «IC-opnames». Het 7-daags gemiddelde van het aantal IC-opnames is gebaseerd op de belastbaarheid van de IC-capaciteit. Het 7-daags gemiddelde van het aantal ziekenhuisopnames is hier een afgeleide van (verhouding 1:4). Bij het vaststellen van de waarden voor deze indicatoren, is gekeken naar de belastbaarheid van de ziekenhuiszorg. De ROAZ-voorzitters hebben vastgesteld dat er voor een piekperiode maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar zijn (350 IC-bedden voor acute zorg, 200 BOSS-bedden¹², 400 bedden voor electieve zorg, 200 bedden voor grieppatiënten en 200 bedden voor COVID-19-patiënten). De bovenstaande waarden zijn op basis van gesprekken met RIVM en LCPS geformuleerd (zie paragraaf 15 voor een uitgebreide toelichting).

¹¹ 123^e en 124^e OMT-advies.

¹² BOSS staat voor Beds open for safety and support, het minimum aantal bedden dat nodig is om veilige Intensive Care zorg te kunnen leveren.

Als de vastgestelde signaalwaarden van het aantal ziekenhuis- of IC-opnames worden bereikt of overschreden, geeft dat aan dat – indien deze overschrijding te lang doorzet – de druk op de zorg te hoog wordt en een doorgaande stijging niet meer opgevangen kan worden. Het gevolg is dan dat andere zorg moet worden afgeschaald.

Monitoringsindicatoren

Andere indicatoren die ook iets zeggen over de verspreiding van het virus, maar waarbij de impact op de druk op de zorg minder duidelijk is, worden continu gemonitord. Dit zijn bijvoorbeeld het aantal positieve testen, de rioolwatersurveillance, de vaccinatiegraad, het aantal besmette verpleeghuislocaties, sterfte en informatie vanuit het BCO. Deze monitoring is onderdeel van de zogenoemde «dijkbewaking». Door deze cijfers goed in de gaten te houden, houden we zicht op het virus en kunnen we gerichter ingrijpen indien nodig.

Er wordt momenteel samen met het RIVM gekeken in hoeverre het mogelijk is om «signaalwaarden» te ontwikkelen voor de virusvracht in rioolwater en het aantal besmette personen. Dit kan een indicatie geven of er op regionaal of op landelijk niveau sprake is van een opleving die tot hogere ziekenhuisopnames kan leiden. Bovengenoemde indicatoren worden vanwege de onzekerheden niet gebruikt als leidende indicatoren.

Monitoring blijft de komende periode van groot belang. Dit zal gebeuren door reguliere kanalen met het RIVM en de GGD'en te benutten. De GGD'en monitoren op regionaal niveau de situatie en informeren het RIVM. Het RIVM analyseert trends op landelijk niveau en beoordeelt de signalen vanuit de GGD'en. Elke week informeert het RIVM het Ministerie van VWS over de epidemiologische situatie via een openbaar rapport. Daarnaast overleggen VWS en andere departementen met lokale en regionale actoren, zoals gemeenten, veiligheidsregio's, VNG en het Veiligheidsberaad.

Het kabinet kan op basis van de input en signalen vanuit het RIVM, het Outbreak management Team (OMT) om advies vragen. Het OMT zal dan worden gevraagd om te reflecteren op de huidige en de te verwachten stand van de epidemie en op basis van dit advies kan het kabinet besluiten tot ingrijpen en bepalen of en welke maatregelen gegeven de situatie het meest effectief en proportioneel zijn. Hierin worden de sociale, maatschappelijke en economische (SME) effecten van de maatregelen meegewogen. Informatie-uitwisseling en afstemming met de Veiligheidsregio's en de burgemeesters over eventuele maatregelen vindt plaats via het Veiligheidsberaad en bestuurlijke afstemming over het OMT-advies in het BAO.

De nieuwe systematiek zal vanaf 25 september in werking treden als onderdeel van de aanpak corona oplevingen. Deze aanpak gaat uit van leidende landelijke indicatoren. Het is niet mogelijk om de landelijke indicator IC-opnames toe te passen op regionaal niveau, omdat dit – zeker bij kleine veiligheidsregio's – tot veel fluctuaties zal leiden. Het blijven doorgaan met het regionaal inschalen zou daardoor kunnen leiden tot verwarring over maatregelen en niet goed de daadwerkelijke situatie in de regio weergeven. Daarom ligt het voor de hand om niet langer regionaal in te schalen en in lijn daarmee het inschalingsoverleg niet langer bijeen te laten komen. Dit wordt voor de start van de nieuwe aanpak met de voorzitters van de veiligheidsregio's besproken. Het is overigens denkbaar dat in een andere situatie (bijvoorbeeld bij een immuun-escape variant van het virus) regionale inschaling wel meerwaarde heeft. In dat geval kan de oude systematiek weer worden ingezet.

6. Maatschappelijke en ethische gevolgen van oplopende vaccinatiegraad

Het kabinet zet in op een zo hoog en homogeen mogelijke vaccinatiegraad. We kiezen een doelgroepspecifieke benadering om fysieke, emotionele en sociale barrières weg te halen. Denk hierbij aan barrières als afstand tot de priklocatie, groepsdruk, prikangst of onzekerheid over veiligheid. Daarbij is nadrukkelijk aandacht voor adequate informatieoverdracht, waar nodig ook in andere talen, en voor het wegnemen van praktische barrières voor vaccinatie.

De groep mensen die niet voldoende is beschermd, loopt een hoger risico voor zichzelf (kwetsbaar voor het virus) en voor anderen (hogere transmissiekans, belasting van zorg en daarmee volksgezondheid en kwetsbaren). Dat heeft impact op de maatschappij vanwege de beperkende maatregelen die nodig kunnen zijn. Dit leidt tot nieuwe vragen, hoe om te gaan met vrijheden in een samenleving waarin het grootste deel van de mensen is gevaccineerd, en een klein deel nog niet. Mag de vrijheid van de één om zich niet te laten vaccineren, de vrijheid beperken van de groep die dat wel heeft gedaan? Bijvoorbeeld, mag een werkgever vragen naar de vaccinatiestatus van een werknemer? Mogen patiënten eisen alleen door gevaccineerd zorgpersoneel geholpen te worden? Mogen besloten plaatsen, zoals een dansschool, alleen gevaccineerde mensen toelaten? Over de dilemma's ben ik met vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers in gesprek gegaan. Het gesprek over deze dilemma's wordt al volop gevoerd. Het is goed om dat gesprek te voeren. Op respectvolle wijze, om elkaar te informeren, om zorgen weg te nemen en elkaar te doordringen van de noodzaak van vaccinatie. Mensen besluiten zelf of ze wel of niet gevaccineerd willen worden. Vaccineren is de verstandige keuze, maar het blijft wel ieders eigen keuze.

Overleg werkgevers en werknemers

Met belanghebbenden, waaronder vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers, in de zorg, het onderwijs, de kinderopvangsector en het bedrijfsleven is gesproken over het creëren van een veilige werkomgeving. Het is belangrijk te praten over de impact van de vaccinatiegraad op het werk en in gesprek te gaan over of binnen bestaande (wettelijke) kaders voldoende alternatieven voorhanden zijn om de veiligheid van alle betrokkenen te waarborgen. Vertegenwoordigers van zowel werkgevers als werknemers benadrukken het belang van eenduidige informatie over wat wel en niet is toegestaan binnen de huidige wettelijke kaders, de rol van bedrijfsarts hierin en het verhogen van de vaccinatiegraad. Ook wijzen zij op het belang van het hebben van een actuele RI&E (risico-inventarisatie en evaluatie) en plan van aanpak, waarbij het risico van Covid-19 in de specifieke context van het werk is meegenomen. Dit vraagt een actieve rol van werkgevers (en werknemers) om het gesprek hierover aan te gaan. De vertegenwoordigers van werknemers zijn van mening dat de grondrechten en lichamelijke integriteit en privacy zwaarder wegen dan het mogelijk maken voor werkgevers om de vaccinatiestatus van werknemers te mogen controleren en registreren. Werknemersorganisaties waarschuwen voor stigmatisering en polarisatie op de werkvloer en vinden dat er geen rechtspositionele consequenties aan verbonden mogen zijn. De werkgeversorganisaties geven aan dat het van belang is dat werkgevers de mogelijkheid krijgen (op basis van een wettelijke grond) coronatoegangsbewijzen te vragen aan medewerkers om het risico van besmetting te verminderen, een gezonde en veilige werkomgeving voor werknemers én klanten te bieden mede vanwege het vervallen van de veilige afstandsnorm. De sociale partners hebben aangegeven dat het uiteindelijk aan het kabinet is om een politieke keuze

te maken. Het kabinet verkent of en zo ja op welke wijze het CTB toegepast kan worden in de relatie tussen werkgever en werknemer daar waar het noodzakelijk geacht wordt voor het waarborgen van een veilige werkomgeving.

Overleg met werkgevers, werknemers en patiënten in de zorg

De noodzaak van een hoge vaccinatiegraad geldt vooral voor de zorgsector, omdat zij zorgen voor mensen met kwetsbare gezondheid. Er zijn op dit moment nog geen exacte cijfers over het aantal vaccinaties onder het zorgpersoneel. Er zijn indicaties dat de vaccinatiegraad in sommige zorgsectoren hoger ligt dan het landelijk gemiddelde onder de volwassen bevolking. Maar er zijn ook delen van de zorgsector waar deze beduidend lager is. Dat laatste vind ik zorgelijk. Vaccinatie draagt bij aan veilig werken en aan het in stand houden van de zorgcapaciteit. Bovendien verlaagt een hoge vaccinatiegraad het risico dat kwetsbare patiënten en cliënten met het virus worden besmet en (extra) ziek worden. Begrijpelijkerwijs stellen patiënten en cliënten en hun omgeving daarom steeds vaker de vraag of hun zorgverleners gevaccineerd zijn.

Ik heb deze situatie ook met vertegenwoordigers van werkgevers, professionals, werknemers en patiënten en cliënten in de zorg besproken. Ook spreek ik geregeld met mensen die op de werkvloer met dit vraagstuk bezig zijn. Alle partijen zijn het eens dat het wenselijk is dat meer mensen in de zorg gevaccineerd zijn, omwille van goede zorg en veilig werken. Daar ligt een duidelijke verantwoordelijkheid voor zorgaanbieders respectievelijk werkgevers op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) en de Arbeidsomstandighedenwet. Ook van zorgprofessionals mag verwacht worden dat zij alles doen om kwetsbare mensen te beschermen en een goede afweging te maken, rekening houdend met de consequenties voor werk en patiënt of cliënt als er voor wordt gekozen niet tot vaccinatie over te gaan. Vaccineren is een vrije keuze, maar het is geen vrijblijvende keuze.

De genoemde vertegenwoordigers hebben aangegeven het belang van vaccineren (nog meer) te willen uitdragen, ondersteund door feitelijke en toegankelijke informatie over de veiligheid en (vermeende) bijwerkingen van vaccinaties www.lareb.nl. Veel organisaties steken nu al veel tijd en energie in informatieverstrekking en gesprekken en hebben daar goede ervaringen mee. Een voorbeeld daarvan is de campagne van VNO-NCW/MKB Nederland «Twijfel over vaccineren? Laat je informeren». Ervaringen in persoonlijke afwegingen die (collega)professionals maken zijn daarbij waardevol. Het is belangrijk dat het goede gesprek over vaccineren met (groepen) medewerkers binnen de organisaties wordt gevoerd in de (context van de) zorg die ze samen verlenen aan kwetsbare mensen. Daar hoort zoals gezegd ook bij dat werkgevers de vraag mogen stellen of medewerkers gevaccineerd zijn en medewerkers het recht hebben deze informatie niet te delen. Evenmin mag het enkele feit dat iemand niet gevaccineerd is of daarover geen mededeling wil doen rechtspositionele consequenties hebben; wel kan het invloed hebben op manier waarop werk wordt georganiseerd. Vaccineren is en blijft immers een eigen keuze. Geen van de genoemde partijen in de zorg is voorstander van een vaccinatieplicht en die kant wil en ga ik ook niet op.

In de huidige praktijk kunnen werkgevers tot op bepaalde hoogte (en primair op basis van vrijwilligheid van deelname onder het personeel) al inzichtelijke maken wat de vaccinatiegraad is onder hun personeel, via een arbodienst of via de bedrijfsarts, die op basis van deze informatie een advies kan geven over een veilige werkomgeving. Dit kan op het niveau van de organisatie, locatie of een team. Is de vaccinatiegraad al zeer hoog,

dan is het bijvoorbeeld mogelijk PBM minder intensief te gebruiken, wat de kwaliteit van de zorg ten goede kan komen, zeker voor de groepen voor wie PBM-gebruik verwarrend is en onrust geeft. Er zijn organisaties die dit nu al doen of overwegen te gaan doen. Dit geaggregeerde inzicht kan dus worden benut voor een betere inschatting van de infectierisico's op locatie en het beleid van een instelling ten aanzien van het verlenen van veilige en goede zorg.

Het handelingsperspectief kan verder worden ingevuld als er ook inzicht is in de vaccinatiestatus van individuele medewerkers. Het beleid kan dan immers risicogericht en situationeel worden vormgegeven, bijvoorbeeld bij het maken van roosters voor de zorg van mensen die extra kwetsbaar zijn. Hierbij geldt wel dat de ruimte hiertoe in de praktijk beperkt wordt door de schaarste aan personeel en het hoge ziekteverzuim. Frequent testen of vasthouden aan het gebruik van PBM kunnen in dat geval de risico's verminderen en onderdeel zijn van het handelingsperspectief.

Het gaat om het mogelijk maken dat werkgevers de individuele vaccinatiestatus kunnen registreren. Dat is nu niet mogelijk op grond van de AVG. Ik wil op korte termijn verkennen hoe dit mogelijk gemaakt kan worden en zal daartoe ook in nader overleg treden met de (vertegenwoordigers) van organisaties van werkgevers en werknemers in de zorg. Het gaat uitdrukkelijk niet om een registratieplicht en evenmin zijn medewerkers verplicht mee te werken aan een uitvraag en hun vaccinatiestatus te delen. Deze verkenning vindt plaats in samenhang met de brede maatschappelijke discussie over het gebruik van CTB's – wat ook om ruimte voor registratie vraagt – en de mogelijkheid om deze ook voor de zorg en andere werksituaties toe te passen. Omdat in de huidige Tijdelijke wet Coronatoegangsbewijzen werknemers worden uitgezonderd, zal het kabinet verkennen of deze uitzondering kan vervallen en onder welke voorwaarden.

Mogelijke inzet van Coronatoegangsbewijzen voor ondernemers en bezoekers

In de Tijdelijke wet Coronatoegangsbewijzen kunnen aangewezen sectoren (cultuur, evenementen, horeca en sport) een CTB moeten inzetten voor toegang tot activiteiten of voorzieningen. Dit geldt echter niet voor de werknemers in deze betreffende sectoren. Op dit moment is met de Tijdelijke regeling covid-19 al bepaald dat evenementen verplicht zijn tot de inzet van CTB's. Het kabinet heeft besloten om per 25 september, met het vervallen van de 1,5m regel, CTB's ook in te zetten in de horeca, cultuur en het bijwonen van sport. Andere sectoren, zijn op basis van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 ingedeeld in: besloten, openbare en publieke plaatsen. CTB's zijn niet toegestaan in een openbare (bijvoorbeeld een park) of publieke plaats (bijvoorbeeld een gemeentehuis of in een winkel). Ondernemers of bestuurders in openbare en publieke plaatsen mogen dus ook niet vragen naar een vaccinatiebewijs of negatief testbewijs.

Voor ondernemers in besloten plaatsen (bijvoorbeeld een vereniging of dansschool) geldt dat zij op grond van de Tijdelijke wet Coronatoegangsbewijzen om een CTB mogen vragen. Deze ondernemer dient bij de inzet van een coronatoegangsbewijs wel eerst een belangenafweging te maken: is er een gerechtvaardigd doel voor de ondernemer, is het gebruik van CTB noodzakelijk om dat doel te bereiken en wordt voldaan aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit? Gelet op die eisen, zal het in de meeste gevallen niet evenredig zijn om uitsluitend een vaccinatiebewijs te vragen, omdat met een negatief testbewijs het doel ook kan worden bereikt. Gebruik maken van- het meer generieke- CTB zal meer

proportioneel zijn. Echter, ook dan zal de ondernemer nader moeten onderbouwen waarom het gebruik van een CTB een gerechtvaardigd belang is. Het gaat dan om specifieke situaties waar enerzijds het risico op besmetting hoog is of kwetsbaren onnodig blootstaan aan hoge risico's en anderzijds alternatieve maatregelen – zoals thuiswerken, een eigen keuze tot veilige afstandsnorm op de werkvloer en persoonlijke beschermingsmiddelen – onvoldoende soelaas bieden. Daarbij stelt het kabinet dat in deze specifieke situaties de inzet van coronatoegangsbewijzen per inzet getoetst moet worden aan het afwegingskader dat de Gezondheidsraad hiervoor ontwikkeld heeft (GR-rapport 2021/03), waarin de proportionaliteit en subsidiariteit van de inzet centraal staat. In de verdere verkenning hiervan zullen ook de mogelijke handhaving en effectief toezicht betrokken worden.

Gebruik CTB bij besloten plaatsen

Ondernemer van een besloten plaats heeft het recht om een CTB te vragen bij toegang van een bezoeker. Ondernemer moet hierbij wel aan een aantal voorwaarden voldoen. Inzet CTB is namelijk een vorm van gegevensverwerking (QR-code). De ondernemer moet volgende toetsen:

Rechtvaardiging om gegevens te verwerken

- Is doel van verwerking helder, noodzakelijk, proportioneel en subsidiair.
- Wat is de context? Bijv. besmettingsrisico, omgeving, leeftijd, activiteit.

Grondrechten

- Hoe raakt de voorziening/activiteit aan grondrechten, waaronder:
- Persoonlijke levenssfeer (artikel 8 EVRM, artikel 10 Grondwet)
- Lichamelijke integriteit (artikel 11 Grondwet)
- Algemene wet gelijke behandeling

Goed gebruik QR-code

- Kan alleen gebruikt worden bij vrijelijke toestemming door bezoeker. Dit kan regulier individueel gevraagd worden of in geval van vereniging in statuten worden opgenomen.
- Dataminimalisatie: minimaal opvragen en bewaren (=QR-code)

Het OMT geeft in zijn 126^{ste} advies aan dat het CTB een belangrijke bijdrage levert aan het reduceren van het risico op besmetting tijdens evenementen. Het CTB kan de kans dat een besmette persoon aanwezig is op een evenement echter niet helemaal wegnemen. Uit berekeningen blijkt dat de kans dat iemand het virus bij zich draagt en daarmee potentieel besmettelijk is voor anderen, ook na een negatieve antigeen-sneltest nog altijd circa tweemaal zo groot is dan de kans dat een volledig gevaccineerd persoon het virus draagt. Het OMT benoemt verder dat uit de berekeningen, uitgevoerd door Fieldlabs, de kans dat een deelnemer aan een evenement, waarbij het CTB werd gebruikt, Covid-19-klachten ontwikkelt waarvoor ziekenhuisopname nodig is, het kleinst is bij evenementen waar alleen gevaccineerde personen (of personen immuun na doorgemaakte infectie, zgn. «2G-beleid») welkom zijn. Het OMT noemt hier ook de aanpak zoals deze nu geldt in Berlijn. Het OMT realiseert zich dat de keuze voor een dergelijk toegangsbeleid een complexe afweging is waarbij ook vele andere maatschappelijke afwegingen meespelen. Ook biedt wetgeving hiervoor nu geen ruimte. Het kabinet zal hierover eerst de Kamer horen alvorens stappen te overwegen.

Voor mensen die zich niet kunnen laten vaccineren en mensen waar een vaccin niet voldoende bescherming biedt wordt extra ondersteuning geboden. Ook breiden we de groep uit die beroep kan doen op beschermingsmiddelen en wordt een derde prik beschikbaar gesteld aan specifieke doelgroepen, geïdentificeerd door het RIVM en medisch specialisten. Verder heeft het kabinet besloten de mondkapjesplicht in het openbaar vervoer te handhaven. Ook roep ik zorgwerkgevers op het belang van mondkapjes in de zorg te blijven benadrukken. Om zo locaties die niet te vermijden zijn voor kwetsbare mensen veiliger te maken. Aan alle werkgevers is de blijvende oproep om aandacht te hebben voor het bieden van een veilige werkomgeving of dat nu thuis of op kantoor is. De bredere inzet van het CTB draagt ook bij aan meer veilige toegang en deelname aan de samenleving. Ik verwijs u ook naar paragraaf 16.

7. EU Digitaal Corona Certificaat (DCC)

In deze paragraaf ga ik in op actuele ontwikkelingen rond het EU Digitaal Corona Certificaat (DCC). Voor de laatste stand van zaken over coronatoegangsbewijzen wijs ik u graag op paragraaf 3 «Maatregelen», waar ik in ben gegaan op de inzet van coronatoegangsbewijzen, en paragraaf 12 «Testen en traceren», waar ik in ben gegaan op de uitvoeringskant van coronatoegangsbewijzen. Over de (oplossing van) technische issues met betrekking tot CoronaCheck en de uitzonderingsroutes kunt u meer lezen in paragraaf 8 «Digitale Ondersteuning».

Juridische grondslagen

Met de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen (Twc; Stb. 2021, 240), die op 1 juni 2021 in werking is getreden, is aan de Wet publieke gezondheid (Wpg) artikel 6ba toegevoegd om een grondslag te creëren voor het stellen van regels ter uitvoering van de verordening (EU) 2021/953 van het Europees parlement en de Raad van 14 juni 2021 betreffende een kader voor de afgifte, verificatie en aanvaarding van interoperabele COVID-19-vaccinatie-, test- en herstelcertificaten (digitaal EU-COVID-certificaat) teneinde het vrije verkeer tijdens de COVID-19-pandemie te faciliteren (PbEU 2021, L 211/1) (hierna: verordening of Vo). Op basis van dit artikel is op 1 juli 2021 de Tijdelijke spoedregeling DCC in werking getreden (Stcrt. 2021, 34544). In deze regeling zijn enkele aanvullende regels opgenomen ter uitvoering van de verordening.

Op grond van bovengenoemd artikel dient de Tijdelijke spoedregeling DCC binnen drie maanden, derhalve voor 1 oktober 2021, vervangen te worden door een algemene maatregel van bestuur. Op 3 september 2021 heb ik u daartoe het ontwerpbesluit toegezonden. Ik ben voornemens om 17 september 2021 advies te vragen aan de Raad van State, zodat het besluit op 1 oktober 2021 in werking kan treden. Volledigheidshalve merk ik op dat de inhoud van dit Tijdelijk besluit DCC nagenoeg gelijk is aan de Tijdelijke spoedregeling DCC. Naast de twee geringe wijzigingen die genoemd zijn in het ontwerp van de nota van toelichting dat u met bovengenoemde brief van 3 september 2021 is toegezonden, wordt het ontwerpbesluit nog op twee punten aangepast.

Ten eerste wordt alleen de GGD Regio Utrecht in het ontwerpbesluit aangewezen om vaccinatiecificaten uit te geven op basis van vaccinatiebewijzen uit derde landen. Daarbij is in het ontwerpbesluit een grondslag opgenomen om ook andere GGD'en hiervoor aan te wijzen. Dit sluit aan bij de huidige praktijk.

Ten tweede wordt in het ontwerpbesluit een grondslag opgenomen waardoor in een ministeriële regeling kan worden bepaald dat de registratie die GGD'en aanleggen van meldingen die door artsen en laboratoria gedaan moeten worden over vastgestelde infecties met het coronavirus, gebruikt kan worden voor het aanmaken van een herstelcertificaat. Het ontwerpbesluit voorziet al in de mogelijkheid deze registratie te gebruiken voor vaccinatiecificaten, zodat het voor de hand ligt deze informatiebron ook te kunnen benutten voor herstelcertificaten. Zodra dit technisch mogelijk is gemaakt, naar verwachting in de loop van oktober, zal daadwerkelijk gebruik gemaakt worden van deze registratie bij de GGD'en.

Interoperabiliteit

In de Kamerbrief van 13 augustus jl.¹³ heb ik een toelichting gegeven op de DCC equivalentieprocedure van de Europese Commissie (EC). Deze procedure maakt het mogelijk om COVID test-, herstel- en vaccinatiecificaten uit derde landen als equivalent van het DCC te erkennen zolang zij aan de technische vereisten op

het gebied van betrouwbaarheid en interoperabiliteit voldoen. Op 20 augustus jl. hebben ook Turkije, Noord-Macedonië en Oekraïne deze procedure succesvol doorlopen.

Het succesvol doorlopen van de equivalentieprocedure heeft gevolgen voor het accepteren van herstelbewijzen. Op dit moment geldt dat een herstelbewijs geaccepteerd wordt als uitzondering op de testverplichting wanneer deze is afgegeven in een EU-lidstaat of de Caraïbische delen van het Koninkrijk. De reden hiervoor is dat de betrouwbaarheid van herstelbewijzen uit derde landen moeilijker geverifieerd kan worden. Wanneer een derde land de DCC equivalentieprocedure succesvol heeft doorlopen, wordt het herstelbewijs in dit land onder dezelfde voorwaarden uitgegeven als de Europese herstelbewijzen. Om deze reden zullen per 26 september herstelbewijzen die zijn uitgegeven in een derde land dat succesvol de Europese DCC equivalentieprocedure heeft doorlopen, worden geaccepteerd van reizigers die naar Nederland reizen.

Caribisch deel van het Koninkrijk

In de Kamerbrief van 13 augustus jl. heb ik gemeld dat, na technische ondersteuning van het Ministerie van VWS, ook de «CAS-landen» nu vaccinatie-DCC's kunnen genereren en uitgeven die voldoen aan de Europese eisen. Aruba en Sint Maarten genereren sindsdien vaccinatie-DCC's; Curaçao verwacht dat op korte termijn ook te gaan doen. Vanuit technisch oogpunt kunnen de landen ook test- en herstel-DCC's afgeven die voldoen aan de Europese eisen. Er wordt nog gewerkt aan het in de praktijk mogelijk maken van de afgifte van test- en herstel-DCC's.

Communicatie

Afgelopen zomer informeerde ik u al over de communicatie rondom het DCC. Nadat de online informatie op onder andere coronacheck.nl en rijksoverheid.nl gereed was gekomen, is ook een intensieve publiciteitscampagne gelanceerd. Hierin was ook aandacht voor burgers voor wie de digitale route een uitdaging was of problemen opleverde. Sindsdien is continu aandacht voor vragen en issues die onder andere via social media binnenkomen; deze worden interdepartementaal en in samenwerking met alle betrokken partijen geadresseerd en opgelost. De helpdesk- en

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 1396.

webcareteams vervullen hierbij tot op de dag van vandaag een belangrijke rol door het contact met de burger. De afgelopen weken is het aantal DCC-gerelateerde vragen dat bij deze teams binnenkomt, afgenomen. Dit is in lijn met het aantal technische issues dat de afgelopen tijd is opgelost. Er blijven echter vragen binnenkomen over onopgeloste dan wel nieuwe issues. Alle inspanningen zijn erop gericht om de communicatie hierover zo actueel en duidelijk mogelijk te houden en burgers van handelingsperspectieven te voorzien.

8. Digitale Ondersteuning

CoronaMelder

Cijfers

Sinds de landelijke introductie van CoronaMelder in oktober 2020, hebben 5,33 miljoen mensen CoronaMelder gedownload. Het percentage actieve gebruikers is ongeveer 47% en komt neer op 2,52 miljoen mensen. Dat is ongeveer 14% van de Nederlandse bevolking. Er waren op 12 september jl. 199.227 mensen die anderen hebben gewaarschuwd via CoronaMelder. 209.829 mensen hebben naar aanleiding van een notificatie een test aangevraagd. Hiervan bleken 15.767 mensen ook daadwerkelijk besmet. Deze en andere cijfers zijn terug te vinden in de factsheet op www.coronamelder.nl.

Kosten en doorontwikkeling

De totale kosten voor CoronaMelder in 2020 en 2021 bedragen naar verwachting ongeveer 23 miljoen euro. Dit is inclusief de lopende kosten voor dit jaar. Het gaat om 5 miljoen euro voor de ontwikkeling van de app (inclusief de organisatie van de appathon), 4,3 miljoen euro voor communicatie (de massamediale publiekscampagne), en 4 miljoen euro voor de helpdesk, beleidsmatig advies, (wetenschappelijk) onderzoek en adoptie, privacy en juridisch advies en begeleidingscommissie en taskforces. Voor de doorontwikkeling en het beheer van de app is 9,7 miljoen euro gereserveerd, waarvan 3,9 miljoen aan beheer door CIBG en DICTU.

CoronaMelder is vanaf het moment van de praktijktesten in augustus 2020 continu doorontwikkeld. Na introductie zijn in totaal veertig nieuwe releases van de app uitgebracht voor zowel Android als iOS. Dit betrof onder meer verbeteringen in de gebruiksvriendelijkheid, tekstuele aanpassingen en security updates. Daarnaast heeft na de introductie ook een aantal grotere ontwikkelingen plaatsgevonden. Dit betreft bijvoorbeeld de aansluiting van CoronaMelder op de EU gateway waarmee internationale interoperabiliteit met andere notificatie-apps mogelijk is gemaakt. Nederlandse gebruikers van de app kunnen op deze manier gewaarschuwd worden als een buitenlandse gebruiker van een soortgelijke notificatie-app in de buurt is geweest en op een later moment positief werd getest. In dit kader is ook een «wifi only» instelling beschikbaar gemaakt om mobiele kosten van downloaden te vermijden bij de Europese uitwisseling van sleutels tussen gebruikers. Sinds mei 2021 maakt CoronaMelder daarnaast gebruik van de laatste versie van het Google Apple Exposure Notification Framework («GAENV2»)¹⁴. Hierdoor is CoronaMelder nauwkeuriger geworden in het detecteren van nauwe contacten waarbij minder vals positieve meldingen plaatsvinden. In opdracht van het ministerie is ook een veldtest uitgevoerd naar de beste instellingen. Verder is CoronaMelder in elf talen beschikbaar gemaakt,

¹⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1241

geeft de app dynamische handelingsperspectieven weer die telkens aan de laatste richtlijnen worden aangepast en is er ook een pauze functionaliteit in de app geïntroduceerd waarmee het mogelijk is de app tijdelijk uit te zetten om in bepaalde situaties onterechte notificaties te voorkomen. Tot slot heb ik uw Kamer in mijn brief van 13 augustus jl.¹⁵ al geschreven over de stappen die zijn gezet om de website coronatest.nl en CoronaMelder te integreren. Hiermee kunnen burgers hun GGD sleutel na een positieve test zelf op de website invoeren en hiermee autorisatie verlenen voor het versturen van waarschuwingen in de app. Mensen die in contact zijn geweest met een besmet persoon kunnen hierdoor sneller worden gewaarschuwd. Deze functionaliteit zal naar verwachting binnenkort gereed zijn voor gebruik. Hiertoe is een addendum toegevoegd aan de Data protection impact assessment (DPIA) van CoronaMelder. Deze zal op www.rijksoverheid.nl gepubliceerd worden.

Verlenging Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19

De Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19 die de basis vormt voor de inzet van CoronaMelder komt in beginsel op 10 oktober 2021 te vervallen. Het voorstel is om deze tijdelijke wet met drie maanden te verlengen tot 10 januari 2022. Uit de doorlopende evaluatie is namelijk gebleken dat de app een toegevoegde waarde heeft op het reguliere BCO en deze verder kan toenemen nu de samenleving steeds verder opent en er meer sociale mobiliteit is. Daarbij heeft de Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning Bestrijding COVID-19 mij geadviseerd om het gebruik van CoronaMelder in ieder geval voort te zetten tot en met het voorjaar 2022.¹⁶ Het ontwerpbesluit voor deze verlenging is, gelet op de voorhangprocedure op 9 september jl., aan uw Kamer en de Eerste Kamer aangeboden.

CoronaCheck

Cijfers

Op 12 september jl. was de CoronaCheck-app ongeveer tien miljoen keer gedownload. Er zijn in totaal ongeveer 28 miljoen QR-codes aangemaakt. Coronabewijzen kunnen worden gescand met de CoronaCheck Scanner. Deze is ruim 844.000 keer gedownload. Net als bij CoronaMelder vindt ook naar CoronaCheck een evaluatie plaats. Hierover heb ik uw Kamer eerder al geïnformeerd.¹⁷ Deze week is de tweede tussenrapportage in het kader van de voor CoronaCheck uitgevoerde evaluatie op www.coronacheck.nl gepubliceerd.

Dataregistratie en techniek

Sinds mijn vorige update in de Kamerbrief van 13 augustus jl.¹⁸, is hard gewerkt om een aantal van de daar genoemde problemen bij het aanmaken van een coronatoegangsbewijs op te lossen. Dit is gelukt voor die gevallen waarbij de persoonsgegevens in de registraties van de GGD of het RIVM niet exact overeenkwamen met de notatiewijze in de Basisregistratie Persoonsgegevens (BRP). Het gaat dan bijvoorbeeld om burgers met een onbekende of bijzondere geboortedatum (XX of 00 in het identiteitsbewijs) of waarbij tekens in de naam, zoals ë en é, niet overeenkwamen. Daarnaast is er door de GGD in die gevallen waar twee prikken op dezelfde datum geregistreerd stonden voor gezorgd dat beide prikken

¹⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1396

¹⁶ Advies 21 Begeleidingscommissie DOBC: Kosten-Baten parameters CoronaMelder.

¹⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1396

¹⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1396

nu onder de juiste datum in de systemen geregistreerd staan. Ook technische en/of handmatige wijzigingen in de GGD data die met de app gedeeld worden ten behoeve van het maken van een bewijs, komen nu automatisch goed door.

Toch kan het nog voorkomen dat mensen hun QR-code niet direct in de app kunnen maken. Er zijn gevallen waarbij de GGD-gegevens goed geregistreerd staan, maar deze niet goed worden aangeleverd aan CoronaCheck door technische fouten. Momenteel wordt er door de GGD hard gewerkt aan een duurzame oplossing voor dit probleem. Tot die tijd is er een noodprocedure waarmee de GGD via een webportaal alsnog een coronabewijs kan aanmaken. Verder geldt voor personen die een eerste prik elders hebben gehad (bijvoorbeeld in een ander EU-land) dat alleen de tweede prik, gezet door de GGD, wordt doorgegeven aan de Corona-Check app. Hierdoor is in de app geen sprake van een volledig vaccinatiebewijs. Op dit moment wordt gewerkt aan een technische oplossing die ervoor zorgt dat er toch een volledig vaccinatiebewijs kan worden afgegeven. Burgers worden over alle handelingsperspectieven geïnformeerd via www.coronacheck.nl en de website van de rijksoverheid.¹⁹

Uitzonderingsroutes

Naast de al vele lopende uitzonderingsroutes zal het voor mensen die hun eerste prik in een ander EU-land en hun tweede prik bij de GGD hebben ontvangen, ook mogelijk worden om via de Data Mutatie Helpdesk van de GGD (0800-5090) een coronabewijs aan te vragen. Deze route wordt momenteel nog ingericht en zal in werking zijn tot het ook met bovengenoemde technische oplossing mogelijk is via CoronaCheck een bewijs te genereren.

9. Reizen

Voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden met of zonder zorgwekkende varianten is de quarantaineplicht van kracht. Omdat uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat gevaccineerde personen een kleiner risico voor de transmissie van het coronavirus vormen, heeft het kabinet besloten om gevaccineerde reizigers uit zeer hoogrisicogebieden zónder zorgwekkende variant uit te zonderen van de quarantaineplicht. Deze reizigers moeten nog wel een negatief testbewijs kunnen tonen voordat zij naar Nederland reizen. Een gevaccineerde reiziger uit een zeer hoogrisicogebied zonder zorgwekkende variant, die met een negatief testbewijs naar Nederland reist, vormt een relatief klein risico voor de volksgezondheid waardoor het kabinet het niet langer proportioneel acht om gevaccineerde reizigers uit deze gebieden een quarantaineplicht op te leggen.

Het kabinet acht het van belang dat de gevaccineerde reizigers al op korte termijn op de hoogte zijn van het feit dat zij zijn uitgezonderd van de quarantaineplicht. Daartoe zullen de geëigende communicatiekanalen voor reizigers binnenkort worden aangepast. De aangepaste Ministeriele Regeling met betrekking tot de uitzondering voor gevaccineerden treedt al op 22 september in werking. De reizigers die vanwege hun vaccinatie niet meer quarantaineplichtig zijn, zullen vanaf 20 september, niet gesanctioneerd worden.

Vanwege de onzekere werking van de vaccins tegen nieuwe virusvarianten blijft de quarantaineplicht wel in stand voor gevaccineerde reizigers uit zeer hoogrisicogebieden met (het vermoeden van) een zorgwekkende

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

variant. Op dit moment zijn er geen zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende variant van het coronavirus als zodanig aangewezen. Als er een vermoeden is van een zorgwekkende variant, moet de verspreiding ervan vanuit het buitenland effectief tegen worden gegaan. Om die reden is besloten het aantal op de quarantaineplicht voor reizigers komend uit zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende virusvariant in te perken. De categorieën reizigers uit die gebieden die niet langer uitgezonderd worden op de quarantaineplicht zijn onder andere ambtenaren, zakenreizigers, topsporters, onderzoekers, culturele professionals, personen die inreizen vanwege noodzakelijk bezoek aan eerste- en tweedegraadsfamilieleden.

Door minder uitzonderingen toe te staan, is de verwachting dat het risico op verspreiding van een nieuwe variant van het coronavirus uit het buitenland verkleind wordt omdat de quarantaineplicht in dat geval voor meer mensen zal gelden.

Deze versoepeling voor gevaccineerde reizigers die naar Nederland komen, geeft aanleiding om ook te kijken naar het beleid omtrent uitgaande reizigers. De meeste landen buiten de EU hebben een oranje reisadvies. Op dit moment worden in Europees verband nieuwe afspraken gemaakt over het reizen buiten de EU. Het kabinet zal in het licht van die afspraken ook het reisadvies voor uitgaande reizen heroverwegen.

Wijzigen landenlijst EU inreisverbod

De gezondheidssituatie in Albanië, Armenië, Azerbeidzjan, Brunei, Japan en Servië is dusdanig verslechterd dat de EU-lidstaten op 8 september jl. hebben besloten om deze landen van de lijst van landen te halen waarvoor het EU inreisverbod kan worden opgeheven. Hiermee wordt de volksgezondheid in de EU beschermd. De implementatie van dit besluit is aan de lidstaten zelf.

In Nederland zal het inreisverbod voor reizigers met bestendig verblijf in Albanië, Armenië, Azerbeidzjan, Brunei, Japan en Servië op 16 september (00:01 uur) ingaan. Zoals bij uw Kamer bekend, wordt dit besluit genomen op basis van een risico-inschatting met zo objectief mogelijke criteria over de gezondheidssituatie in de betreffende landen en de daar geldende maatregelen. Er is onder andere gekeken naar het aantal nieuwe besmettingen. Dat aantal moet lager zijn dan 75 per 100.000 inwoners over een periode van 14 dagen. Ook is gekeken naar de algehele reactie op COVID-19 in de betreffende landen. Hierin worden onder andere het aantal uitgevoerde coronatests, bron- en contactopsporing en beheersmaatregelen meegenomen. Gezondheidsorganisaties zoals het ECDC en de WHO leveren daarvoor de benodigde informatie.

Daarnaast hebben de Europese lidstaten besloten om Uruguay weer op de Europese lijst van veilige landen te plaatsen in het kader van het EU inreisverbod. Het aantal besmettingen in Uruguay ligt onder de door de EU vastgestelde drempelwaarde. Ook is de trend ten aanzien van het aantal nieuwe besmettingen gedaald. In dat verband heeft het kabinet besloten dat het inreisverbod naar Nederland voor reizigers met bestendig verblijf in Uruguay per 16 september 2021 (00.01 uur) wordt opgeheven.

Graag kom ik namens de Minister van Infrastructuur en Waterstaat terug op een vraag die uw lid Laçin²⁰ heeft gesteld in september vorig jaar. De vraag luidde of de teststraat op Schiphol ook opengesteld is voor werknemers. Aangezien we inmiddels al een aantal fases verder zijn, is beantwoording uitgebleven, waarvoor excuses. Ik kan u het volgende antwoord geven:

Schiphol kent verschillende locaties waar getest kan worden. Allereerst de testfaciliteit van de GGD Kennemerland op parkeerplaats P4. Dit is een publiek toegankelijke testfaciliteit waar iedereen met klachten zich kan laten testen na het maken van een afspraak. Daarnaast kan personeel zich hier zonder afspraak, op vertoon van zijn/haar Schipholpas of bedrijfspas, laten testen. Hierover zijn afspraken gemaakt met de GGD Kennemerland. Overigens, er zijn op en rond Schiphol ook diverse commerciële partijen actief waar passagiers zich voor hun reis kunnen laten testen en waar zij worden voorzien van een testcertificaat indien het testresultaat negatief is.

10. Quarantaine

Onderdeel van de wet quarantaineplicht is de verplichting voor inreizigers uit zeer hoogrisicogebieden (zoals deze op dit moment zijn aangewezen) om een ingevulde quarantaineverklaring bij zich te hebben bij het reizen naar Nederland. De digitale verklaring, die sinds 21 juli jl. beschikbaar is naast de papieren versie, wordt steeds meer gebruikt. Ook in de zomer is het proces goed doorgelopen. Het proces behelst het innemen van quarantaineverklaringen, het doorsturen van verklaringen aan het belteam, en vervolgens een selectie doorspelen aan de desbetreffende gemeenten.

Er zijn in week 34 (23-30 augustus) ruim 18.000 reizigers gearriveerd uit een zeer hoogrisicogebied. Hiervan heeft 63% aangegeven onder een uitzondering op de quarantaineplicht te vallen. Er zijn in die week ruim 3.600 geldige quarantaineverklaringen aangeleverd bij het belteam (op basis van een selectie door de veiligheidsregio). 95% van de geselecteerde quarantaineverklaringen wordt door het belteam nagebeld. Het belteam signaleert dat, van de mensen die quarantaineplichting zijn, minimaal 70% zich aan de quarantaineplicht houdt. Mensen die niet telefonisch bereikbaar zijn, worden door de gemeenten vaak alsnog thuis aangetroffen. Er zijn in week 34 van de 143 verklaringen die de gemeenten ontvingen, 13 boetes uitgedeeld. In totaal zijn er sinds de inwerking-treding van de wet op 1 juni jl. bijna 150 sancties opgelegd.

11. Ventilatie

Benadrukken van het belang van goede ventilatie

Goede ventilatie is belangrijk voor een gezond binnenklimaat en draagt eraan bij de overdracht van respiratoire infectieziekten zoals COVID-19 te beperken. Daarom is het van belang om, ook in relatie tot COVID-19, te zorgen voor voldoende luchtverversing (ventilatie en luchten). Sinds de zomer van 2020 besteedt het RIVM aandacht aan het belang van ventileren en sinds begin juli 2021 is «frisse lucht» opgenomen als vierde basismaatregel. In aanvulling op de al bestaande publieksinformatie over ventileren en luchten is in de afgelopen weken gewerkt aan een media-campagne om de «frisse lucht» maatregel onder de aandacht van het publiek te brengen. Er is met deskundigen een animatie gemaakt die mensen duidelijk maakt hoe zij in hun privé situatie voor voldoende frisse

²⁰ Kamervraag nr. 2020Z16172

lucht kunnen zorgen. Deze animatie en andere uitingen over frisse lucht als vierde basismaatregel zijn en worden via diverse media ingezet.

De kern van de boodschap is dat je in huis de lucht kunt verversen door ventilatie: roosters open/ramen op een kier/mechanisch ventilatiesysteem aan en zo 24 uur per dag kan zorgen voor toevoer van frisse lucht. Daarnaast is het advies om af en toe extra te luchten, bijvoorbeeld als er bezoek is geweest: gedurende 10 tot 15 minuten ramen en deuren tegenover elkaar open zetten. Meer informatie over de communicatie ten aanzien van o.a. ventilatie is te lezen in paragraaf 17 Communicatie. Hiermee kom ik tegemoet aan de moties van het lid Agema²¹ en van het lid Wilders²².

Aan de slag met een pragmatische handreiking ventilatie voor publieke ruimtes

Naast de publiekscampagne voor «frisse lucht», is TNO gevraagd een handreiking ventilatie voor publieke ruimtes op te stellen. De bedoeling hiervan is te komen tot een gedragen handreiking voor gebouweigenaren, -beheerders en eindgebruikers. De handreiking legt uit hoe de aanwezige ventilatievoorzieningen, in bijvoorbeeld kantoren, horecagelegenheden en winkels, op juiste wijze worden ingezet. De handreiking zal ook aandacht besteden aan het gebruik van CO₂ meters.

Bij het maken van deze handreiking en de keuze voor de vorm, worden diverse kenniscentra voor installatietechniek en het RIVM betrokken. Daarnaast is een klankbordgroep ingesteld met daarin ook een vertegenwoordiging van de groep bezorgde wetenschappers die deze zomer, onder andere via uw Kamer, nogmaals aandacht vroegen voor het belang van ventilatie. De rol van de klankbordgroep is om alle kennis te bundelen en om te zetten naar een zo breed mogelijk communicatiemiddel. De handreiking zal eind september 2021 worden opgeleverd en breed gedeeld en verspreid worden.

Verkleinen van de kennishiaten op het gebied van ventilatie

SARS-CoV-2 kan op meerdere manieren worden overgedragen. Internationaal is consensus dat overdracht voornamelijk plaatsvindt binnen een afstand van 1,5 meter. Dit gebeurt meestal door directe transmissie met druppeltjes van diverse afmetingen afkomstig uit de luchtwegen. Aerogene transmissie (indirecte transmissie via aerosolen met voldoende infectieuze virusdeeltjes die voor langere tijd blijven zweven in de lucht en zich over langere afstand kunnen verspreiden) kan in bepaalde omstandigheden plaatsvinden, zoals in ruimtes waar geen of te weinig ventilatie is en/of veel mensen – vooral voor een langere tijd – bij elkaar zijn. Het RIVM heeft een aantal kennishiaten geïdentificeerd met betrekking tot de overdracht van SARS-CoV-2. Deze kennishiaten worden ook besproken in de recent aangepaste LCI-bijlagen «Aerogene transmissie SARS-CoV-2 (onderbouwning)» en «Ventilatie en COVID-19»²³. Het gaat bijvoorbeeld om de mate waarin aerogene transmissie bijdraagt aan de totale verspreiding van SARS-CoV-2 en de dosis response relatie van SARS-CoV-2 in de lucht. Bij onderzoek naar deze vragen zijn veel wetenschappelijke disciplines betrokken dat maakt dat deze vragen niet op korte termijn zijn te beantwoorden.

Samen met betrokken ministeries kijk ik op welke manier deze hiaten met onderzoek kunnen worden ingevuld.

²¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1352.

²² Kamerstuk 25 295, nr. 1362.

²³ <https://lci.rivm.nl/aerogene-transmissie-sars-cov-2> en <https://lci.rivm.nl/ventilatie-en-covid-19>.

Om tegemoet te komen aan de motie van het lid Agema is het RIVM voornemens om door modellering inzicht te krijgen in het effect van verschillende ventilatiewaarden op het beperken van aerogene transmissie van SARS-CoV-2. Hierin worden onder meer minimale ventilatie-eisen uit het Bouwbesluit meegenomen. De uitkomsten hiervan volgen in oktober. Het Ministerie van BZK doet tegelijkertijd een inventarisatie van de overwegingen die hebben gespeeld bij het opstellen van de eisen uit het Bouwbesluit. Op basis van de uitkomsten kan worden bekeken of een aanpassing van de ventilatie-eisen in het Bouwbesluit met het oog op infectieziektenbestrijding nodig of wenselijk zijn. Het Ministerie van BZK betreft bij de aanpassing van de eisen uit het Bouwbesluit ook aspecten zoals energiezuinigheid, comfortniveau en kosten voor betrokkenen.

Specifieke Uitkering Ventilatie in Scholen opgehoogd

Op 3 september jl. is de wijzigingsregeling Specifieke Uitkering Ventilatie in Scholen (SUViS) gepubliceerd. Met deze aanpassing is het budget van de SUViS-regeling opgehoogd met € 100 miljoen. Gemeenten kunnen tussen 1 oktober 2021 en 31 januari 2022 bij RVO een aanvraag indienen voor subsidie voor ventilatie-verbetering.

12. Testen en Traceren

Het testbeleid heeft twee doelstellingen:

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

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

Spoor 1: Testen gericht op opsporen en bestrijden

In week 32 (9 augustus – 15 augustus), week 33 (16 augustus – 22 augustus) en week 34 (23 augustus – 29 augustus) lag het aantal afgenomen testen stabiel rond de 21.000 testen per dag. Afgelopen week 35 (30 augustus – 5 september) nam het aantal afgenomen testen licht toe tot circa 26.000 testen per dag. Hierbij zijn de doorlooptijden goed en liggen gemiddeld op 29,5 uur van het maken van een afspraak tot de uitslag. Wat daarnaast opvalt is dat het percentage positieve confirmatietesten (na een positieve zelftest) sinds juli stabiel rond de 80–90% ligt. Het aantal confirmatietesten dat is uitgevoerd, is in augustus stabiel gebleven op circa 1.100 per dag.

Ademtest

In het streven om het testen zo effectief, efficiënt maar ook gebruiksvriendelijk in te kunnen zetten, stimuleren we ook de ontwikkeling van innovatieve testmethoden. De ademtest is een niet-invasieve test, want er hoeft geen mond of neusslijm afgenomen te worden en dat is prettig voor de personen die worden getest. Het OMT heeft op 11 januari 2021 geconcludeerd dat de ademtest ingezet kon worden bij asymptomatische personen en personen met milde klachten, zoals degenen die zich doorgaans presenteren in de GGD-testlocaties. Daarbij merkte het OMT ook op dat het belangrijk is om op gestructureerde en herhaalde wijze de validatie van de testen op te volgen en te borgen.

In de stand van zakenbrief van 23 februari jl. heb ik uw Kamer gemeld dat de uitrol van de ademtest tijdelijk was stopgezet naar aanleiding van een aantal foute uitslagen, waarna het Landelijk Expertteam Ademtest zich heeft gebogen over het vervolg. Op 15 maart heeft het expertteam vervolgens geadviseerd om de hoge sensitiviteit in de gebruikersom-

geving te bevestigen middels een robuuste verificatie, waarbij wordt gekeken naar de sensitiviteit (aantal fout-negatieven) en de specificiteit (aantal fout-positieven) van de ademtest in een gebruiksomgeving.

In de stand van zakenbrief van 18 juni jl. heb ik uw Kamer reeds gemeld dat de ademtest niet ingezet zal worden in de teststraten voor toegangstesten, omdat de resultaten van de robuuste verificatie te lang op zich lieten wachten. Op 16 juli heeft het expertteam richting de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT), geconstateerd dat de verificatie niet de beoogde prestaties liet zien. Niet alleen de sensitiviteit, maar vooral ook de specificiteit blijft merkbaar achter bij de gewenste prestaties. Het LCT heeft daarop geadviseerd om het OMT opnieuw om advies te vragen ten aanzien van de inzet van de ademtest. In het 125e advies, adviseert het OMT om de ademtest in de huidige vorm niet in te zetten bij grootschalig testen, zoals in de teststraten. Het LCT schaart zich achter dit advies. Dat advies neem ik over, waardoor de ademtest ook niet ingezet zal worden in de GGD-teststraten. Voor alle partijen is het een teleurstelling dat de ademtest niet op de beoogde wijze ingezet zal worden, ondanks de inzet en betrokkenheid van de partijen.

Spoor 2: Testen om de samenleving stapsgewijs te openen

2a Testen ten behoeve van een coronabewijs

De afgelopen periode is op verschillende manieren testcapaciteit georganiseerd voor de coronabewijzen. Testen voor toegang kende twee marktuitvragen die een landelijk dekkend netwerk van 114 locaties hebben opgeleverd. Hierbij is destijds bewust geïnvesteerd in zekerheid door en beschikbaarheidsvergoeding te bieden, onafhankelijk van de daadwerkelijke afname. Dit heeft ervoor gezorgd dat de Stichting Open Nederland (SON) kon sturen op de omvang van de capaciteit. De open house regeling die eerder door het Ministerie van I&W is opgezet voor het testen voor reizen heeft inzichtelijk gemaakt dat de markt voor testen voor een coronabewijs inmiddels volwassen is en zelf kan zorgen voor een landelijk dekkend netwerk dat zich flexibel richt op de testvraag. Nu het kabinet besluit om het coronatoegangsbewijs breder in te zetten, is het logisch om hiervan gebruik te gaan maken. Hiertoe is aan SON de opdracht verstrekt om door middel van een open house opnieuw testcapaciteit te contracteren opdat de burger die een coronabewijs nodig heeft zich kan laten testen bij een van de bij deze open house aangesloten testaanbieders. Uw Kamer is hierover op 3 september jl. geïnformeerd. Met het overgaan op een open house regeling wordt gefaciliteerd dat het aanbod van testen zich kan aanpassen op de vraag. Dit betekent dat SON niet langer zelf een verspreid netwerk van testlocaties in stand hoeft te houden en ook niet langer een beschikbaarheidsvergoeding betaalt. In plaats daarvan zal de testaanbieder per afgenomen test worden betaald («Open House»). Waar onder SON nu 114 testlocaties zijn gerealiseerd, bleken er onder de open house voor testen voor reizen ruim 800 locaties interessant te zijn voor de markt. De verwachting is dan ook dat de fijnmazigheid van locaties verder zal toenemen. Echter, omdat de markt door middel van een Open House zelf bepaalt waar er een testlocatie open gaat, kan het mogelijk zijn dat in bepaalde regio's minder testcapaciteit aanwezig is. Dan kan worden verkend of er aanvullende testcapaciteit georganiseerd dient te worden.

De Open House is 8 september online gezet en de testcapaciteit vanuit open house zal vanaf 11 oktober worden gebruikt. SON zet de coördinerende en controlerende taken die zij nu ook al had bij de huidige testaanbieders, door in de open house. De contracten met de huidige testaanbieders uit Marktuitvraag I en II worden verlengd tot en met 10 oktober

2021. Hierna kunnen de huidige testaanbieders niet meer worden verlengd. Zij kunnen wel deelnemen via de open house. Tevens worden ook 6 XL-paviljoens verlengd tot en met 10 oktober 2021, waarna zij worden afgebouwd. Eerder was al besloten om in deze XL-locaties geen ademtesten in te zetten. Besloten is nu ook op deze XL-locaties geen gebruik te maken van de eerdergenoemde LAMP-testen, maar alleen van antigeentesten. Dit besluit is genomen vanwege het niet hebben van een landelijke dekking met LAMP en omdat de huidige LAMP-analyselijnen te weinig dekking geven om efficiënt te kunnen worden ingezet bij de verwachte capaciteitsvraag. Wel zal worden gekeken op welke andere manier LAMP nog kan worden ingezet voor de COVID-pandemie. Doordat zowel de XL-teststraten als LAMP niet eerder nodig waren om aan de testvraag te voldoen en de open house de gehele testcapaciteit overneemt, worden de XL-straten uiteindelijk ca drie weken operationeel. LAMP is in spoor 2a nooit operationeel geworden. Met de open house vallen de kosten voor het in de lucht houden van deze capaciteit. De aanbesteding voor mobiele testcapaciteit had SON al eerder aangehouden, omdat er vanwege de maatregelen te weinig testbehoefte was om testaanbieders vanuit deze aanbesteding voldoende testen te kunnen laten uitvoeren. De aanbesteding is nu definitief stopgezet, vanwege de brede open house regeling.

In de Kamerbrief van 3 september is ingegaan op het budgettaire besluit voor de testcapaciteit van oktober tot en met eind december. Het kabinet heeft voor de voorbereiding van de testcapaciteit van oktober tot en met eind december € 630 mln. gereserveerd. Daarmee zijn voldoende financiële middelen beschikbaar voor het scenario dat de testvraag tot einde 2021 onverminderd hoog is. Hieronder vallen de kosten voor 364.000 testen per dag (incl. 64.000 NAAT testen); de kosten voor het verlengen van de huidige aanbieders inclusief de XL-straten tot 11 oktober, en de kosten voor de Stichting Open Nederland welke de kwaliteit van de testaanbieders borgt, de IT beheert en faciliteert, de supportdesk en de helpdesk aanstuurt en de prestaties van de testaanbieders controleert.

In de open house is rekening gehouden met het gebruik van twee typen testen: antigeentesten en NAAT testen. De testmix kan nog worden veranderd op basis van ontwikkelingen in het testbeleid. De totaalvergoeding per uitgevoerde antigeen coronatest bedraagt € 12,77 inclusief BTW, waarbij de testaanbieders gebruik maken van de reeds aanwezige voorraad antigeentesten bij Dienst Testen. Mocht het zo zijn dat niet langer gebruik kan worden gemaakt van deze voorraad dan zal € 17,61 inclusief btw per test worden vergoed. Voor de NAAT-testen bedraagt de vergoeding € 46,25 inclusief btw. Testaanbieders worden daarbij geacht om zelf de benodigde afspraken met laboratoria te maken.

De inzet van coronatoegangsbewijzen vanaf 25 september 2021
Het OMT stelt dat alleen door een brede inzet van het CTB in risicovolle situaties het risico van een forse opleving van het virus beperkt kan worden. Dit betekent niet dat er geen risico's op besmettingen meer zullen zijn, ook niet op plaatsen waar de plicht geldt om met coronatoegangsbewijzen te werken, maar dat de negatieve gevolgen van het versoepelen voldoende geremd kunnen worden om de kwetsbaren in de samenleving te beschermen en de druk op de ziekenhuizen maximaal te controleren. Dit vertrouwen komt voort uit een relatief hoge vaccinatiegraad en de verbeteringen die zijn doorgevoerd in het systeem van coronatoegangsbewijzen sinds de zomer.

In mijn brief aan uw Kamer van 13 augustus jl.²⁴ heb ik u gemeld welke acties ik ter verbetering aan het systeem van coronatoegangsbewijzen heb genomen. Ik heb de wachttijd waarna een coronatoegangsbewijs op basis van een vaccinatie met het Janssenvaccin wordt afgegeven verlengd van 2 weken naar 4 weken. Ook heb ik de geldigheidsduur van een coronatoegangsbewijs op basis van een test bij Testen voor Toegang verkort van 40 uur naar 24 uur. Daarnaast is het, in lijn met de adviezen van het OMT, ook mogelijk voor vrijwilligers, werknemers en artiesten om zich voorafgaand aan de activiteit te laten testen bij de professionele testfaciliteiten van Testen voor Toegang, wordt iedereen die een evenement of optreden bezoekt een zelftest op dag 5 dringend geadviseerd, worden kinderen tussen 6 en 12 jaar die een evenement of optreden bezoeken dringend geadviseerd om zichzelf vooraf te testen, worden organisatoren opgeroepen om een veilige afstand tussen artiesten en publiek te waarborgen, worden mystery guests steekproefsgewijs ingezet om inzicht in de naleving en controle te scheppen, zijn er aanpassingen gedaan aan de CoronaCheck App en de QR-code om de risico's op fraude te verkleinen, worden de testen nu afgenomen door middel van een keel-neus afname en is er een kwaliteitsslag gemaakt bij de testaanbieders van Testen voor Toegang.

Een organisatie die een evenement of de vertoning van kunst en cultuur organiseert, is verplicht vooraf kaarten voor toegang te verkopen en zich te melden bij de gemeente voor de naleving van de aanvullende voorwaarden voor de inzet van CTB. Daarnaast dienen zij afspraken te maken met de lokale GGD om bron- en contactonderzoek te vergemakkelijken.

De burgemeester is als lokaal gezag verantwoordelijk voor het toezicht en de handhaving. Gemeenten kunnen bij het niet naleven van de naleving op de controle van coronatoegangsbewijzen of bij grote besmettingshaarden hun bevoegdheden inzetten. Zo kan de burgemeester een last onder dwangsom opleggen en in het uiterste geval overgaan tot sluiting van een gelegenheid (op grond van artikel 174 gemeentewet of de APV).

De eerder opgestelde afspraken en taakverdeling blijven onverminderd van kracht. Deze afspraken behelzen een drieslag. Ten eerste is het van groot belang dat de ondernemers er zelf alles aan doen om ervoor te zorgen dat de gestelde maatregelen ook worden nageleefd door bezoekers. Hierbij moet onder andere worden gedacht aan het grondig controleren van bezoekers bij de ingang. Ondernemers worden geacht te toetsen of bezoekers een geldig CTB hebben, dat correspondeert met hun legitimatie. Om burgers en organisatoren te ondersteunen en de implementatie van de brede inzet van coronatoegangsbewijzen te verbeteren, worden de knelpunten in de keten voor het verkrijgen van toegang in kaart gebracht, wordt het werkproces van de controleurs in kaart gebracht en wordt er gewerkt aan duidelijk instructies, wordt er gekeken naar handvatten voor de naleving, het toezicht en de handhaving, wordt gekeken hoe gewenst gedrag ondersteund kan worden en wordt er goed gekeken naar hoe met communicatie de doelgroepen zo goed mogelijk kunnen worden bereikt. Het is vervolgens aan gemeenten om bij herhaaldelijke niet-naleving van deze controleplicht door de ondernemer tot daadwerkelijk ingrijpen (bestuurlijke boete, eventueel sluiting) over te gaan en dat dit ook zichtbaar is waardoor er ook duidelijk een voorbeeld wordt gesteld. Tot slot kan in geval van excessen een beroep worden gedaan op de politie. Ik ben samen met de Minister van J&V in gesprek met het veiligheidsberaad over hoe de handhaving op de coronatoegangsbewijzen verder versterkt kan worden.

²⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1396.

Met deze maatregelen in het kader van het verbeterplan zal de keten van toegangstesten beter kunnen functioneren. Dat neemt niet weg dat de elke schakel wel zijn verantwoordelijkheid moet nemen. Als bezoeker laat je je testen en blijf je evengoed thuis als je tussentijds klachten krijgt. Als organisator of uitbater neem je alle maatregelen waaronder controleren aan de deur om er voor te zorgen dat in jouw onderneming een zo veilig mogelijke omgeving is gecreëerd, zodat handhaving niet meer hoeft te worden dan een sluitstuk. Want een BOA bij elke deur is niet uitvoerbaar noch wenselijk.

Daarnaast is het goed om te melden dat elke herstart van een systeem zijn hobbels kent. Landelijk is er genoeg capaciteit, maar in de eerste weekenden kan er lokaal krapte zijn. Daardoor is rijvorming bij de teststraat of lange reisafstand naar testlocaties niet uit te sluiten. Pas na ingang van de open house op 11 oktober zullen er immers meer locaties zijn. Tot dan kan er sprake zijn van lokale krapte en kan het zijn dat mensen verder moeten reizen om een testafspraak te krijgen. Ook zal het voor publiek en ondernemers de eerste weekenden wennen zijn en zal niet iedereen – ondanks het bovenstaande – alles in één keer goed doen. Ervaringen in het buitenland leren echter dat dit tijdelijke effecten zijn die horen bij de brede invoering van het coronatoegangsbewijs.

Nieuwe aansluiting op corona applicatie in kader van de EU-verordening Naast bovenstaande verbeteringen krijgen de huidige testaanbieders van SON ook een nieuwe aansluiting op de corona-app. Dit is noodzakelijk om te voldoen aan de EU-verordening dat elke negatieve testuitslag moet kunnen leiden tot een DCC-certificaat. Dit zal ook worden doorgevoerd bij de testaanbieders die middels de open house worden gecontracteerd. Hierdoor kan een antigeen test die is afgenomen voor een coronatoegangsbewijs dus ook internationaal worden gebruikt.

Verlenging Testen voor Reizigers

Met de invulling van motie van het lid Sjoerdsma c.s.²⁵ is op 18 en 30 juni jl. aan uw Kamer gemeld dat in de periode van 1 juli t/m 31 augustus 2021 het testen voor reizigers naar het buitenland vergoed zal worden. Deze periode is destijds vastgesteld vanuit de prognose dat op 1 september 2021 iedere Nederlander die daarvoor kiest, gevaccineerd kan zijn. Veel Nederlanders die in de afgelopen weken naar hun buitenlandse vakantiebestemming afreisden, hebben van de testmogelijkheid gebruik gemaakt. Tot nu toe zijn er ongeveer 2.967 mln. testen uitgevoerd door commerciële testaanbieders en GGD (t/m 31 augustus 2021) voor uitgaande reizigers (zie onderstaande tabel). Het gaat hier om testen die zijn uitgevoerd of waarvoor reeds afspraken zijn gemaakt in de periode van 1 juli t/m 9 september 2021.

Tabel 1. Aantal testen afgenomen door commerciële testaanbieders en GGD bij uitgaande reizigers.

Testaanbieder	Soort test		Totaal
Commerciële testaanbieders van testenvoorjereis.nl	PCR	1.499 mln	2.703 mln
	Antigeen (sneltest)	1.204 mln	
GGD		0.264 mln	0.264 mln (t/m 31 augustus 2021)
Totaal		1.763 mln	2.967 mln

²⁵ Kamerstuk 21 501-20, nr. 1668.

Het kabinet heeft eerder besloten het vergoeden van testen ten behoeve van reizen naar het buitenland eenmalig met één maand te verlengen tot 1 oktober 2021, vanwege de wachttermijn na vaccinatie en het besluit om kinderen vanaf 12 t/m 17 jaar de mogelijkheid te bieden om zich te laten vaccineren. Wat tot gevolg heeft dat pas op 15 september, iedere Nederlander vanaf 12 jaar die dat wil gevaccineerd kan zijn en eind september over een vaccinatiebewijs kan beschikken. Hiermee voldoet het kabinet aan de motie van het lid Sjoerdsma c.s.²⁶ Daarom zal per 1 oktober deze infrastructuur waarbij mensen zich gratis voor reizen konden laten testen ophouden te bestaan.

Profijtbeginsel

In het coronadebat van 18 augustus jl. is de motie van het lid Paternotte²⁷ aangenomen die ziet op de invoering van het profijtbeginsel bij testen voor toegang. Hierbij draagt de gebruiker van testen voor toegang financieel bij aan het doen van een test. De toepassing van het profijtbeginsel bij testen voor toegang acht het kabinet, gezien de bredere inzet van coronatoegangsbewijzen, op dit moment niet passend. Wel laat ik onderzoek doen naar de effecten van (de invoering van) het profijtbeginsel. Met dit onderzoek zullen de effecten van de invoering van een eigen bijdrage op bijvoorbeeld toegang tot sectoren en de vaccinatiebereidheid worden onderzocht. Dit onderzoek zal nadere input leveren voor de besluitvorming.

2c Preventief testen in het onderwijs

Het preventieve zelftestbeleid voor docenten in het primair onderwijs (po) en voor leerlingen en docenten in het voortgezet (speciaal) onderwijs, is na de zomervakantie gecontinueerd voor personen die als «niet-immuun» worden beschouwd. Tevens geldt ook het preventieve zelftestbeleid voor studenten en docenten in het middelbaar beroepsonderwijs (mbo) en hoger onderwijs (ho).

Op 6 september is een rijonde gestart om scholen en instellingen te voorzien van zelftesten. Scholen en instellingen kunnen aangeven hoeveel testen zij nodig hebben, om leveringen optimaal aan te laten sluiten bij het gebruik. Studenten en docenten in het mbo en ho kunnen daarnaast, net als voor en tijdens het zomerreces, een set van vier zelftesten per keer bestellen via een online portaal, en krijgen die vervolgens kosteloos thuisbezorgd. In het 126^{ste} OMT advies wordt geadviseerd om het zelftestbeleid de komende periode voort te zetten voor personen die als «niet-immuun» beschouwd worden. Het kabinet neemt dit over. Het zelftestbeleid in het onderwijs wordt in ieder geval tot de herfstvakanties gecontinueerd. Aan de hand van de dan (te verwachten) vaccinatiegraad zal bezien worden hoe het beleid in de periode daarna er uit ziet.

Voor het primair onderwijs en de kinderopvang adviseert het OMT om het BCO beleid bij een besmetting in de klas of groep aan te passen. Op dit moment geldt nog dat bij een besmetting de gehele klas of groep in quarantaine gaat. Het OMT ziet dat het in de praktijk tot veel lesuitval leidt en vindt deze maatregel niet meer proportioneel nu veel mensen gevaccineerd zijn. Naar aanleiding van het OMT-advies werkt het RIVM deze week een nieuw beleid uit, met als doel om dit begin volgende week te implementeren. Het beleid wordt dat een kind met een vastgestelde besmetting thuis blijft en dat klasgenoten en ouders geïnformeerd worden over de besmetting in de klas of groep. Bij uitbraken in de kinderopvang of het primair onderwijs kan de GGD aanvullende maatregelen adviseren.

²⁶ Kamerstuk 21 501-20, nr. 1668.

²⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1398.

Zelftesten

Gebruik van zelftesten

Recentelijk zijn de resultaten van de 14^e ronde van het onderzoek Gedragsregels en welbevinden gepubliceerd. Circa een vijfde van de deelnemers aan dit onderzoek gaf aan in de afgelopen 6 weken een zelftest te hebben gedaan, waarvan de helft dat meer dan één keer deed. Uit het onderzoek volgt dat deelnemers dit vooral deden om meer zekerheid te krijgen dat ze het coronavirus niet hadden of anderen niet konden besmetten bij bezoek op school of op werk, en ook vanwege corona gerelateerde klachten.

Bij een positieve testuitslag krijgen mensen het advies om bij de GGD een confirmatietest te doen. Tijdens de technische briefing van 18 augustus jl. bent u al geïnformeerd dat een groot deel van het aantal positieve testen bij de GGD een confirmatietest van een zelftest betrof. Dit aandeel lag in week 36 op 41%. Meer dan 80% van de confirmatietesten bij de GGD geeft een positieve testuitslag en het zijn met name jonge mensen die zich voor een confirmatietest bij de GGD melden. Het hoge aandeel confirmatietesten in combinatie met de hoge kans dat een confirmatietest een positieve testuitslag geeft, heeft zo een sterke invloed op het percentage positieve testuitslagen bij de GGD. In week 36 lag het percentage positieven bij de GGD op 10,8%.

Inzet van de voorraad zelftesten

In voorgaande stand van zakenbrieven heb ik uw Kamer meermaals geïnformeerd over de inkoop en inzet van de voorraad zelftesten. In totaal zijn door het Ministerie van VWS 66,3 mln. zelftesten ingekocht. Hieronder geef ik uw Kamer een update over de groepen die hiermee bediend zijn. Daarbij ga ik ook in op de acties in de zomer die er op gericht waren om de noodzaak van testen en de meerwaarde van zelftesten extra onder de aandacht te brengen.

Inzet zelftesten in het onderwijs en kinderopvang tot de zomervakantie

Zelftesten zijn preventief en risicogericht ingezet in het onderwijs en de kinderopvang. In de kinderopvang en het basisonderwijs hebben medewerkers zelftesten gekregen waarmee ze zich preventief konden zelftesten. In het voortgezet onderwijs zijn zelftesten zowel preventief als risicogericht bij een besmetting in de klas ingezet en gebruikt door zowel leraren als leerlingen. In totaal zijn tot het eind van de zomervakantie 5,6 mln. naar het primair onderwijs en 15,6 mln. testen naar het voortgezet onderwijs verspreid. Naar de kinderopvang en gastouders zijn 2,6 mln. zelftesten verspreid.

Studenten en docenten in het middelbaar beroepsonderwijs en hoger onderwijs kunnen kosteloos zelftesten bestellen via het online portaal www.zelftestonderwijs.nl. Zo zijn in samenwerking met het Ministerie van OCW en SURF van 1 mei tot 1 september circa 4 mln. testen verspreid. Daarnaast hebben alle bekostigde instellingen en alle niet-bekostigde geaccrediteerde instellingen in het mbo en ho de kans om zelftesten te ontvangen, zowel in het nieuwe als in het afgelopen studiejaar. Op deze wijze zijn tot op het moment van schrijven circa 4 mln. testen bezorgd bij meer dan 300 onderwijslocaties.

Aanvankelijk werden zelftesten bij kinderopvangorganisaties, basisscholen en middelbare scholen bezorgd op basis van een inschatting van het gebruik, gebaseerd op aantallen potentiële deelnemers en mogelijke deelnamebereidheid. Dit was nodig om het onderwijs en de kinderopvang

snel te kunnen beleveren. Inmiddels vindt dit veel meer vraaggestuurd plaats. Scholen worden gestimuleerd om de nog aanwezige testen eerst op te maken, en kunnen zelf aangeven hoeveel testen ze willen ontvangen. In het mbo en ho wordt gewerkt met een bestelportaal waarmee studenten en docenten zelf testen kunnen bestellen die thuisbezorgd worden. Zo verminderen we de kans dat er voorraden op onderwijsinstellingen achter blijven die niet gebruikt worden. Dit is belangrijk omdat scholen de beschikbare ruimte op de school hard nodig hebben om fysiek onderwijs te kunnen geven, maar ook omdat het kan leiden tot verspilling van zelftesten. Testen die lange tijd op een onderwijs- of kinderopvanglocatie gelegen hebben kunnen niet retour genomen worden en elders ingezet worden. De kwaliteit van de testen is dan immers niet meer te garanderen. Bij de distributie naar de kinderopvang, waar het zelftestbeleid inmiddels beëindigd is, gaat het om circa 50.000 zelftesten die niet meer gebruikt kunnen worden. In het onderwijs worden zelftesten nog steeds ingezet, en kan dus niet vastgesteld worden hoeveel zelftesten afgeschreven moeten worden. Mijn beeld is nu dat dit met de hierboven beschreven acties relatief beperkt zal zijn.

Inzet zelftesten bij andere groepen

Voor de zomer heb ik 1,5 mln. zelftesten gedoneerd aan de Vereniging van Nederlands Voedselbanken en 0,5 mln. zelftesten via Stichting Armoedefonds. Uw Kamer is hierover eerder geïnformeerd. Via de regionale distributiecentra worden de zelftesten naar de 171 aangesloten voedselbanken verspreid van waaruit circa 40.000 gezinnen worden bediend. Het Armoedefonds verspreidt de zelftesten via aangesloten organisaties. Op dit moment zijn circa 0,3 mln. zelftesten verspreid via meer dan 200 aangesloten organisaties. Dankzij deze bestaande fijnmazige netwerkstructuren komen de zelftesten op plaatsen terecht waar zij een bijdrage kunnen leveren.

Voor de zomer heb ik uw Kamer ook geïnformeerd over het beschikbaar stellen van maximaal 1 mln. zelftesten aan kwetsbaren in thuisisolatie. Via groothandels van apothekers zijn in de eerste batch circa 625.000 zelftesten naar apotheken verspreid waar de doelgroep ze kan afhalen. In de passage over bescherming van personen met een kwetsbare gezondheid wordt ingegaan op verbreding van de doelgroep die in aanmerking komt voor de verstrekking van zelftesten.

Zomeroffensief

In de zomer is een bewustwordingscampagne gestart die erop gericht was om de noodzaak van testen en de meerwaarde van zelftesten extra onder de aandacht te brengen. Via verschillende publiekscampagnes is aandacht besteed aan situaties waarin het goed is om zelftesten te gebruiken, bijvoorbeeld als men terugkeert van vakantie, voordat je mensen ontmoet en voordat je naar school of werk gaat. De campagne is ondersteund met verschillende acties waarbij zelftesten verstrekt zijn:

- Huishoudens: tussen 10 augustus en 1 september hebben alle 8 mln. huishoudens in Nederland een brief ontvangen met een unieke code, waarmee via een digitaal bestelportaal eenmalig twee zelftesten besteld kunnen worden. Hier is inmiddels door veel huishoudens gebruik van gemaakt. Tot 14 september hebben ruim 3,1 mln. huishoudens via het bestelportaal zelftesten besteld. Circa 2,7 mln. huishoudens hebben de zelftesten inmiddels ontvangen. Huishoudens die geen brief hebben ontvangen en wel zelftesten willen ontvangen, kunnen sinds 6 september jl. zelftesten aanvragen via een geïmplementeerd contactformulier op www.zelftestenbestellen.nl. Vanwege het onverwacht hoge aantal aanvragen, is de logistieke capaciteit meermaals opgeschaald, waarmee tijdige levering gerealiseerd is.

- Huishoudens hebben tot eind september de mogelijkheid om zelftesten te bestellen.
- Terugkerende reizigers: Op Nederlandse luchthavens zijn in juli en augustus zelftesten verspreid door werknemers van lokale GGD'en. Deze actie is tot eind september verlengd. Tot 13 september zijn circa 1,6 mln. zelftesten via de verschillende luchthavens verspreid.
 - (Jongeren) campings: Op verzoek van een aantal lokale GGD'en zijn aan die GGD'en zelftesten beschikbaar gesteld voor preventief gebruik op jongerencamping in onder meer Zeeland en op Terschelling. Scholieren: aan het eind van het schooljaar hebben scholieren extra zelftesten mee naar huis gekregen, waarmee ze zich kunnen testen voorafgaand aan de eerste schooldag van het nieuwe schooljaar. Tijdens de zomer is op de social media kanalen Instagram en Snapchat de campagne #daaromtestik gepubliceerd.
 - Eerstejaars studenten: via onderwijsinstellingen zijn zelftesten verstrekt aan eerstejaars studenten waarmee ze zich preventief konden testen tijdens de introductieperiodes. Reeds ingeschreven studenten konden daarnaast ook gedurende de zomer zelftesten bestellen via het portaal www.zelftestonderwijs.nl. U ben eerder geïnformeerd over het voorzetten van dit portaal in en na de zomer.

Governance Test- en Traceerketen

Eind juni heeft de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) een stuurgroep ingesteld die een advies over de inrichting van de testcapaciteit in de overgangsfase van de pandemisch fase naar de endemische fase moest opstellen. Deze opdracht is gesplitst in een advies voor de korte termijn tot einde 2021 en een advies over de langere termijn na 2021 waarin het virus nog niet onder controle is. De stuurgroep heeft begin september haar eerste advies opgeleverd. De testcapaciteit is op dit moment gescheiden in twee sporen die elk een ander testdoel kennen. Deze twee testsporen zijn logisch vanuit de testdoelen, maar het is ook tamelijk complex en dat roept de vraag op of het niet simpeler kan. De GGD is op dit moment verantwoordelijk voor het testen in spoor 1 ter bestrijding van het virus en Stichting Open Nederland is verantwoordelijk voor het organiseren van het preventief testen voor toegang. Het eerste advies bevatte daarom twee hoofdconclusies, te weten (1) op de langere termijn is verdere integratie van de testsporen wenselijk, (2) maar op korte termijn is het niet haalbaar om deze twee testsporen al te integreren en zijn beide sporen, testen voor de publieke gezondheid en preventief testen, nog nodig. De LCT is voornemens om het tweede richtinggevende advies in oktober op te leveren. Om alle ketenpartijen daar voldoende in mee te nemen zullen er de komende tijd verschillende (ronde tafel)gesprekken worden gevoerd met betrokken partijen, waaronder de directeuren publieke gezondheid van de GGD'en, Stichting Open Nederland en de laboratoria en leveranciers van laboratoria.

Aanbesteding laboratoria NAAT testen

Dienst Testen heeft voor de zomer een aanbesteding gestart om voor de komende periode nog voldoende labcapaciteit te hebben voor de NAAT-testen die in de GGD teststraten worden afgenomen, waarbij ook rekening wordt gehouden met nog een mogelijke toename aan testbehoefte in het najaar. De aanbesteding kan echter op dit moment nog niet gegund worden omdat een partij een kort geding heeft gestart. De nieuwe contracten op basis van de aanbesteding bevatten overigens niet langer garantiestellingen, maar alleen betaling per geanalyseerde test. Vanwege het uitstel van de definitieve gunning is dienst testen genoodzaakt om de bestaande overeenkomsten, inclusief de garantiEVERGOEDINGEN te verlengen. Uw Kamer is hierover reeds geïnformeerd middels de 11^{de}

incidentele suppletoire begroting. Deze bestaande overeenkomsten blijven geldig tot drie weken na de gunning van het nieuwe contract.

Bron- en Contactonderzoek (BCO)

Ook in deze fase van de pandemie blijft BCO essentieel. Om na besmetting verdere verspreiding in te dammen is het belangrijk dat iedereen blijft meewerken aan BCO. De CoronaMelder blijft, zo blijkt ook uit onderzoek van Tilburg University, hierbij een belangrijk middel. Als de GGD oproept om naar aanleiding van BCO te testen, is het uitermate verstandig om dat ook te doen. Niemand wil immers zelf de volgende bron van besmetting worden.

GGD'en proberen altijd zo volledig mogelijk BCO uit te voeren. Dit lukt in de meeste gevallen ook goed. 20 GGD'en voeren volledig BCO uit inclusief monitorgesprekken. 4 GGD'en voeren volledig BCO uit zonder monitorgesprekken en 1 GGD voert op dit moment «lean» BCO uit, waarbij de index zelf de contacten inventariseert en informeert, de focus ligt in deze regio vooral op het brononderzoek.

Er zijn in de betreffende regio veel besmettingen. Een groot deel daarvan vraagt om specifieke BCO's die niet door de landelijke partners kunnen worden opgepakt in verband met ingewikkelde adviezen. Het hoge aantal positieve besmettingen op basisscholen speelt hierin een belangrijke rol. Dit vraagt veel capaciteit van deze GGD.

In het 126^e OMT-advies adviseert het OMT nogmaals om «BCO-op maat» te implementeren, waarbij de GGD met iedere index in ieder geval eenmalig (telefonisch) contact heeft. Dit gesprek is van belang voor het brononderzoek, het verzamelen van surveillancedata, en het starten van contactonderzoek. Het «BCO-op maat» richt zich dus voornamelijk op *outbreak management*. Dit is erg intensief werk, zeker nu het aantal contacten dat mensen hebben en daarmee het potentieel aan besmettingsbronnen toeneemt. Kern van BCO op maat is dat de GGD een risico inschatting maakt en aan de hand daarvan bepaald wat nuttig en nodig is. Dit geeft de GGD de ruimte om extra in te zetten op situaties waar uitgebreid (uitbraak)onderzoek essentieel is. De criteria voor uitgebreid BCO omvatten:

- De index heeft een aangetoonde infectie of heeft risico gelopen op een Variant of Interest of Variant of Concern met beperkte verspreiding in Nederland
- De index behoort tot een moeilijk bereikbare groep (bijv. taalbarrière of arbeidsmigranten).
- De index bevindt zich in een omgeving met een lage (verwachte) vaccinatiegraad/mensen die het afgelopen half jaar een besmetting hebben doorgemaakt
- De index is onderdeel van een bekend cluster/uitbraak
- De index kan zelf geen contactonderzoek doen vanwege diverse redenen

In andere gevallen kan het nuttiger zijn als de index zelf zijn contacten informeert, immers de sociale media en contactenlijst van een persoon werken vaak sneller dan stuk voor stuk nabellen door de GGD, zeker als er veel potentiële contacten in het spel zijn.

Het OMT formuleert een aantal voorwaarden om contactonderzoek te laten doen door de index:

- De index is voldoende toegerust. Hiertoe zouden informatie en tools ontwikkeld moeten worden.
- Een minimale set aan data wordt door de index gedeeld met de GGD om zo zicht en inzicht te houden op de verspreiding van het virus en specifieke bronnen die tot transmissie kunnen leiden. Dit is afhankelijk van de keuzes die gemaakt worden m.b.t. surveillance.

Tot slot geeft de GGD aan dat voor «BCO-op maat» GGD Contact landelijk geïmplementeerd moet zijn, zodat snel en effectief aan outbreak management gedaan kan worden. GGD GHOR en RIVM werken BCO op maat samen uit en zorgen voor implementatie, waarschijnlijk in de loop van oktober.

GGD Contact

Tot nu toe is GGD Contact door 18 GGD'en in gebruik genomen. De planning is dat alle GGD'en in de loop van september 2021, als de infectiedruk dit toestaat, GGD Contact in gebruik hebben genomen ter ondersteuning van het BCO voor de bestrijding van het COVID-19-virus.

Een evaluatie over de eerste weken laat een positief beeld zien ten aanzien van ondersteuning van het BCO, de verbetering van de kwaliteit van de informatie in het medisch dossier en de gebruiksvriendelijkheid van het systeem. Een belangrijke nieuwe mogelijkheid die GGD Contact biedt, is versneld BCO met de GGD Contact-app. Met de GGD contact-app kan een met het coronavirus besmet persoon zelf contacten in kaart brengen, hen waarschuwen en daarnaast advies geven. Vanuit de app kunnen gegevens eventueel gedeeld worden met de GGD.

Sequencing

De kans blijft bestaan, ondanks de nu dominante Delta variant, dat er ook in Nederlands andere VOC's opduiken. Om deze mutaties tijdig te identificeren is er sinds oktober 2020 een kiemsurveillancenetwerk ingericht, waarbij het RIVM wekelijks steekproefsgewijs de sequentie van positieve COVID-19 monsters analyseert. Verder bepalen de referentielaboratoria Erasmus MC en RIVM al sinds het begin van de pandemie de sequentie van allerlei positieve monsters bij uitbraken, inkomende reizigers uit risicogebieden, BCO, andere onderzoeken, bijzondere diagnostiek, etc. De vraag naar sequencing zal naar verwachting verder toenemen. RIVM is daarom bezig 16 laboratoria te contracteren om deze sequentie-analyses uitvoeren voor kiemsurveillance en andere doeleinden. De bijbehorende kosten voor deze sequentie-analyses zullen bekostigd worden uit het Corona-budget van het RIVM.

Feiten en Cijfers over Testen en Traceren

Tabel 2. Feiten en cijfers Testen en Traceren week 34 – 36

Indicator	Week 34	Week 35	Week 36
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen) ^{1 2}	147.154 totaal per week 21.022 gemiddeld per dag	177.695 totaal per week 25.385 gemiddeld per dag	192.556 totaal per week 27.508 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD testlocaties, excl. testen van reizigers ¹	124.992 testen per week 17.856 gemiddeld per dag	155.533 testen per week 22.219 gemiddeld per dag	170.394 testen per week 24.342 gemiddeld per dag
Percentage sneltesten van het totaal aantal afgenomen testen bij de GGD ¹	8,1%	10,6%	6,1%
Totaal aantal afgenomen testen voor toegang en percentage positief ³	97.106 testen per week 0,24% positieven in testen voor toegang	80.438 testen per week 0,23% positieven in testen voor toegang	59.042 testen per week 0,28% positieven in testen voor toegang
Totaal aantal afgenomen testen voor uitgaande reizigers bij GGD-en ³	5.138 testen per week	948 testen per week (alleen 30 en 31 augustus)	0 testen per week

Indicator	Week 34	Week 35	Week 36
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten ³	17.575 meldingen bij het RIVM 16.316 positieven uit de GGD-testlocaties 13,1% positieven in GGD-testlocaties	17.890 meldingen bij het RIVM 16.700 positieven uit de GGD-testlocaties 10,8% positieven in GGD-testlocaties	15.976 meldingen bij het RIVM 15.293 positieven uit de GGD-testlocaties 9,0% positieven in GGD-testlocaties
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen ⁴	33% (meting 24 augustus – 30 augustus)	33% (meting 24 augustus – 30 augustus)	33% (meting 24 augustus – 30 augustus)
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname ¹	13,4 uur ⁵	14,3 uur	14,6 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag ¹	15,4 uur	11,3 uur	16,0 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraak en testuitslag ¹	28,8 uur	29,5 uur	30,6 uur
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) ¹	23,9 uur	23,6 uur	21,4 uur

¹ Bron: CoronIT en Dienst Testen lab-uitvraag (14/09/2021).

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

³ Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (14/09/2021).

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

⁵ Doorlooptijden in week 34 kunnen minder accuraat zijn door een technische storing.

13. Vaccinaties

Door te vaccineren kunnen we de samenleving, en kwetsbare mensen in het bijzonder, zo goed mogelijk beschermen tegen ernstige ziekte en sterfte als gevolg van het coronavirus. Inmiddels heeft iedereen van 12 jaar en ouder in Nederland de kans gekregen zich te laten vaccineren tegen COVID-19. Gelukkig hebben heel veel mensen gehoor gegeven aan de oproep jezelf en zo ook anderen te beschermen. Op dit moment hebben van alle 18-plussers 85,6% minimaal een eerste prik ontvangen en zijn 81,7% volledig gevaccineerd. Van alle 12-plussers hebben 83,1% minimaal een eerste prik ontvangen en zijn 79,0% volledig gevaccineerd²⁸ (bron: RIVM). Elke prik telt. Niet alleen ter bescherming, maar ook in het verlagen van de druk op de (inhaal)zorg. Zodat mensen tijdig de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis krijgen die nodig zij nodig hebben en niet onnodig lang hoeven te wachten. Ter illustratie: gemiddeld liggen COVID-19-patiënten gemiddeld 16 dagen op de IC. Iemand die een openhartoperatie heeft ondergaan, heeft gemiddeld 24 tot 48 uur intensieve zorg nodig. Met een zo hoog en zo homogeen mogelijke vaccinatiegraad krijgt het coronavirus minder kans om toe te slaan. Ook de komende tijd blijven we daarom inzetten op het laagdrempelig aanbieden van vaccinaties.

²⁸ Dit is inclusief het meetellen als volledig gevaccineerd van mensen die één prik hebben gehad na doorgemaakte Covid-19.

Vaccinatie beschermt goed tegen ziekenhuisopname

Een recent gepubliceerde rapportage van het RIVM (van 27 augustus jl.) laat een hoge vaccineffectiviteit zien tegen zowel ziekenhuisopname (95%) als noodzaak tot IC-opname (97%). Uit de analyse blijkt dat de kans om als volledig gevaccineerd persoon met het coronavirus in het ziekenhuis te worden opgenomen 20 keer kleiner is dan voor een niet-gevaccineerde. Voor de IC is die kans als volledig gevaccineerde zelfs 33 keer zo klein. Ook het OMT benoemt in het 126^e advies dat het overgrote merendeel van de positief geteste en opgenomen COVID-19-patiënten niet gevaccineerd was. Als mensen die dat kunnen zich laten vaccineren kunnen ze dus ook een deel van de druk op de zorg wegnemen.

In het RIVM-onderzoek is onderscheid gemaakt in de vaccineffectiviteit per vaccin. De meeste mensen in Nederland zijn gevaccineerd met het vaccin van BioNTech/Pfizer. Uit de analyse blijkt dat dit vaccin bij volledig gevaccineerde mensen onder de 70 jaar voor meer dan 98% beschermt tegen ziekenhuis- en IC-opname. Dat betekent dat de kans op ziekenhuis- en IC-opname voor deze mensen 50 keer kleiner is dan voor niet-gevaccineerde mensen. Bij het vaccin van Moderna lijkt de effectiviteit tegen ziekenhuisopname wat lager, maar meer dan 80% en daarmee nog steeds ruim voldoende. Bijna een miljoen mensen kregen het Moderna-vaccin, waarvan veel mensen uit medische hoogrisicogroepen. Van mensen met een hoog medisch risico, die bijvoorbeeld een zeer verzwakt immuunsysteem hebben, is bekend dat de vaccins bij sommige patiënten minder goed kunnen werken. Dit kan de lagere effectiviteit van het Moderna-vaccin in deze analyse verklaren. Ook de vaccins van AstraZeneca en Janssen zijn minder vaak toegediend in de vaccinatiecampagne. Daardoor was de effectiviteit van de vaccins iets minder precies te bepalen in deze analyses. Wel kan uit deze analyse worden opgemaakt dat alle vaccins goed beschermen tegen ziekenhuisopname. Tussen 4 april en 20 augustus werden 15.222 mensen met COVID-19 opgenomen in het ziekenhuis. Van deze mensen was 88,0% niet-gevaccineerd, 7,4% deels gevaccineerd en 4,6% volledig gevaccineerd. De beschikbare vaccins beschermen daarbij ook goed tegen de deltavariant. Een onderzoek van het RIVM laat zien dat de vaccins in de periode dat de deltavariant dominant was (4 juli t/m 12 augustus), net zo goed beschermden tegen ernstige ziekte als in de periode dat de alfavariant dominant was in Nederland (4 april t/m 29 mei).

In deze analyse zien we geen aanwijzingen dat de effectiviteit van de vaccins in de eerste maanden na vaccinatie daalt. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat vier maanden geleden nog maar 1 miljoen mensen volledig gevaccineerd waren. Het RIVM zal daarom vanaf heden de COVID-19-vaccineffectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opname elke twee weken monitoren en mij daarover rapporteren.

Verder verhogen vaccinatiegraad

De vaccinatiegraad verhogen heeft de hoogste prioriteit om de risico's van het virus te beheersen en de kwetsbaren in onze samenleving te beschermen. Met een vaccinatie bescherm je immers niet alleen jezelf, maar draag je indirect ook bij aan een betere bescherming van je sociale omgeving en van de samenleving als geheel. Een zo hoog en zo homogeen mogelijke vaccinatiegraad is door de opkomst van besmettelijkere virusvarianten, zoals de deltavariant, alleen nog maar belangrijker geworden. Het coronavirus zal blijven circuleren, dus als je niet gevaccineerd bent of geen afweer opbouwt na vaccinatie, moet je altijd rekening houden met de kans op besmetting. Het is niet zozeer de vraag óf je besmet wordt, maar wanneer. Het OMT onderstreept dan ook het belang

van een hoge vaccinatiegraad, ook in relatie tot de aangekondigde versoepelingen. Een hoge vaccinatiegraad in alle groepen binnen onze samenleving is volgens het OMT de enige manier om maatregelen los te kunnen laten zonder dat daarbij toegang tot de zorg belast wordt. Alleen zo zorgen we ervoor dat de reguliere zorg zonder uitstel mogelijk is en blijft, en bovenal ook, de kwetsbaren in de samenleving de best mogelijke bescherming geboden wordt. Het OMT benadrukt dat we door te vaccineren de best mogelijke ringbescherming creëren voor kwetsbare patiënten die na vaccinatie onvoldoende bescherming tegen ernstige ziekte opbouwen. Om hen ook de mogelijkheid te geven veilig in de samenleving te participeren is het van het groot belang dat iedereen die dat kan, zich laat vaccineren. Hoe meer mensen gevaccineerd zijn, hoe meer we in vrijheid en zorgeloos kunnen leven en samenleven. Het streven is hierbij volgens het OMT een vaccinatiegraad die vergelijkbaar is met die van vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma.

Ik vind het ook een opdracht aan alle maatschappelijke sectoren om een verdere verhoging van de vaccinatiegraad voor elkaar te krijgen. In onderstaande passage ga ik verder in op de inspanningen die we samen met betrokken partijen leveren om COVID-19-vaccinaties laagdrempelig aan te blijven bieden en zoveel mogelijk mensen te informeren over het belang van vaccineren. Het OMT benoemt in dit kader specifiek het verhogen van de vaccinatiegraad in subgroepen waarin de vaccinatiegraad achterblijft, zoals de groep jongeren van 12–18 jaar. Daarnaast zal de aandacht ook gericht zijn op die groep ongevaccineerden in de leeftijdscategorieën die een grotere kans hebben in het ziekenhuis of de IC terecht te komen.

Inzicht in groepen die zich (nog) niet hebben laten vaccineren

Vanuit het Rijksvaccinatieprogramma is bekend dat 5–9% van de mensen principiële overwegingen heeft om zich niet te laten vaccineren. Hoewel uit onderzoek van het RIVM naar voren komt dat de vaccinatiebereidheid tegen COVID-19 hoog is, blijkt uit de vaccinatiecijfers van het RIVM dat de vaccinatiegraad met name onder jongeren en jongvolwassenen achterblijft ten opzichte van de rest van de populatie. Daarnaast heeft de groep van 50-plussers weliswaar een relatief hoge vaccinatiegraad (> 80%), maar tegelijkertijd is de kans op ernstige ziekte door COVID-19 bij 50-plussers wel groter en daarmee ook de kans op opname in het ziekenhuis of op de IC. Uit andere onderzoeken komt naar voren dat de vaccinatiegraad niet alleen onder jongeren en jongvolwassenen achterblijft, maar ook bij mensen met een niet-westerse migratieachtergrond en bij bevindelijk gereformeerden. Voor verdere kenmerken wordt op dit moment nader kwalitatief en kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Het gericht stimuleren van vaccinatie vergt vaak een lokale en specifieke aanpak gericht op de verschillende groepen, en op hun verschillende motieven en belemmeringen. Interventies waarvan uit andere vaccinatieprogramma's bekend is dat ze werken worden hierbij ingezet, bijvoorbeeld het voeren van het gesprek binnen de gemeenschap waar de persoon deel van uitmaakt en informatievoorziening via vertrouwde sleutelfiguren. Ook wordt bij ontmoetingsplekken binnen de gemeenschap, zoals een moskee, gevaccineerd. Daarnaast is er informatie over vaccineren beschikbaar in meerdere talen; deze informatie wordt via zowel traditionele als sociale mediakanalen beschikbaar gesteld. We analyseren daarnaast hoe de verdeling binnen deze groepen is en wat de belangrijkste kenmerken en barrières zijn van deze groepen om daarna aanvullende gerichte acties te kunnen inzetten.

Dankzij de inspanningen van de GGD'en en andere betrokkenen hebben veel mensen zich al wel laten vaccineren, maar zoals in bovenstaande alinea is geschetst is er meer nodig. We komen in een andere fase terecht nu de massacampagne is afgerond en de campagne gericht op groepen en maatwerk nu de hoofdactiviteit wordt. Dit gaat om de circa 15% die zich nog niet hebben laten vaccineren. Deze groepen kan je ruwweg onderverdelen in 3 groepen, zoals weergegeven in figuur 1.

Figuur 1. Er zijn drie groepen te onderscheiden van mensen die nog niet gevaccineerd zijn.



De interventies die de GGD'en de afgelopen maanden hebben ingezet, zijn vooral gericht op doelgroep A: mensen die zich willen laten vaccineren, maar dat om wat voor reden dan ook nog niet hebben gedaan. Zij ervaren vaak fysieke barrières, die weggenomen kunnen worden door interventies als prikkenzonderafpraak.nl, de prikbus, de vrije inloop, pop-up locaties, etc. Daarmee zorgen de GGD'en ervoor dat het daadwerkelijk laten zetten van de prik zo makkelijk mogelijk wordt gemaakt. Maar ook wordt op doelgroep B ingezet met duidelijke informatie op meerdere manieren en met meerdere kanalen.

Doelgroep B, de twijfelaars, ervaren meer emotionele, functionele en sociale barrières. De aanpak «plan je prik» of «prikken zonder afspraak» werkt niet of mogelijk zelfs averechts bij deze doelgroep. Hetzelfde geldt voor doelgroep C; zij willen (vooralsnog) geen prik. Ook bij hen spelen emotionele, functionele en sociale barrières, vaak principiële, en werkt de aanpak gericht op het wegnemen van fysieke barrières niet. Om hun barrières weg te nemen zijn andere type interventies nodig. Bijvoorbeeld informatie die nog meer begrijpelijk en toegankelijk is, ruimte voor mensen om vragen te kunnen stellen en hun zorgen te delen, ruimte om de afweging te maken voor hun eigen persoonlijke situatie, en gesprekspartners en sleutelpersonen die door hen vertrouwd worden. Daarbij is het belang van de prik wellicht niet het juiste aanknopingspunt voor gesprek, maar bijvoorbeeld wel de veiligheid van hun eigen sociale omgeving of het wegnemen van bepaalde angst. Het RIVM en de GGD'en werken aan de verdere uitwerking hiervan. Hieronder ga ik in op enkele gerichte acties die in dit kader worden ingezet.

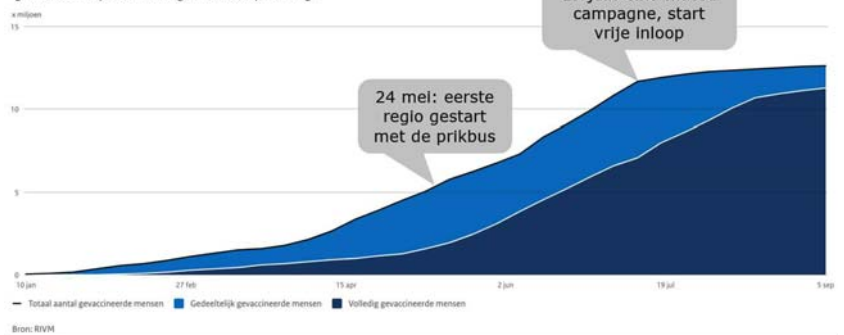
Gerichte acties

Via het project «Verhogen Vaccinatiegraad» – een samenwerking tussen RIVM, GGD'en en GGD GHOR Nederland – wordt steeds gekeken naar wat de vaccinatiedata ons leren. Voor de aanpak in het project Verhogen Vaccinatiegraad, wordt gekozen voor een strategie om mensen te benaderen op momenten dat zij geconfronteerd worden met corona. Een voorbeeld is wanneer zij een afspraak maken voor een test bij Testen voor toegang of positief getest zijn door de GGD. Ook wordt met een gerichte campagne prikken zonder afspraak extra inzet gepleegd in de gebieden waar de vaccinatiegraad achterblijft. Inmiddels zijn er zo'n 200 locaties waar Nederlanders zonder afspraak terecht kunnen.

Figuur 2. Aantal gevaccineerde mensen door de tijd met start campagne laagdrempelig vaccineren en einde massacampagne.

Aantal gevaccineerde mensen door de tijd heen

Deze grafiek laat zien hoeveel mensen een prik hebben gehad. Ook is te zien hoeveel mensen volledig en hoeveel mensen gedeeltelijk gevaccineerd zijn. Mensen die gedeeltelijk gevaccineerd zijn, hebben nog een tweede prik nodig.



In de figuur hierboven is te zien dat de massacampagne voor een eerste prik in de tweede helft van juli ten einde liep. Dat houdt tegelijkertijd niet in dat we op dat moment pas zijn begonnen met laagdrempelig vaccineren. Ter illustratie, de eerste GGD-regio is op 24 mei al gestart met de actie van de prikbus. In onderstaand overzicht is weergegeven op welke manier op laagdrempelige en fijnmazige wijze wordt ingezet op het verhogen van de vaccinatiegraad.

Laagdrempelig en fijnmazig vaccineren

Bij het ontwikkelen van interventies om de vaccinatiegraad verder te verhogen werken we via een tweesporenbeleid om de eerder genoemde doelgroepen (A, B, en C) te kunnen bereiken. Het eerste spoor is vooral gericht op doelgroep A en de fysieke barrières, het tweede spoor is gericht op doelgroep B en C en de emotionele, sociale en functionele barrières. Het RIVM, GGD'en en GGD GHOR Nederland coördineren deze gerichte aanpak, waarbij samenwerking plaatsvindt met VWS en andere stakeholders. Hierin is het zaak om te blijven experimenteren, innoveren en uitproberen (trial & error). Een aantal voorbeelden van landelijke en regionale interventies, gericht op het wegnemen van verschillende soorten barrières, is hieronder opgenomen.

Type barrière	Voorbeeld	Voorbeeld interventies
Fysieke barrière	Afstand tot een priklocatie, informatie in meerdere talen beschikbaar, aandacht voor laaggeletterdheid	Er lopen meerdere interventies: Inzet prikbusen en pop-up locaties in meerdere regio's, verruimde openingstijden locaties in meerdere regio's, prikken zonder afspraak (landelijk initiatief), aparte aanpak mensen met allergische reacties, filmpjes in meerdere talen beschikbaar. Met onderwijskoepels zijn afspraken gemaakt over voorlichting, vaccinatie en bron- en contactonderzoek op onderwijs instellingen. In navolging van de WO- en HBO-koepels is nu ook met de MBO-raad afgesproken om het contact tussen instellingen en GGD-regio's te stimuleren. De meeste regio's hebben al afspraken gemaakt met MBO-instellingen.
Emotionele barrière	Wantrouwen of boosheid jegens de overheid, prikangst	Speciale prikmomenten bij de GGD voor mensen met prikangst (meerdere regio's), beschikbaarheid betrouwbare informatie bijvoorbeeld op www.jouwggd.nl (jongeren), samenwerking zorgprofessionals (allen landelijk)
Sociale barrière	Geloofsovertuiging, Gebrek aan sociale druk	Gespreksvoering via sleutelfiguren in gemeenschap; lokale aanwezigheid artsen bijvoorbeeld bij gebedshuizen, op de markt, bij het buurthuis, bij (alternatieve) voedselbanken, samenwerking met lokale organisaties (bijvoorbeeld Inclusia) om migranten doelgroepen te bereiken
Functionele barrière	Onzekerheid over lange termijn effecten van vaccins, gebrek aan urgentie besef	Aangaan dialoog middels sleutelfiguren, maatwerk informatievoorziening, lespakketten (jongeren), speciale informatie voor zwangeren (verspreiding via landelijke bladen), informatieverstrekking GGD/VWS/RIVM via meerdere kanalen, in meerdere talen, filmpjes van GGD artsen via sociale mediakanalen

Doorgaan, opstarten en monitoren effecten interventies voor doelgroep A en B

GGD'en, het RIVM, VWS en waar relevant het CBS, werken nauw samen om het effect van interventies, beleid en andere variabelen op de vaccinatieopkomst en -graad te monitoren. Wekelijkse afstemming en duiding van de data en nieuw verkregen inzichten biedt aan alle betrokken partijen handvatten om constant te evalueren wat wel of niet effect heeft. Zo kan worden gekozen om met bepaalde interventies door te gaan, deze breed op te schalen en wijd te delen, of om juist focus en inzet elders te richten.

Inzet tijdelijke vaccinatielocaties

Met de inzet van prikbusen en het gebruik van (tijdelijke) pop-up locaties wordt ingezet op het verlagen van de (fysieke) drempel voor vaccinatie én op het verstrekken van informatie om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor vaccinatie. Voor de tijdelijke locaties wordt nu ingezet op doorstroomlocaties. Dit zijn bijvoorbeeld leegstaande panden in winkelgebieden. Daarnaast lopen verkennende gesprekken met grote winkelketens, voor het in nabijheid plaatsen van prikbusen. Deze tijdelijke locaties zijn georiënteerd op de achterblijvende doelgroepen. Voor deze groep is gebleken dat het minimaliseren van fysieke barrières, zoals in dit geval het beperken van de reistijd, bij kan dragen aan het verhogen van de vaccinatiegraad.

Prikken zonder afspraak & vrije inloop

Via de website www.prikkenzonderafspraak.nl kunnen mensen kijken waar ze in hun omgeving terecht kunnen om direct, zonder afspraak, een vaccinatie te halen, wat bijdraagt aan het verhogen van de vaccinatieopkomst. Dit gebeurt door het prikbus-initiatief en andere locaties die vaccineren zonder afspraak aanbieden (vrije inloop) te verspreiden en vergroten. Deze vrije inloop bereikte op 11 september een piek van ruim vijfduizend prikken op één dag. Met een groeiend aandeel is vrije inloop op dit moment goed voor zo'n veertig procent van alle eerste prikken. Van de bijna twintigduizend prikken per dag de afgelopen week, waren ongeveer zeventuizend eerste prikken en daarvan 2.800 via vrije inloop.

Vaccinatiegraad onder 50-plussers

De vaccinatiegraad van de doelgroep 50–65-jarigen zit tussen 80–86%. Maar zoals hierboven aangegeven is het van belang dat de vaccinatiegraad ook in deze groep hoger wordt vanwege de verhoogde kans op een ernstige ziekte door COVID-19 en ziekenhuisopname. Tijdens het debat van 18 augustus jl. heeft het lid Paternotte (D66) voorgesteld om, net als in Denemarken de groep van 50-plussers die nog niet (volledig) gevaccineerd zijn, na te bellen. Ik heb deze mogelijkheid onderzocht. Vanwege privacywetgeving is dit echter niet mogelijk. Het registreren, verzamelen en opvragen van de vaccinatiestatus van mensen zijn allemaal verwerkingen van bijzondere persoonsgegevens.

Omdat het voor de 50-plussers van belang is dat de vaccinatiegraad verder toeneemt, zet ik alles op alles om dit verder onder de aandacht te brengen. De aanpak van het RIVM richt zich op leren van de praktijk, data-gedreven onderzoek en een ontwerpaanpak op de korte termijn. Door ongevaccineerden uit deze groep te bevragen kan een beeld worden gevormd over hun motivaties om zich niet te laten vaccineren. Deze informatie kan helpen bij het uitdenken van de juiste aanpak, het kanaal en de boodschap. Door dit ook direct te vertalen in interventies kan inzicht en effect gecombineerd worden.

Vaccineren van jongeren: voorlichting en informatie in het onderwijs

In de Kamerbrief van 13 augustus jl. heb ik aangegeven dat met het nieuwe studiejaar, de verschillende scholen en onderwijsinstellingen in samenwerking met de GGD-regio's zich richten op het geven van voorlichting en informatie over vaccinatie. Veel GGD-regio's zijn volop bezig met deze campagne. De focus ligt op het informeren en voorlichten van studenten en scholieren. GGD GHOR Nederland heeft wekelijks gesprekken met de onderwijskoepels. Hier worden signalen uitgewisseld en knelpunten aangepakt.

Tijdens de introductieweken van het hoger onderwijs hebben verschillende GGD-regio's naast voorlichting en informatieverstrekking, in sommige situaties ook prikbusen en pop-up locaties ingezet. Dit heeft tot een wisselend beeld geleid, er zijn GGD-regio's die enthousiast waren over de opkomst, in andere regio's werd minder gebruik gemaakt van de prikbus. De samenwerking blijft bestaan en de GGD-regio's blijven inspanningen leveren in het hoger onderwijs op het gebied van voorlichting en aanbieden van laagdrempelig vaccineren.

Voor het middelbaar beroepsonderwijs en het hoger onderwijs zijn met partijen uit de sector nieuwe versies van de servicedocumenten²⁹ vastgesteld. Hierin wordt aangegeven dat vaccinatie een cruciaal onderdeel in de strategie blijft om het coronavirus te bestrijden. De instellingen gaan actief in overleg met de GGD-regio's over de inzet van «prikbusen» bij de onderwijslocaties. Daarnaast informeren de onderwijsinstellingen studenten over de mogelijkheden die er zijn om zich – eventueel zonder afspraak via www.prikkenzonderafpraak.nl – te laten vaccineren.

In het voortgezet onderwijs hebben de scholenteams van de regionale GGD'en goed contact met de scholen. In samenspraak met de scholen kunnen GGD-medewerkers voorlichting en informatie geven op scholen. Daarbij kunnen ze ook ingaan op vragen van scholieren. Zij kunnen verwijzen naar priklocaties waar leerlingen zich laagdrempelig (zonder afspraak, maar liefst met ouders) kunnen laten vaccineren.

Daarnaast heb ik het onafhankelijke Nederlands Instituut voor de Biologie (NIBI) een lesmodule laten ontwikkelen met onder andere informatie over vaccins, de werking en ontwikkeling van een vaccin en de eigen keuze die iedereen vanaf 12 jaar heeft om zich te laten vaccineren. De lesmodule is te vinden op www.lerenovervaccineren.nl en wordt actief bij scholen onder de aandacht gebracht via de nieuwsbrief vanuit het Ministerie van OCW. De lesmodule is door iedere docent te gebruiken. De verwachting is dat met deze inzet de vaccinatiegraad onder tieners nog verder zal toenemen.

Mobiliseren maatschappelijk veld

Naast het doorgaan, opstarten en monitoren van de effecten van interventies voor doelgroep A en B (spoor 1), werkt de GGD parallel aan het opstarten van nieuwe communicatie voor de resterende doelgroepen (spoor 2). Doelgroepen B en C zijn de groepen waarvan de vaccinatiegraad achterblijft bij het landelijk gemiddelde van 85%. Onder de 60-minners (geboortejaren 1961–2008) is de vaccinatiegraad gemiddeld onder de 70%. Om de vaccinatiegraad in deze groepen ook verder te verhogen, is een aanvullende aanpak nodig gericht op de emotionele, functionele en sociale barrières die deze groepen ervaren. De interventies zullen gericht zijn op alle segmenten die nu achterblijven; 50-plussers, jongeren, migranten, etc. Hierbij moeten we zoveel mogelijk aansluiten op de motivaties die in deze doelgroepen leven. Dit wordt door RIVM en GGD GHOR Nederland verder uitgewerkt maar een ding is al duidelijk, hiervoor is een breder maatschappelijk debat nodig.

Vooralsnog is de overheid hoofdzakelijk bron van informatie, debat en bericht geweest. De overheid heeft grotendeels de verantwoordelijkheid van het maatschappelijke debat gedragen, waar het juist ten goede van

²⁹ Servicedocument mbo-aanpak coronavirus COVID-19 | Publicatie | Rijksoverheid.nl en Servicedocument Hoger Onderwijs versie 11.0, 25 augustus 2021 – aanpak coronavirus COVID-19 | Publicatie | Rijksoverheid.nl

het debat zou komen als het daadwerkelijk maatschappelijk zou zijn, dit wil zeggen: waarin de maatschappij breder participeert. Voor het succesvol neerzetten van de aankomende acties wordt ook gekeken naar nieuwe afzenders/boodschappers. Daarbij is de rol van andere maatschappelijke partijen bij het bereiken van doelgroep B en C noodzakelijk.

Uitvoering vaccinatieoperatie voor specifieke doelgroepen

Uitbreiding programma vaccineren zeevarenden

Ik heb in mijn brief van 11 mei jl.³⁰ aangekondigd dat medio juni gestart zou worden met het vaccineren van zeevarenden die varen op Nederlands gevlagde schepen en schepen onder Nederlands beheer. Het Janssen-vaccin is beschikbaar gesteld voor deze doelgroep. De kosten voor de logistieke organisatie en de feitelijke vaccinatie worden gedragen door het private programma dat de Koninklijke Vereniging van Nederlandse Reders (KVNR) hiervoor heeft opgezet. Op 2 augustus jl. is het huidige programma van de KVNR met een pilot gestart in de *Port of Rotterdam* om gedurende één maand ook zeevarenden die niet onder Nederlandse vlag varen te vaccineren. Hiervoor zijn 10.000 Janssen-vaccins beschikbaar gesteld. De pilot is voorspoedig verlopen. Per 1 september is het programma van de KVNR dan ook verder uitgebreid naar drie andere Nederlandse havens (Delfzijl, *Port of Amsterdam* en Vlissingen-Terneuzen). Met deze uitbreiding maken we het mogelijk dat bemanningen op zeeschepen zo volledig mogelijk beschermd zijn. Vaccineren van zeevarenden voorkomt ook dat zij tegen reisbeperkingen aanlopen die het proces van wereldwijde bemanningswisselingen verder compliceren.

Inzet apothekers bij vaccineren

In het debat van 18 augustus jl. heeft het lid Paternotte (D66) voorgesteld om apothekers in te zetten bij het vaccineren. Er wordt door GGD'en al ingezet op laagdrempelig vaccineren met mobiele prikunits en vrije inloop. Apothekers zijn in Nederland niet bevoegd om vaccins te plaatsen bij mensen. Dit is een voorbehouden handeling geregistreerd onder de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Ik heb wel aan GGD GHOR Nederland gevraagd of zij de GGD-regio's kunnen vragen of een pilot gestart kan worden waarbij een prikbus bij een apotheek geplaatst kan worden.

Thuisvaccinatie

Niet iedereen is in staat om naar de GGD-vaccinatie locatie te komen. Voor de groep mensen die niet mobiel zijn en thuis wonen, hebben we Thuisvaccinatie gevraagd om deze mensen te vaccineren. De huisartsen kunnen deze mensen aanmelden. Daarnaast bestaat nog steeds de mogelijkheid voor huisartsen, om bij een GGD-vaccinatie straat een opgetrokken spuit met vaccin te halen en dit toe te dienen bij de eigen patiënten thuis. Daarnaast hebben verschillende GGD-regio's ook hun medewerkers ingezet om deze thuiswonende groep mensen gevaccineerd te krijgen. Er worden nog steeds nieuwe mensen aangemeld voor thuisvaccinatie, waarmee de inspanningen om iedereen gevaccineerd te krijgen nog steeds voortgang vinden.

³⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1179

De afgelopen periode zijn verschillende berichten verschenen over boostervaccinaties en het geven van extra vaccinaties aan mensen met een ernstig gecompromitteerd immuunsysteem. Zoals ook het ECDC in een rapport aangeeft dat op 1 september jl. is verschenen, is het belangrijk onderscheid te maken tussen (1) een additionele vaccindosis als onderdeel van de primaire vaccinatieserie bij een selecte groep patiënten met een ernstig gecompromitteerd immuunsysteem; en (2) een boostervaccin bij mensen bij wie de immuniteit tegen SARS-CoV-2 na een primaire vaccinatieserie afneemt. In mijn brief van 13 augustus jl. heb ik aangegeven dat het RIVM samen met medisch specialisten onderzoekt voor welke selecte groepen ernstig immuungecompromitteerde patiënten het zinvol kan zijn om een derde vaccinatie toe te voegen aan de vaccinatieserie. Daarnaast heb ik de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over een boostervaccinatie tegen COVID-19 voor de algemene populatie. De Gezondheidsraad heeft dit advies, «Boostervaccinatie tegen COVID-19», op 14 september uitgebracht. Hierin gaat de Gezondheidsraad in op zowel een derde prik voor specifieke groepen patiënten, als een boostervaccinatie voor de overige bevolking.

Derde prik voor specifieke patiënten met een ernstig verzwakt immuunsysteem

Mensen bij wie het immuunsysteem minder goed functioneert door een onderliggende aandoening of door afweeronderdrukkende medicijnen, lopen een hoger risico op ernstige ziekte als zij besmet raken met het coronavirus. Deze groep is daarom ook met prioriteit gevaccineerd tegen COVID-19.

Gelukkig werken de vaccins bij veel kwetsbare patiënten goed. Zo blijkt uit eerste onderzoeksresultaten van het Amsterdam UMC en bloedbank Sanquin dat specifieke patiëntgroepen die afweeronderdrukkende medicijnen gebruiken goed reageren op twee vaccinaties tegen COVID-19. Zij bouwen na vaccinatie een goede antistofrespons op. Er zijn echter ook patiënten die geen of een onvoldoende immuunrespons opbouwen. Dat beeld komt naar voren uit studies die door verschillende ziekenhuizen³¹ zijn uitgevoerd naar de werking van de COVID-19-vaccins bij patiënten met een immuunstoornis, kanker, of transplantatie. Ook de Gezondheidsraad geeft in het advies aan dat een kleine groep patiënten geen of onvoldoende immuunrespons hebben tegen SARS-CoV-2 na vaccinatie. Met een extra vaccindosis zou de immuunrespons van deze patiënten verhoogd kunnen worden.

Het is niet van tevoren te voorspellen voor elke individuele patiënt of sprake is van een verminderde respons na vaccinatie, maar er zijn groepen van patiënten bij wie dat vaker kan optreden. Daarom heeft het RIVM de afgelopen weken met een werkgroep van medisch specialisten bekeken voor welke groepen ernstig immuungecompromitteerde patiënten het zinvol kan zijn een extra COVID-19-vaccindosis te krijgen als onderdeel van de primaire vaccinatieserie. Deze *Werkgroep COVID-19 vaccinatie voor immuungecompromitteerde patiënten*, met vertegenwoordigers van de relevante medische beroepsverenigingen, is gevraagd om een inhoudelijk advies uit te brengen dat gemandateerd is door de vereniging van de betreffende medisch (sub)specialisten. Volgens het

³¹ Dit onderzoek maakt deel uit van het deelprogramma COVID-19 Vaccinstudies, dat is opgezet door ZonMw, in samenwerking met het RIVM. Bij de onderzoeken zijn het UMCG, ErasmusMC, Amsterdam UMC, UMCU, Radboud UMC, LUMC, OLVG, Antoni van Leeuwenhoek Instituut, OLVG en Maastricht UMC betrokken. Zie ook: <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/coronavirus/onderzoek-naar-corona-en-covid-19/vaccinatie/>

advies van het RIVM en deze werkgroep dient een groep van ongeveer 200.000–400.000 patiënten vanaf 12 jaar in aanmerking te komen voor een derde prik. Zie hiervoor onderstaand overzicht.

Patiëntengroepen voor wie een extra vaccindosis wordt geadviseerd³²

- Na orgaantransplantatie
- Na beenmerg- of stamceltransplantatie (autoloog of allogeen)³³
- Patiënten die behandeling voor een kwaadaardige hematologische aandoening ondergaan of recent hebben ondergaan, waaronder CAR-T cel therapie³⁴
- Alle patiënten met een hematologische maligniteit waarvan bekend is dat dit geassocieerd is met ernstige immunodeficiëntie (bijv. chronische lymfatische leukemie, multiple myeloom, ziekte van Waldenström)³⁵
- Alle patiënten met een solide tumor die minder dan 3 maanden voor hun COVID-19 vaccinaties chemotherapie en/of immune checkpoint inhibitors toegediend kregen (indien die data ontbreekt, hanteer dan behandeling vanaf 1 januari 2021)
- Alle nierpatiënten, die door een specialist gecontroleerd worden, met eGFR <30ml/min^{1.73m2} met immunosuppressiva
- Alle dialysepatiënten
- Personen met primaire immunodeficiëntie waarbij hun specialist dat geïndiceerd vindt³⁶
- Patiënten die behandeld worden met de volgende immunosuppressiva:
 - B-cel depletende medicatie: anti-CD20 therapie, zoals Rituximab, Ocrelizumab
 - Sterk lymfopenie-inducerende medicatie: Fingolimod (of soortgelijke S1P agonisten), Cyclofosfamide (zowel pulsen als hoog oraal)
 - Mycofenolaat mofetil in combinatie met 1 of meerdere andere immunosuppressiva

De verwachting is dat een deel van deze mensen na een derde vaccinatie wel voldoende antistoffen kan aanmaken. Ook de Gezondheidsraad vindt dat een aantal patiëntengroepen daarom met hoge prioriteit in aanmerking zou moeten komen voor zo'n additionele dosis. Ik neem beide adviezen – van RIVM en de GR – over.

i. Uitvoering derde vaccindosis voor patiënten met een ernstig verzwakt immuunsysteem

Het is de bedoeling dat deze groepen patiënten vanaf oktober een extra vaccinatie bij de GGD kunnen ontvangen. De ziekenhuizen zijn bereid gevonden de ernstig immuungecompromitteerden die in aanmerking komen voor een 3^e prik te selecteren en uitnodigen om bij de GGD een 3^e prik te halen. We zijn in gesprek met de ziekenhuizen over de hoogte van het tarief. De betreffende groep patiënten ontvangt een uitnodiging via hun ziekenhuis/medisch specialist, waarmee zij via een speciaal telefoon-

³² Indien hiervoor onder behandeling of in de afgelopen 2 jaar hiervoor onder behandeling geweest

³³ Indien hiervoor onder behandeling of in de afgelopen 2 jaar hiervoor onder behandeling geweest

³⁴ Indien hiervoor onder behandeling of in de afgelopen 2 jaar hiervoor onder behandeling geweest

³⁵ Indien hiervoor onder behandeling of in de afgelopen 2 jaar hiervoor onder behandeling geweest

³⁶ Volgens gedefinieerde lijst met indicaties door NIV

nummer een afspraak kunnen maken voor een vaccinatie bij de GGD. De ziekenhuizen sturen met een spreiding van enkele weken de uitnodiging naar hun patiënten. Toediening van de derde dosis kan vanaf 28 dagen na de laatste vaccinatie. Er moet nog worden onderzocht welke bijdrage deze derde prik kan leveren aan het beter beschermen van deze groep. Het RIVM houdt dit uiteraard goed in de gaten.

ii. Internationale context

Ook in de nieuwste publicatie van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) van 1 september jl., over het aanbieden van additionele COVID-19-vaccindoses, wordt ook benoemd dat aanvullende doses als onderdeel van een basisvaccinatierreeks overwogen zouden moeten worden mensen met een ernstig verzwakt immuunsysteem. Het ECDC geeft aan dat uit diverse onderzoeken blijkt dat voor deze patiëntengroepen de immuunrespons kan toenemen na een additionele dosis en dat deze deel zou moeten uitmaken van de primaire vaccinatieserie. Verschillende landen hebben reeds aangekondigd dat zij een derde vaccinatie gaan aanbieden aan specifieke groepen van ernstig immuuncompromitteerde patiënten, waaronder de Verenigde Staten, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Oostenrijk en België.

iii. Registratie/DCC extra vaccindosis voor mensen met een ernstig verzwakt immuunsysteem

In het verlengde van het aanbieden van aanvullende vaccindoses voor mensen met een ernstig gecompromiteerd immuunsysteem, speelt ook de vraag op welke wijze geregistreerd wordt ten behoeve van het afgeven van een Digitaal Corona Certificaat (DCC) of Coronatoegangsbewijs. De komende weken zal dit aspect – onder meer rekening houdend met gesprekken die hierover gaande zijn in Europees DCC-verband – nader worden vormgegeven. Inzet hierbij is dat deze groep geen reisbeperkingen ondervindt en hun privacy wordt gerespecteerd.

Boostervaccinatie voor overige bevolking

In het advies «Boostervaccinatie tegen COVID-19» heeft de Gezondheidsraad gekeken naar de noodzaak van een boostervaccinatie voor de algemene populatie. Uitgangspunt daarbij is de bijdrage die een boostervaccinatie zou kunnen leveren aan de primaire doelstelling van de COVID-19-vaccinatiestrategie: het voorkomen van ernstige ziekte en sterfte door COVID-19. Uit analyses van het RIVM, die ik ook eerder in deze brief heb benoemd, blijkt dat de in Nederland gebruikte vaccins voor respectievelijk 95% en 97% beschermen tegen ziekenhuisopname en opname op de IC. De Gezondheidsraad heeft deze analyses betrokken bij het advies en constateert op basis hiervan dat de beschikbare COVID-19 vaccins vooralsnog een onverminderd hoge bescherming tegen ernstige ziekte en sterfte bieden. Daarom acht de Gezondheidsraad een boostervaccinatie op dit moment niet noodzakelijk.

De Gezondheidsraad benoemt ook dat er nadelen verbonden zijn aan het aanbieden van een boostervaccinatie wanneer dat niet strikt noodzakelijk is. De raad geeft aan dat beschikbare vaccins op dit moment beter ingezet kunnen worden voor het verder verhogen van de primaire vaccinatiegraad, in Nederland en in de rest van de wereld. Een hoge en homogene vaccinatiegraad biedt nog altijd de beste bescherming tegen ernstige ziekte en sterfte, doordat hiermee nieuwe uitbraken van het virus worden teruggedrongen en de opkomst van nieuwe virusvarianten zoveel mogelijk wordt voorkomen. Ook de WHO benadrukt het belang van een hoge vaccinatiegraad wereldwijd.

De Gezondheidsraad sluit echter niet uit dat op termijn wel een booster-vaccinatie nodig zal zijn. Het is daarom verstandig om wel te anticiperen op afnemende bescherming van de primaire COVID-19-vaccinatieserie en rekening te houden met een boostervaccinatie voor bepaalde groepen in de samenleving. De Gezondheidsraad schrijft dat de oudste leeftijds-groepen in aanmerking zouden moeten komen voor een eventuele boostervaccinatie. Ook adviseert de Gezondheidsraad de opnamedata van de ziekenhuizen, de situatie in de verpleeghuizen en studies in het buitenland doorlopend te monitoren. Mocht er een daling in bescherming geconstateerd worden, dan kan snel gehandeld worden. Daarbij is het de verwachting dat mocht een daling inzetten, dit stapsgewijs gaat waarmee de start van de boostercampagne op tijd kan worden gerealiseerd.

Ik neem het advies van de Gezondheidsraad over. Ik heb het RIVM gevraagd de vaccineffectiviteit zorgvuldig en doorlopend te monitoren, mij daar elke twee weken over te rapporteren en de ontwikkelingen in de ziekenhuizen en verpleeghuizen te volgen. Ook zullen nieuwe gegevens uit het buitenland over afname van de vaccineffectiviteit tegen ernstige ziekte worden meegewogen bij het bepalen van het juiste moment voor een boostervaccinatie in Nederland. In het geval de bescherming van de vaccins onverhoopt afneemt, moeten we snel kunnen starten met een boostervaccinatie. Ik heb het RIVM in dit kader gevraagd in samenspraak met relevante uitvoerende partijen de eerste voorbereidingen voor een boostercampagne te starten. De GGD is beoogd als primaire uitvoerder voor de boostercampagne, ook zullen andere partijen betrokken zijn.

Vaccinatie van mensen met een allergische reactie na de eerste prik

Binnen de uitvoering van de vaccinatiestrategie is eerder dit jaar een aparte route ingericht om mensen met een (mogelijke) allergische reactie te kunnen vaccineren onder toezicht van een allergoloog in het ziekenhuis. Dit kan momenteel bij zes ziekenhuizen. Vanwege het hoge aantal verwijzingen in de systemen van deze ziekenhuizen (inmiddels zo'n 1500) heeft de Nederlandse Vereniging voor Allergologie en Klinische Immunologie (NVvAKI) een verzoek ingediend om extra vaccins beschikbaar te stellen en extra capaciteit te organiseren bij ziekenhuizen. Daarnaast is een grote groep mensen met een allergische reactie op de eerste prik door de GGD verwezen naar de allergoloog. Voornemen is om zo snel mogelijk te kunnen starten met het uitbreiden van de capaciteit, zodat ook deze groep (circa 8500 wachtenden) snel hun tweede vaccinatie kan ontvangen.

Het Ministerie van VWS verkent op dit moment in overleg met ziekenhuizen en zorgverzekeraars hoe te komen tot een volledig kostendekkende en uitvoerbare werkwijze. Uitgangspunt is dat kosten die gemaakt worden, vergoed worden voor deze aanbieders.

Leveringen en donaties

We hebben in Nederland op het punt bereikt dat iedereen (van 12 jaar en ouder) die dat wilde in de gelegenheid is geweest om een vaccinatie tegen COVID-19 te krijgen. Tegelijkertijd hebben veel mensen in andere landen, waaronder kwetsbare groepen zoals ouderen en mensen uit medische risicogroepen, vaak nog geen vaccin kunnen krijgen. Het is van groot belang om wereldwijd mensen met een met een hoger risico op ernstige ziekte en sterfte als gevolg van COVID-19 zo spoedig mogelijk een vaccinatie te kunnen geven. Een snelle en eerlijke verdeling van coronavaccins is niet alleen belangrijk vanuit het oogpunt van internationale solidariteit. Wereldwijde beschikbaarheid van vaccins is ook de enige manier om het coronavirus wereldwijd onder controle te krijgen. Het virus

kent immers geen grenzen en ongecontroleerde verspreiding van infectie kan ervoor zorgen dat steeds nieuwe virusvarianten ontstaan, die ook Nederland kunnen bereiken. Daarom heeft Nederland tijdens de laatste G20-bijeenkomst in Italië bevestigd bij te dragen aan een eerlijke en effectieve verdeling van vaccins over de wereld. Dit is al sinds het begin onderdeel van de aanpak van het kabinet.

Als de verschillende vaccins worden geleverd zoals gepland, kunnen we nog dit jaar 20 tot 25 miljoen vaccins doneren. De hoofdroute hiervoor is COVAX. Bedoeling is een standaard donatieproces in te richten waarmee donatie door Nederland aan COVAX direct vanuit de fabriek mogelijk wordt. Een zorgvuldige juridische voorbereiding van dit proces vergt tijd omdat het volledig met de producenten moet worden afgestemd. De komende weken vinden vanuit verschillende EU-lidstaten nog onderhandelingen met producenten plaats. Als de juridische hobbels genomen zijn is de verwachting dat het standaard donatieproces zal leiden tot efficiënt en regelmatig transport rechtstreeks vanuit de producent naar COVAX. Vaccins die al aan Nederland geleverd zijn en zich in de centrale opslag bevinden, kunnen bilateraal worden gedoneerd. De afgelopen weken zijn ruim een miljoen vaccins vervoerd naar Jakarta, waar ze hard nodig zijn bij het bestrijden van de pandemie. De komende periode zullen, zoals eerder toegezegd door Minister Kaag, nog minstens 2 miljoen vaccins aan Indonesië worden gedoneerd. Eerder zijn vaccins gedoneerd aan onder andere Kaapverdië, Namibië en Suriname.

Leveringen per 13 september

Hieronder staat het meest recente leveringsoverzicht. De leveringen van Moderna en AstraZeneca zijn op dit moment gepauzeerd en zullen als deze weer op gang komen voor een belangrijk deel direct worden gedoneerd aan COVAX. De leveringen van Janssen verlopen nog altijd moeizaam. De leveringen van Novavax worden niet voor 2022 verwacht en zijn nog afhankelijk van het oordeel van het EMA. Het kabinet heeft verder besloten het vaccin van Sanofi niet af te nemen. Belangrijkste overwegingen hierbij zijn het feit dat Nederland met Novavax reeds een eiwit-vaccin in portefeuille heeft en dat we verwachten het Sanofi-vaccin ook qua volume niet nodig te hebben voor een mogelijke vaccinaties in 2022 en of 2023.³⁷

Tabel 3. Indicatie verwachte leveringen op weekbasis per 13 september 2021

Weeknummer	BT/Pfizer	Moderna	Astra-Zeneca	Janssen	Totaal
1 (04/01)	123.825				123.825
2	154.050	13.200			167.250
3	92.430				92.430
4	191.880	19.200			211.080
5 (01/02)	159.120		72.000		231.120
6	159.120	38.400	86.400		283.920
7	193.050		146.400		339.450
8	200.070	72.000	134.900		406.970
9 (01/03)	208.260		196.800		405.060
10	218.790		86.400		305.190
11	218.790	96.000	40.800		355.590
12	326.430		40.800		367.230
13 (29/03)	326.430	145.200	391.200		862.830
14	487.890		50.400		538.290
15	487.890	121.200	129.600	79.200	817.890
16 (19/4)	487.890	69.600	38.400	0	595.890
17 (26/04)	680.940	79.200	580.800	66.000	1.406.940
18	651.690	115.200	0	0	766.890

³⁷ Kamerstuk 25 295 nr. 1332.

Weeknummer	BT/Pfizer	Moderna	Astra-Zeneca	Janssen	Totaal
19	651.690	115.200	117.600	72.000	956.490
20	651.690	115.200	96.000	96.000	958.890
21(24/05)	651.690	115.200	0	223.200	990.090
22	1.019.070	115.200	508.800	156.000	1.799.070
23	903.240	115.200	151.200	84.000	1.253.640
24	904.410	122.400	188.300	54.000	1.269.110
25 (21/06)	1.136.070	129.600	0	72.000	1.337.670
26	1.138.410	152.400	558.600	319.200	2.168.610
27	628.290	174.000	187.200	86.400	1.075.890
28 (12/07)	628.290	0	(on hold) ¹	0	628.290
29	628.290	174.000	(on hold) ¹	0	802.290
30 (26/07)	629.460	206.400	(on hold) ¹	124.800	960.660
31	643.500	288.000	(on hold) ¹	0	922.500
32 (09/08)	643.500	442.800	(on hold) ¹	0	1.086.300
33	665.730	484.800	(on hold) ¹	0	1.150.530
34	658.710	0	(on hold) ¹	0	994.710
35 (30/08)	645.840	385.200	(on hold) ¹	0	1.031.040
36		584.400 (on hold) ¹			
	634.140		(on hold) ¹	0	1.289.540
37		584.400 (on hold) ¹			
	409.500		(on hold) ¹	86.400	1.080.300
38		584.400 (on hold) ¹			
	414.180		(on hold) ¹	nbn	998.580
39 (27/09)		559.200 (on hold) ¹			
	1.440.270		(on hold) ¹	nbn	1.999.470

¹ On hold houdt in dat we de producent hebben gevraagd de leveringen van de vaccins niet in Nederland uit te leveren, maar vooralsnog in eigen opslag vast te houden.

Registratie

Zoals ik in de afgelopen Kamerbrieven heb uiteengezet vindt het registreren van vaccinatiegegevens primair in de bronsystemen plaats. Deze informatie wordt alleen gedeeld met het COVID-vaccinatie Informatie- en Monitoringsysteem (CIMS) van het RIVM indien hiervoor toestemming is verleend. Daarnaast worden geanonimiseerde gegevens gebruikt (procesinformatie) voor monitoring door het RIVM van het vaccinatieprogramma. CIMS is gekoppeld aan in totaal 28 bronsystemen.

Inmiddels is het merendeel van de vaccinatiegegevens door uitvoerende partijen aangeleverd aan het RIVM. Voor ongeveer 3% van de vaccinatiegegevens zijn nog verdere acties nodig om de kwaliteit verder op orde te krijgen. Denk hierbij aan het verwijderen van dubbele registraties en de verwerking van de groep heteroloog gevaccineerden. De aanlevering van vaccinatiegegevens van huisartsen, GGD'en en ziekenhuizen aan CIMS is op orde.

Op dit moment vinden de voorbereidingen van het registreren in CIMS van de vaccinaties gezet in vaccinstudies en van in het buitenland gezette vaccinaties van in Nederland woonachtige geregistreerde personen plaats.

De afgelopen periode heeft de taskforce in opdracht van het RIVM – samen met koepelorganisaties en softwareleveranciers – zich ingezet om de registratie in CIMS van huisartsen en instellingen te bevorderen. Inmiddels verloopt de aanlevering van vaccinatiegegevens aan het RIVM van mensen die toestemming hebben gegeven (gepersonaliseerde data) over het algemeen, met uitzondering van een deel van de instellingen, goed. De berekende afgegeven opt-in ligt gemiddeld rond de 93%.

CIMS is nagenoeg up-to-date als het gaat om de vaccinatiegegevens aangeleverd door huisartsen van mensen die hiervoor toestemming hebben gegeven. Ook het aanleveren van geanonimiseerde data (procesinformatie) door huisartsenpraktijken aan het RIVM is goed ingeregeld en daarmee ook eveneens nagenoeg compleet. Dit succesvolle resultaat was niet mogelijk zonder de inspanningen van koepelorganisaties en betrokken softwareleveranciers als het gaat om communicatie en ondersteuning, en het daadwerkelijk registreren door huisartspraktijken.

We zien verder bij meer instellingen dat zij vaccinatiegegevens van mensen die hiervoor toestemming hebben gegeven (gepersonaliseerde data) zijn gaan aanleveren. De procesdata heeft de afgelopen periode een stijging laten zien, maar is desondanks nog niet volledig. CIMS is wat betreft de instellingen dus niet volledig, de schatting is dat zo'n 12% nog ontbreekt. Dat gaat om ongeveer 165.000 prikken. Gelet op het totaal aantal gezette prikken (ruim 23 miljoen) is dit in verhouding een relatief klein percentage van ontbrekende registraties in CIMS (circa 1,9%).

Als sluitstuk van dit traject zal het RIVM nader onderzoeken of de procesinformatie een nieuwe en betere databron kan zijn voor het bepalen van het aantal gezette aantal prikken en daarmee de vaccinatiegraad. Op dit moment wordt data van de GGD, samen met schattingen op basis van uitrijcijfers voor andere uitvoerders, gebruikt voor de bepalen van de landelijke vaccinatiegraad.

Datakoppeling Ziekenhuisdata (CIMS) – CBS Microdata

Afgelopen Kamerbrief heb ik uw Kamer geïnformeerd over de lopende verkenning van een structurele uitbreiding van de effectiviteitsmonitor met daarin de vaccinatiestatus van COVID-19 patiënten in het ziekenhuis. Dit naar aanleiding van de Motie van Kuzu (nr. 25295–1349) waarin om meer informatie gevraagd werd aangaande de vaccinatiestatus van coronapatiënten in de ziekenhuizen. Inmiddels heeft het RIVM op vrijdag 27 augustus, op basis van de vaccinatie- en opnamegegevens, de eerste onderzoeksresultaten gepresenteerd (zie kopje «Bescherming door vaccinatie op ziekenhuisopname»).

Tijdens het debat van 18 augustus heb ik de Kamer geïnformeerd over het gebruik van de CBS- onderzoeksomgeving en -data waarbij ik aangaf dat we inmiddels op wijkniveau weten wat de vaccinatiegraad is. De inzichten uit deze onderzoeken zijn belangrijk voor de vaccinatiestrategie. Maar we zijn er nog niet. Ons doel om mensen die niet gevaccineerd zijn beter te berekenen en daarmee een gezond Nederland met gelijke kansen op een gezond leven voor iedereen mogelijk te maken zal verder geholpen worden door beter gebruik te maken van de CBS-onderzoeksomgeving. Hiermee kan veilig en verantwoord aanvullend inzicht verkregen worden welke aanpak nodig is om bijvoorbeeld risicogroepen te beschermen. Zo kunnen wij inzicht gaan krijgen in welke groepen een hogere kans hebben op long-COVID, herinfecties en in de rol die scholen of arbeidsplaatsen spelen in de introductie van de infecties in huishoudens. Ook kan een gerichtere aanpak helpen om mensen beter te berekenen met noodzakelijke informatie om de vaccinatie graad onder 50-plussers, jongeren en andere risicogroepen te verhogen.

Daarom zijn we momenteel bezig met de verdere inrichting van de data-infrastructuur zodat dergelijke onderzoeken in de onderzoeksomgeving van het CBS uitgevoerd kunnen worden. Hierbij blijven dataminimalisatie en privacy-by-design het uitgangspunt. Er worden door het RIVM, CBS en mijn ministerie zowel technische als juridische voorberei-

dingen getroffen om de data-infrastructuur compleet te krijgen met vaccinatie en ziekenhuisdata. Om ons hierbij te adviseren zal de landsadvocaat betrokken worden. Eind mei schreef ik in de Kamerbrief over de het gebruik van GGD-test-data binnen de CBS-onderzoeksomgeving. Hierbij hebben we lessen geleerd die wij toepassen om het vervolg vorm te geven.

Na positief advies van de landsadvocaat wordt zo snel als mogelijk overgegaan op het verder inrichten van de structurele COVID-19-data-infrastructuur binnen de CBS-onderzoeksomgeving. Ik houd u op de hoogte van de relevante ontwikkelingen.

14. Innovatieve behandelingen

In het debat van 18 augustus jl. verzocht u mij via de motie van de leden Van der Staaij en Pouw-Verweij³⁸ te bezien hoe de ontwikkelingen en toepassing van kansrijke geneesmiddelen tegen COVID-19 verder kunnen worden bevorderd.

Sinds het begin van de pandemie is ingezet op het beschikbaar stellen van preventieve en therapeutische behandelingen van COVID-19. Inmiddels is een significant deel van de bevolking gevaccineerd, hetgeen een ernstig ziekteverloop voorkomt. Tegelijkertijd blijf ik mij inzetten om behandelingen te vinden waarmee alle mensen, en met name de kwetsbaren, beter en sneller herstellen van een COVID-19-besmetting.

Graag licht ik toe wat er is en wordt gedaan aan het ontwikkelen en toepassen van kansrijke geneesmiddelen tegen COVID-19. Dit doe ik aan de hand van de volgende lijnen.

- 1) Het mogelijk maken van onderzoek in Nederland;
- 2) Het identificeren van kansrijke behandelingen;
- 3) Het zo snel mogelijk beschikbaar maken van behandelingen voor patiënten.

1) Het mogelijk maken van onderzoek in Nederland

Het Ministerie van VWS is vanaf het begin van de pandemie gestart met een groot onderzoeksprogramma bij ZonMw. Diagnostiek & behandeling is één van de drie onderzoeksthema's. Binnen dit thema is begin 2021 het deelprogramma behandeling gestart met een omvang van € 35 miljoen. De doelstelling is het verbeteren van preventieve behandeling ter voorkoming van COVID-19 en therapeutische behandeling van COVID-19-patiënten. Er wordt ingezet op drie thema's: 1) Het voorkomen dat mensen ziek worden van het coronavirus, 2) Het voorkomen en behandelen van escalatie van de ziekte, 3) Het inrichten van een infrastructuur voor een zogenaamde «clinical trial netwerk aanpak» waarbij gebouwd wordt aan ondersteuning en coördinatie van klinische infectieonderzoeken naar COVID-19 in Nederland. De infrastructuur richt zich op zowel samenwerking tussen ziekenhuizen en eerstelijnszorg als het faciliteren van onderzoek door publiek-private partijen.

Ik zet in op onderzoek dat zo veel mogelijk direct bruikbare kennis oplevert. Dit kunnen resultaten zijn uit klinische studies naar een nieuwe behandeling, maar ook onderzoek naar bijvoorbeeld het mechanisme van de ziekte, waardoor behandelaars gerichtere behandelingen kunnen inzetten. Deze studies vinden wereldwijd plaats. Door onderzoeksfinanciering beschikbaar te stellen, kunnen Nederlandse onderzoekers bijdragen aan het oplossen van vraagstukken rondom COVID-19 en kunnen Nederlandse patiënten deelnemen aan onderzoek naar potentieel

³⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1409.

waardevolle behandelingen. Daarbij vind ik het belangrijk dat deze kennis zoveel mogelijk wordt gedeeld en dat er zowel nationaal als internationaal intensief wordt samengewerkt. Kortom, door het faciliteren van onderzoek, komen we een stap dichterbij kansrijke behandelingen.

Om de praktische toepasbaarheid van nieuwe kennis zoveel mogelijk te vergroten, wordt sterk ingezet op het oplossen van kennishiaten die zijn benoemd door de behandelaars en andere belangengroepen³⁹. Zo hebben de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) kennisagenda's opgesteld. Daarnaast verwacht ik in oktober van dit jaar een onafhankelijk rapport over kennishiaten betreffende vitamines & supplementen en zorg-leefstijlinterventies.

Kennisagenda Federatie Medisch Specialisten (FMS)

Op 21 januari 2021 heeft de FMS de COVID-19-kennisagenda⁴⁰ uitgebracht met het doel onderzoek te doen naar kennishiaten op het gebied van COVID-19. ZonMw heeft deze kennishiaten meegenomen in de onderzoeksprogrammering. De zes kennishiaten van de agenda, gericht op behandeling, zijn door samenwerkingsverbanden van patiënten, onderzoekers en klinici uitgewerkt en gefinancierd.⁴¹ Het is goed dat de kennisagenda van de FMS dynamisch is en blijft, omdat het onderzoek naar COVID-19 behandelingen voortdurend in beweging is en zich internationaal snel ontwikkelt. Daarom heeft de FMS in juni 2021 een tweede kennisagenda gepubliceerd.⁴² Op mijn verzoek neemt ZonMw deze tweede kennisagenda mee in de verdere programmering. De toekenning van de ingediende voorstellen vindt naar verwachting eind oktober plaats.

Kennisagenda van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Ook het NHG heeft een kennisagenda⁴³ opgesteld met de Top-10 kennislacunes COVID-19 in de huisartsgeneeskunde. Ik heb ZonMw gevraagd te kijken naar mogelijkheden om deze kennislacunes waar mogelijk te adresseren. Een aantal van deze kennislacunes is inmiddels ondergebracht in de onderzoeken die het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde gaat uitvoeren.⁴⁴ Een belangrijke kennislacune is de onderzoeksinfrastructuur in Nederland. Via het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde is een groot aantal trajecten gestart om de infrastructuur voor huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland te verbeteren. Het doel is om het voor huisartsen en patiënten eenvoudiger te maken mee te doen aan wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast wordt bij toekomstige pandemieën ingezet om sneller betrouwbare onderzoeksgegevens beschikbaar te krijgen.

³⁹ Belangengroepen zoals de Patiëntenfederatie Nederland, Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen, De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Zelfstandige Klinieken Nederland en Zorgverzekeraars Nederland.

⁴⁰ Kennisagenda COVID-19.pdf (demedischspecialist.nl)

⁴¹ Meest dringende onderzoeken COVID-19 gaan van start | Federatie Medisch Specialisten

⁴² Kennisagenda_COVID-19_juni_2021.pdf (demedischspecialist.nl)

⁴³ Kennisagenda COVID-19 Huisartsgeneeskunde | NHG

⁴⁴ 3 miljoen subsidie Consortium Onderzoek huisartsgeneeskunde – Consortium Huisartsgeneeskunde

Versnellen van onderzoek in samenwerking met het bedrijfsleven

Uw Kamer heeft 28 mei jl. de kabinetsreactie op FAST ontvangen.⁴⁵ FAST staat voor Future Affordable Sustainable Therapies en is een nationaal platform om innovatieve therapieën sneller beschikbaar te maken voor patiënten, waarbij innovatie hand in hand gaat met betaalbaarheid. In dat kader wil ik een impuls geven aan publiek-private samenwerking. Ook wordt via FAST gestart met de inrichting van een klinische onderzoeksruimte, specifiek voor onderzoek naar infectieziekten zoals COVID-19 bij mensen. Voor deze activiteiten heb ik € 10 miljoen beschikbaar gemaakt. In voorbereiding op deze klinische onderzoeksruimte is ZonMw gestart met een inventarisatie.

2) Het identificeren van kansrijke behandelingen

Onafhankelijk Adviespanel

Het is belangrijk om alle ontwikkelingen op het gebied van effectieve behandelingen te volgen en te duiden. Het door mij ingestelde onafhankelijke Adviespanel Innovatieve Behandelingen, is vanaf eind juni 2020 aan de slag om de meest kansrijke ontwikkelingen – zowel in Nederland als internationaal – te identificeren en mij daarover te adviseren. Op basis van die adviezen kijk ik per casus op welke manier de overheid kan helpen om een kansrijk middel zo spoedig mogelijk beschikbaar te krijgen voor patiënten in Nederland. Dit kan bijvoorbeeld door onderzoek te versnellen, klinisch onderzoek naar Nederland te halen,

samenwerkingen te faciliteren en partijen bij elkaar te brengen, of door gericht een product in te kopen. De activiteiten gericht op onderzoek, heb ik u hierboven reeds toegelicht. Gerichte aankopen zal ik bij lijn 3 behandelen.

Samenwerking binnen de Europese Unie

De Europese Commissie heeft op 6 mei jl.⁴⁶ een strategie voor de ontwikkeling en beschikbaarheid van geneesmiddelen voor COVID-19 gepubliceerd. Met deze strategie beoogt de Commissie te komen tot een versterkte en strategische aanpak voor de ontwikkeling, productie en aankoop van veilige en doeltreffende COVID-19-behandelingen op EU-niveau. Het kabinet heeft in reactie hierop op 28 mei jl. aangegeven deze strategie, die ook behandeling van Long COVID omvat, te verwelkomen omdat die goed aansluit bij het Nederlandse beleid op dit terrein.⁴⁷ Zoals in de kabinetsreactie is aangegeven, is het kabinet kritisch als het gaat om een communautaire aanpak die verder strekt dan het bedwingen of voorkomen van (dreigende) grensoverschrijdende volksgezondheids-crisis. Het kabinet zet daarom een kanttekening bij voorgestelde acties gericht op behandelingen van chronische COVID-19 patiënten. Dat neemt niet weg dat Long COVID, een belangrijk onderwerp is. Over de recente ontwikkelingen en plannen op het gebied van Long COVID zal ik uw Kamer, mede namens Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor Prinsjesdag informeren. Ik zal mij de komende periode inzetten om waar mogelijk uitvoering te geven aan deze strategie binnen het Nederlandse beleid.

⁴⁵ Kamerstuk 29 477, nr. 707.

⁴⁶ EU Therapeutics Strategy (europa.eu)

⁴⁷ Kamerstuk 22 112, nr 3135

In de bovengenoemde stukken benadrukt de Europese Commissie het belang van een sterke infrastructuur om de klinische evaluatie van geneesmiddelen te versnellen. Daarom is door de Europese Commissie € 30 miljoen subsidie verleend aan European Clinical Research Alliance on Infectious Diseases (ECRAID)⁴⁸. ECRAID heeft tot doel klinisch onderzoek op het gebied van infectieziekten te bevorderen door middel van een langdurig, financieel zelfvoorzienend, klinisch onderzoeksnetwerk in Europa. Ik zie hier een duidelijk raakvlak met de initiatieven en opzet van het ZonMw onderzoeksprogramma.

Naast nationale en internationale samenwerkingsverbanden, is er reeds een Europese database genaamd EudraCT⁴⁹ waarin is weergegeven welke onderzoeken in de EU worden uitgevoerd. Daarnaast is er voor COVID-studies een aparte internationale registratie⁵⁰ zodat deze beter vindbaar zijn. Dit maakt dat onderzoeksgroepen elkaar makkelijk kunnen vinden en kunnen voortborduren op elkaars resultaten.

3) Het zo snel mogelijk beschikbaar maken van behandelingen voor patiënten

Het behandelperspectief van patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen met COVID-19, is sinds de start van de pandemie enorm verbeterd. Er zijn echter nog steeds relatief weinig goedgekeurde middelen op de markt die specifiek aangrijpen op het virus en het ontbreekt nog aan een geneesmiddel dat gemakkelijk is toe te dienen in de vroege fase van COVID-19 om een ernstig verloop te voorkomen.

Regelmatig heeft uw Kamer aandacht gevraagd voor specifieke behandelingen. Het is niet aan mij om te bepalen welke behandelingen worden onderzocht en welke behandelingen worden toegepast bij patiënten. Deze taak ligt bij de medische experts en de beroepsgroepen die de relevante behandelrichtlijnen opstellen. Voor een inzichtelijk overzicht van een weging van de verschillende behandelopties, verwijs ik u naar het document «Medicamenteuze behandeling voor patiënten met COVID-19 (infectie met SARS-CoV-2)»⁵¹, die wordt opgesteld door de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) in samenspraak met verschillende beroepsverenigingen. In dit document worden ook de in Nederland veel gebruikte middelen Tocilizumab en Dexamethason genoemd. Wel zorg ik dat veelbelovende behandelingen zo snel mogelijk beschikbaar komen voor de Nederlandse patiënt. Dit doe ik via gesprekken met aanbieders van nieuwe medicijnen en indien wenselijk met de aankoop van medicijnen. Hiervoor blijf ik mij inzetten.

Registratiestatus nieuwe geneesmiddelen

Hoewel er verschillende COVID-19-geneesmiddelen te koop worden aangeboden, wil ik benadrukken dat er op dit moment slechts één geneesmiddel een voorwaardelijke markttoelating heeft binnen de EU, dat betreft Veklury (Remdesivir). Het is niet toegestaan om experimentele middelen aan patiënten voor te schrijven buiten een onderzoekssetting. In verkennende gesprekken die ik voer met de fabrikanten, blijf ik het belang van productregistratie benadrukken. Dit is de enige route om kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid te borgen.

⁴⁸ Homepage | ECRAID

⁴⁹ EudraCT Public website – Home page (europa.eu)

⁵⁰ COVID-19 Research Project Tracker by UKCDR & GloPID-R | UKCDR

⁵¹ Medicamenteuze behandeling voor patiënten met COVID-19 (infectie met SARS-CoV-2) | SWAB

In uitzonderlijke gevallen heb ik de bevoegdheid om een niet-geregistreerd geneesmiddel via een noodtoelating beschikbaar te stellen in Nederland. Dit kan een nuttig instrument zijn om nieuwe behandelingen versneld bij de patiënt te krijgen. Aangezien de werkzaamheid en veiligheid van niet-geregistreerde middelen nog niet volledig zijn vastgesteld, moet hier voorzichtig mee worden omgegaan. Een noodtoelating vereist daarnaast dat de inzet wordt ondersteund door een medische beroepsgroep. Ik hecht hier veel waarde aan. Het is van belang dat een geneesmiddel dat beschikbaar wordt gesteld ook daadwerkelijk wordt ingezet en voldoet aan een medische vraag. Het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) ondersteunt nationale overheden in hun keuze om een ontheffing te verlenen door een voorlopige uitspraak te doen over de kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid van geneesmiddelen. Dit gebeurt via een zogeheten artikel 5.3 opinie. Ik maak waar mogelijk gebruik van deze opinies in mijn beslissing om een niet-geregistreerd geneesmiddel in Nederland beschikbaar te stellen.

In Nederland zijn op dit moment twee niet-geregistreerde geneesmiddelen beschikbaar voor de behandeling van COVID-19. Het gaat hier om REGEN-COV en Nanogam met COVID-19-antistoffen (Nanogam+). REGEN-COV Nanogam+ is een geneesmiddel dat is gemaakt van convalescent plasma van herstelde COVID-19 patiënten. Ik heb u eerder geïnformeerd⁵² over de inzamelingsactie door Sanquin en de beschikbaarheid van dit middel.

Beide middelen heb ik beschikbaar gesteld, omdat zij een hoge potentie hebben. Deze middelen kunnen een grote meerwaarde hebben voor immuungecompromitteerde patiënten die geen of minder baat hebben bij vaccinatie. Daarmee zijn deze middelen mogelijk een oplossing voor bescherming van deze groep kwetsbaren.

Om toe te zien op het gebruik en zoveel mogelijk te leren over de werkzaamheid van deze middelen, heb ik via het ZonMw-programma budget beschikbaar gesteld voor onderzoek naar Nanogam+ bij mensen met een verstoord immuunsysteem. Ook heb ik cohortstudies gefinancierd gericht op de inzet van Nanogam en nieuwe middelen gebaseerd op monoclonale antistoffen. Ik acht het van belang dat artsen die deze middelen voorschrijven hun ervaringen delen via deze lopende studies.

Gezamenlijke inkoopprocedures

Het Ministerie van VWS neemt deel aan de gezamenlijke inkoopprocedures van de Europese Commissie. Deze gezamenlijke inkoopprocedures borgen een sterkere onderhandelingspositie en een eerlijke verdeling tussen de lidstaten van de (vaak schaarse) middelen.

In mijn brief van 6 mei 2021 jl.⁵³ heb ik aangegeven dat ik een hoeveelheid van de COVID-19-antilichaambehandeling REGEN-COV van fabrikant Roche heb ingekocht via een gezamenlijke inkoopprocedure van de EC. Het middel wordt verspreid via het RIVM en kan worden besteld door ziekenhuisapothekers.

Ook heeft de Europese Commissie overeenkomsten met de producenten Eli Lilly en GlaxoSmithKline (GSK) afgesloten. Beide fabrikanten produceren een antilichaambehandeling die enige overeenkomst vertoont met

⁵² Kamerstuk 25 295, nr. 713.

⁵³ Kamerstuk 25 295, nr. 315.

het product van producent Roche. VWS is vooralsnog niet overgegaan tot het sluiten van een specifiek contract met deze fabrikanten, zoals wel is gedaan met Roche. Voor al deze middelen heeft het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) een positieve 5.3 opinie afgegeven. Vooralsnog is de beschikbare voorraad REGEN-COV voldoende.

Ook lopen er momenteel gezamenlijke inkooptrajecten voor de antivirale middelen van fabrikanten Pfizer en MSD die ik op de voet volg. Deze middelen zijn echter nog in een vroegere onderzoeksfase, ook is nog geen zicht op een artikel 5.3 opinie van het EMA.

Verder is via een gezamenlijke inkoopprocedure reeds in 2020 het middel Veklury (Remdesivir) van producent Gilead aangekocht.

Ik blijf de ontwikkelingen op het gebied van innovatieve behandelingen van COVID-19 nauwlettend volgen. Als ik signalen krijg dat een nieuw geneesmiddel van belang is voor de behandeling van COVID-19-patiënten die de daartoe aangewezen procedures heeft doorlopen, dan zal ik dit middel beschikbaar stellen. Hier is reeds budget voor gereserveerd zodat er snel kan worden gehandeld.

Zorgen dat de zorg het aankan

15. Zorg voor patiënten in de keten

Actueel beeld COVID-zorg in de ziekenhuizen

Sinds half augustus zien we in de ziekenhuizen een plateaufase van relatief hoge COVID-belasting. De verwachting van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) op basis van de beschikbare data is een stabiele COVID-bezetting op zowel de IC als in de kliniek, waarbij er geen aanleiding is tot daling in de komende weken. Deze bezettingscijfers maken dat in een periode waarin ook zorgverleners een aantal weken vakantie hebben en het ziekteverzuim hoger is dan in de pre-corona tijd, de druk op de acute zorg als hoog wordt ervaren.

Op dit moment (stand 14 september 2021) zijn volgens het LCPS in totaal 634 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen, waarvan 203 COVID-patiënten op de IC en 431 COVID-patiënten in de kliniek. Om de instroom van nieuwe COVID-patiënten op te vangen en om de druk op de IC- en verpleegafdeling zo goed mogelijk over de ziekenhuizen te verspreiden, wordt er (boven)regionaal samengewerkt en worden COVID-patiënten verspreid als dat nodig is. Het LCPS is operationeel voor bovenregionale spreiding. Afgelopen week hebben er 18 (boven)regionale verplaatsingen plaatsgevonden.

Actueel beeld COVID-zorg buiten het ziekenhuis

GGD GHOR Nederland houdt middels de Monitor Zorgcontinuïteit niet-ziekenhuiszorg periodiek bij hoe het staat met de eerstelijnsverblijfsbedden die beschikbaar zijn voor COVID-patiënten die niet naar het ziekenhuis hoeven, of die het ziekenhuis juist mogen verlaten, maar voor wie het niet mogelijk is om (direct) thuis te worden verzorgd.

Er zijn landelijk momenteel voldoende eerstelijnsverblijf COVID-bedden beschikbaar. In veruit de meeste veiligheidsregio's is de situatie rondom personeel, middelen en processen beheersbaar. In enkele regio's wordt een verhoogde druk ervaren, met name veroorzaakt door personele capaciteitsproblemen. Dit is vergelijkbaar met het beeld van de vorige monitor van eind augustus.

In drie regio's worden knelpunten ervaren in de doorstroom van ziekenhuis naar de vervolgzorg. Deze knelpunten hebben te maken met de doorstroom van non-COVID-zorg richting de thuiszorg en VV-sector. Dit wordt deels opgevangen met de tijdelijke beddenscapaciteit in de verzorging en verpleging. Knelpunten worden regionaal besproken en daar ook opgepakt. Landelijk zijn er geen grote knelpunten geïdentificeerd.

Stand van zaken toegankelijkheid reguliere zorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) publiceerde eind augustus de eerste Monitor Toegankelijkheid van Zorg. De monitor geeft gedetailleerd inzicht in de ontwikkeling in de wachttijden, productie en verwijzingen, om daarmee de druk op de medisch specialistische zorg en vervolgzorg te monitoren en de mate waarin inhaalzorg wordt geleverd. Ik heb de belangrijkste inzichten op het gebied van inhaalzorg in de brief van 27 augustus reeds met uw Kamer gedeeld.⁵⁴

De meest actuele gegevens van de NZa (d.d. 9 september jl.) maken inzichtelijk dat het aantal verwijzingen op dit moment rond de 98% ligt van het verwachte aantal in een normale situatie zonder corona. Het aantal verwijzingen is daarmee op niveau. Zo'n 76% van de ziekenhuizen geeft aan alle planbare zorg te kunnen leveren, en zo'n 24% geeft aan maar deels de planbare zorg te kunnen leveren. Wat betreft kritiek planbare zorg (zoals bijvoorbeeld orgaantransplantaties of oncologische operatieve ingrepen) schalen – in absolute aantallen – 7 ziekenhuizen deze nog deels af. Hiervan geven 5 ziekenhuizen aan niet alle kritiek planbare zorg tijdig (binnen 6 weken) te kunnen leveren. Bij de vorige meting ging dit nog om 6 ziekenhuizen. In de monitor wordt ook inzichtelijk dat het verzuimcijfer onder zorgpersoneel hoog blijft.

Gezien de actuele situatie in de ziekenhuizen vind ik het belangrijk vinger aan de pols te houden. Ik zal uw Kamer dan ook, zoals reeds toegezegd, opnieuw informeren over de eerstvolgende Monitor Toegankelijkheid van Zorg die in de loop van de maand september zal verschijnen.

Toegankelijkheid van de (curatieve) zorg richting het najaar

Zorgverleners in de gehele breedte van de Nederlandse gezondheidszorg hebben de afgelopen anderhalf jaar veel te verstouwen gekregen. In totaal zijn sinds het begin van de crisis meer dan 70.000 COVID-patiënten opgevangen in de ziekenhuizen. Er zijn sindsdien 4.500 bovenregionale verplaatsingen uitgevoerd en meer dan 10.000 verplaatsingen hebben binnen de regio plaatsgevonden. Een gezondheidscrisis die al meer dan anderhalf jaar aanhoudt, trekt een zware wissel op vele professionals die dag en nacht voor ons klaarstaan. De hele keten van wijkverpleging tot spoedeisende hulp tot verpleeghuis is ingezet en bijgesprongen, met ook een grote inspanning in de opvanglocaties buiten het ziekenhuis. Het is aanhoudend druk bij de huisartsen. En ook in een sector als de kinder- en jeugdpsychiatrie ondervindt men de gevolgen van de stijging van psychische problemen bij jongeren door corona.

Door deze continue en langdurige belasting staat de toegankelijkheid van de zorg onder druk. Ook de NZa heeft mij in haar brief van 10 september j.l. laten weten dat de risico's voor de toegankelijkheid van zorg nog zijn niet geweken (zie bijlage bij deze brief). Het ziekteverzuim onder personeel is hoog, waardoor collega's nóg meer diensten moeten draaien om het rooster rond te krijgen. Daarnaast verwacht de NZa dat er nog zo'n 170.000 tot 210.000 operaties worden ingehaald. Bij patiënten die al

⁵⁴ Kamerstuk 29 248-332.

maanden moeten wachten op een knieoperatie of heupprothese, geeft dit veel persoonlijk leed en ongemak. De huidige situatie raakt daarmee ook de niet-coronazorg. NZa waarschuwt voor het gegeven dat de kritiek planbare zorg nog niet altijd volgens planning wordt verleend (zie ook hierboven – stand van zaken). Ze roept in haar brief op om het risico opnieuw de (kritiek) planbare zorg te moeten afschalen zoveel mogelijk te beperken.

Ook de IGJ heeft mij geïnformeerd over haar beeld van de huidige situatie in de zorg (zie bijlage bij deze brief). Zij geeft aan dat de druk «stabiel hoog» is, maar op dit moment beheersbaar. Echter noemt zij de situatie wel een «kwetsbaar evenwicht» en naarmate deze situatie langer zal voortduren, nemen de kwetsbaarheden toe.

IGJ meldt mij dat, wanneer dit evenwicht wegvalt, er op verschillende plekken in de zorgketen risico's voor de veiligheid van zorg en de continuïteit van individuele patiëntenzorg ontstaan. Dit betreft met name de geboortezorg en de reguliere spoedzorg. In deze acute ketens komen tijdelijke, lokale «piekmomenten» voor. Ten gevolge van grotere drukte moeten patiënten langer wachten of verder reizen. Het gevaar dat het binnen regio's en zelfs regio-overstijgend niet lukt om patiënten tijdig de benodigde zorg te leveren neemt steeds verder toe, naarmate zich meer knelpunten voordoen of deze langer duren. Het vergt intensieve samenwerking en grote alertheid bij alle ketenpartners om ernstige incidenten in de zorg te voorkomen.

De IGJ volgt de komende periode de ontwikkelingen nauwgezet. Bij signalen dat knelpunten onvoldoende snel worden geadresseerd kan de inspectie zorgaanbieders of regio's hier gericht op aanspreken en ondersteunen bij het zoeken naar oplossingen.

Het RIVM verwacht dat iedereen die voor een vaccinatie in aanmerking komt, maar nog niet is ingeënt, vroeg of laat in aanraking komt met het coronavirus. Dat betekent dat er naar verwachting nog zo'n 16.000 tot 22.000 Nederlanders het risico lopen om in het ziekenhuis te komen als gevolg een infectie met het coronavirus. Daarnaast verwacht het RIVM nog 2.200 tot 3.400 IC-opnames door COVID. Wat we nog niet kunnen voorspellen, is wanneer deze IC-opnames in de tijd gaan plaatsvinden. De piek kan dit najaar komen, maar het is ook mogelijk dat het aantal IC-opnames plaatsvindt over een langere periode in de tijd. Als we er in slagen het aantal nog te verwachten IC-opnames door COVID zoveel als mogelijk in de tijd te spreiden, is de kans groter dat alle noodzakelijke zorg voor COVID- en non-COVID-patiënten verleend kan worden.

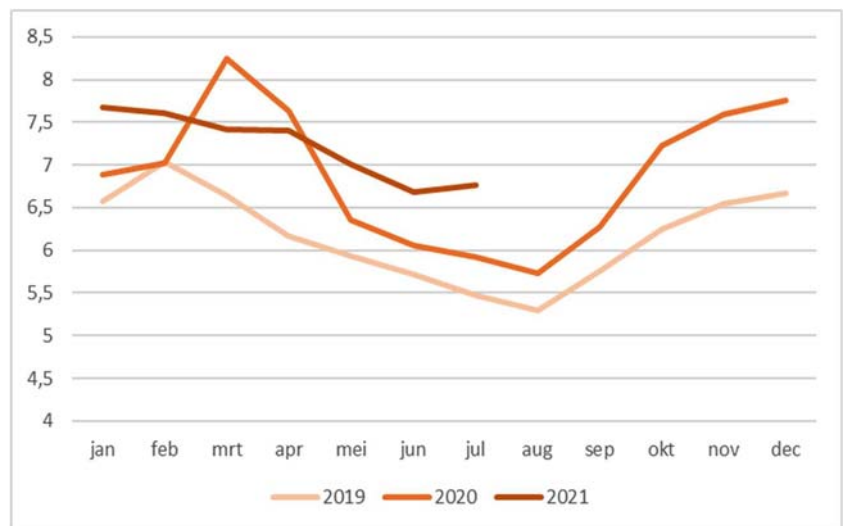
Het LCPS heeft daarom met het oog op het najaar scenario's uitgewerkt, waarbij zij in kaart heeft proberen te brengen wat er gebeurt met de IC-bezetting in Nederland als er «verstoringen» zouden optreden. Daaruit komt het beeld naar voren dat er weinig tot geen ruimte is voor onvoorziene scenario's. Cruciaal zijn de verdere ontwikkeling van de COVID-bezetting, de mate waarin een (mogelijk eerdere en langere) griepgolf druk legt op de zorg en de het tempo waarin reeds uitgestelde zorg kan worden ingehaald. Vooruitkijkend richting het najaar zijn er tegelijk grote onzekerheden met betrekking tot het verdere verloop van COVID (zie ook paragraaf 5) en daarmee over de vraag hoelang de zorg de huidige druk nog aankan. Daarbij gaat het niet alleen om de ziekenhuizen maar om de hele zorgketen, met andere woorden de mate waarin bijvoorbeeld de wijkverpleging of huisarts de COVID- en non-COVID-zorg nog aankunnen is een factor waar we rekening mee moeten houden.

Zorgprofessionals

Als de coronacrisis ons iets heeft geleerd is het wel hoe belangrijk onze zorgprofessionals zijn voor Nederland. Mijn waardering voor hun inzet in de afgelopen (ruim) anderhalf jaar is groot. Als we ook in de toekomst een beroep willen blijven doen op de veerkracht en gedrevenheid van onze zorgprofessionals is aandacht nodig voor hun herstel en voor zeggenschap. Dit vergt goede plannen waarin nadrukkelijk rekening wordt gehouden met de behoeften en wensen van zorgprofessionals. De FMS en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) hebben samen het initiatief genomen om een herstelplan te schrijven en V&VN heeft het voortouw genomen bij het opstellen van werkagenda's voor zeggenschap binnen de verschillende sectoren. Deze plannen heb ik onlangs ontvangen en spoedig daarop aan uw Kamer toegestuurd tezamen met mijn reactie op het SER-advies (Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 29 282, nr. 443).

De komende periode ga ik met partijen na hoe we effectief werk kunnen maken van herstel van zorgprofessionals en van zeggenschap. Hierbij kijk ik in de eerste plaats naar hetgeen nodig is om op de korte termijn voortvarend aan de slag te gaan met deze belangrijke thema's, waarbij er eveneens dekkingsmogelijkheden moeten worden verkend. Ten aanzien van de dekking zijn er geen gemakkelijke oplossingen. Dit komt enerzijds omdat er op dit moment geen geormerkte middelen zijn voor deze plannen. Anderzijds geldt dat tegenover de beschikbare middelen ten behoeve van goede arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden in de zorg (oplopend tot 130 miljoen structureel vanaf 2023⁵⁵) minstens net zo veel plannen staan, zeker op de korte termijn.

Figuur 3: ziekteverzuim zorgpersoneel (zorgbreed)



Bron: Vernet, 2021

Gezien de ontwikkelingen van dit moment kan ik niet anders dan rekening houden met een aanhoudend zwaar najaar voor de zorg. Te meer ook omdat de bezetting van het personeel zich niet rooskleurig ontwikkelt. Er zijn personeelstekorten in de gehele keten van de acute zorg (van huisartsenzorg, wijkverpleging, zorgverlening in het ziekenhuis, ambulancevervoer tot verpleeghuiszorg), die hard nodig is om de benodigde capaciteit in de keten van COVID-zorg te realiseren. Het ziekteverzuim onder personeel is hoog, waardoor collega's meer diensten moeten

⁵⁵ Zie ook: Reactie op SER-advies: Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 29 282, nr. 443

draaien om het rooster rond te krijgen. In juli bedroeg het ziekteverzuim 6,8%, een lichte stijging ten opzichte van juni. Ten opzichte van juli 2019 is het ziekteverzuim nu circa 1,3% hoger.⁵⁶ Onder IC personeel bedraagt het ziekteverzuim circa 7%⁵⁷. Daarnaast is de gemiddelde verzuimduur in de afgelopen maanden opgelopen van 26 dagen naar 31, wat wijst op een stijging van het langdurig verzuim⁵⁸. Ook is de gemiddelde onregelmatigheidstoeslag nog altijd fors hoger dan in 2019, in het bijzonder in de ziekenhuizen. Dit duidt op een blijvend hoger beroep op het zorgpersoneel.⁵⁹

Een beperkte bezetting is een zeer kwetsbaar element, want de brede zorgketen – en met name de doorstroom hierbinnen – is juist in deze fase van de pandemie zo essentieel. Deze doorstroom kan stagneren wanneer er geen capaciteit (bedden en/of zorgprofessionals) beschikbaar is om de zorg te verlenen. Dat houdt bijvoorbeeld in dat patiënten langer in het ziekenhuis zullen blijven die eigenlijk ontslagen kunnen worden en hiermee kostbare bedden bezet houden. Ik hecht daarom waarde aan de Landelijke Ketenmonitor Zorg, die tweewekelijks wordt uitgebracht door het LCPS, de NZa en GGD GHOR en de zorgcontinuïteit ketenbreed inzichtelijk maakt.

Belastbaarheid van de zorg

De nieuwe fase die we ingaan is erop gericht dat de samenleving weer meer open gaat, waarbij tegelijkertijd de druk op de zorg beheersbaar blijft. Dit laatste betekent dat we rekening moeten houden met de capaciteitsgrenzen van de zorg, waarbij het doel is om de voorziene druk op de zorg in het najaar en de winter zoveel als mogelijk te spreiden. Dit om heviger ingrijpen zoveel mogelijk te voorkomen. Er is een duidelijke grens aan wat de zorg aankan.

De ROAZ-voorzitters hebben vastgesteld dat er voor een piekperiode maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar zijn. Deze bedden zijn als volgt opgebouwd:

- 200 IC-bedden voor COVID-19 patiënten;
- 200 IC-bedden voor de griep. Hiermee worden iedere winter oplevingen van influenza opgevangen;
- 400 IC-bedden voor planbare- en inhaalzorg. Deze capaciteit is nodig voor patiënten die na een reguliere behandeling op de OK IC zorg nodig hebben;
- 200 BOSS-bedden. Deze bedden zijn voor patiënten die acuut hulp nodig hebben na bijvoorbeeld een zwaar meervoudig verkeersongeluk of een grote explosie;
- 350 IC-bedden voor acute niet-planbare zorg zoals bijvoorbeeld een zwangerschapsvergiftiging of een gescheurde aorta.

⁵⁶ Bron: Vernet, 2021, wordt gepubliceerd op Arbeidsmarkt zorg | Inzet zorgmedewerkers | Volksgezondheidszorg.info

⁵⁷ Bron: NZA, 2021

⁵⁸ Bron: Vernet, 2021, te vinden op <https://insetzorg.arbeidsmarktinfo.nl/insetzorg-landelijk-dashboard>

⁵⁹ Bron: PFZW, 2021, zie factsheets op Arbeidsmarkt zorg | Inzet zorgmedewerkers | Volksgezondheidszorg.info



Dit betekent dus dat er 200 bedden beschikbaar zijn voor COVID-patiënten. Onder voorbehoud van voldoende inzetbaar personeel en optimale doorstroming in de keten, blijft bij 200 IC-bedden voor COVID-19 patiënten de zorg overeind. Daarom is het van belang om verdere overbelasting van de zorgprofessionals te voorkomen. Wanneer er vanwege oplopende patiëntaantallen met corona meer dan 200 IC-bedden nodig zijn, dan zijn er mogelijkheden dit aantal tijdelijk te vergroten, deze mogelijkheden zijn echter niet «gratis»: zij vergen een afweging als de situatie zich voordoet. Zo kan er tijdelijk wat meer speling zijn zolang er weinig of geen griep is. De griepbedden kunnen dan worden ingezet voor COVID-patiënten.

Ook kan er tijdelijk wat speling zijn op de planbare zorg. Als we meer bedden willen inzetten voor COVID-patiënten dan is daar personeel van de OK's en klinische afdelingen voor nodig. Het stuwmeer aan zorg dat moet worden ingehaald zal dan verder oplopen. De reguliere zorg zal dan afgeschaald moeten worden. De afwegingen die hierbij gemaakt moeten worden, zijn beschreven in het Tijdelijk beleidskader acute zorg⁶⁰ en het bijbehorende raamwerk van de FMS. De keuzes die gemaakt worden, zullen gezondheidsschade en mogelijk verlies van levensjaren met zich meebrengen. Daarnaast hebben de keuzes ook sociale, maatschappelijke en economische gevolgen.

Omdat ik vind dat we alles in het werk moeten stellen om potentiële gezondheidsschade en andere nadelige consequenties voor de patiënt en zorgprofessional zoveel als mogelijk te voorkomen, blijf ik steeds onderzoeken of en hoe we de beschikbare IC-capaciteit optimaal kunnen inzetten en waar mogelijk extra flexibiliteit kunnen inbouwen. Hiermee voldoe ik tevens aan de toezegging aan het Kamerlid Van den Berg over de reflectie op de toekomst van coronazorg en de toezegging aan het Kamerlid Gündogan over zorgcapaciteit zonder uitstel van reguliere zorg.

Vorige week heb ik in dit licht gesproken met mijn collega-minister Laumann van Noordrijn-Westfalen. Onderwerp van gesprek was de samenwerkingsafpraak die gemaakt is tussen Nederland en Noordrijn-Westfalen, ten tijde van de eerste golf. Destijds is afgesproken dat naar gelang de situatie in eigen land, beide landen de intentie hebben wederzijds IC-patiënten over te nemen wanneer één van de partijen tegen de grenzen aanloopt van het leveren van goede IC-zorg. In het overleg van vorige week hebben beide partijen deze afspraak nogmaals bekrachtigd. Ik

⁶⁰ Kamerstuk 29 247, nr. 317.

heb daarop het LCPS gevraagd met haar Duitse counterpart voorbereidingen te treffen voor mogelijke uitplaatsingen.

Daarnaast heb ik het LNAZ gevraagd te verkennen of de COVID-zorg ten tijde van de piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden, bijvoorbeeld door concentratie van COVID-zorg op een beperkt aantal plekken die flexibel kunnen worden ingericht, naast de al bestaande capaciteit in de ziekenhuizen. Zodra hierover meer duidelijk is, zal ik uw Kamer hierover informeren.

Vervolg regionale aanpak voor zorg aan kwetsbare patiënten door DPG-en

Op 31 maart 2020 heb ik de directeuren publieke gezondheid (DPG-en) een brief gestuurd waarin ik hen vraag verantwoordelijkheid te nemen bij de totstandkoming en borging van een regio-overstijgende aanpak ten behoeve van een veilige en efficiënte zorgverlening aan kwetsbare patiënten.⁶¹ De betreffende brief sluit aan op de wettelijke taak vanuit de Wet Publieke Gezondheid (WPG) die de DPG-en al hadden, maar die in relatie tot de activiteiten op het gebied van COVID-19 nog eens specifiek zijn bekrachtigd.

Concreet hebben de DPG-en zich de afgelopen maanden o.a. beziggehouden met het organiseren en monitoren van voldoende capaciteit buiten de ziekenhuizen en het coördineren van de doorstroming in de keten. Ik vind het belangrijk dat de DPG-en zich blijven inzetten om zicht te blijven houden op continuïteit van zorg. En daar waar knelpunten ontstaan, deze tijdig te signaleren door middel van monitoring. Ik heb de DPG-en daarom in een brief van 18 augustus jl. verzocht om de sturende rol binnen de brede keten te continueren zolang de pandemie hierom vraagt, tot uiterlijk 1 juli 2022 of eerder als de situatie dat toelaat.⁶²

Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid

16. Bescherming kwetsbare personen

Een toenemend deel van de bevolking is beschermd tegen het coronavirus. Voor een deel van de samenleving biedt vaccinatie echter geen bescherming. Het gaat daarbij om twee groepen: (i) de groep mensen die zich (om medische redenen) niet kan laten vaccineren en (ii) de groep mensen bij wie de vaccins niet of onvoldoende leiden tot aanmaak van antistoffen.⁶³ Deze groep kan daardoor niet volwaardig meedoen in de maatschappij of zit zelfs al sinds de start van corona in thuisisolatie, soms met het hele gezin.

De effecten op het leven van deze mensen en hun naasten zijn enorm. De hoop dat vaccinatie juist ook voor deze groep bescherming biedt, blijkt helaas niet uit te komen. Dat betekent dat voor velen van hen de thuisisolatie voortduurt. Het meer en meer loslaten van de maatregelen zorgt bij deze groep bovendien voor een groter gevoel van onveiligheid en verdere isolatie. Zo zijn er al signalen dat mensen afzien van zorg en ondersteuning (thuis of elders) of dat overwegen, omdat zij zich niet meer veilig voelen bij het ontvangen daarvan. Dat is onwenselijk.

⁶¹ Digitaal te vinden via: Regionale aanpak zorg aan kwetsbare patiënten vanwege COVID-19 | Brief | Rijksoverheid.nl

⁶² Digitaal te vinden via: Vervolg regionale aanpak zorg aan kwetsbare patiënten vanwege COVID-19 | Brief | Rijksoverheid.nl

⁶³ Daarnaast is er ook groep mensen die zich nog niet heeft laten vaccineren vanwege bijvoorbeeld een mogelijke contra-indicatie. Het gaat daarbij veelal over mensen die vanwege een aandoening een verhoogd risico op een ernstig verloop van de ziekte hebben, als zij besmet raken met het coronavirus.

Het kabinet heeft daarom, mede op basis van advies van het OMT⁶⁴ en na overleg met vertegenwoordigers van de doelgroep besloten een aantal aanvullende maatregelen te treffen om deze groepen te blijven beschermen en te ondersteunen. Verschillende van deze maatregelen zullen nodig blijven ook al neemt de druk op de zorg in de tussentijd af.

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

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:

- Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 12 september 2021) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 35 en 36⁶⁵) circa 250 bewoners positief getest zijn op COVID-19. In de twee weken daarvoor waren dat er nog circa 350. Het aantal nieuwe besmettingen en de sterfte zijn snel afgenomen, nadat de bewoners zijn gevaccineerd. In de weken na week 28 was sprake van een beperkte toename van het aantal besmettingen.
- Het RIVM schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij circa 43.600 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd. Van dit aantal zijn circa 8.750 mensen als overleden gemeld. Een groot deel van de mensen die besmet zijn, herstelt gelukkig, mede de vaccinatie en door de goede verzorging die zij ontvangen.
- In week 36 zijn 4 bewoners overleden bij wie COVID-19 is vastgesteld.
- Het RIVM schat dat op 31 juli 2021 bij 140 verpleeghuislocaties in de afgelopen vier weken sprake was van een of meer vastgestelde COVID-19-besmettingen. Dat is circa 6% van het aantal locaties.

Cijfers thuiswonende ouderen

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

- Uit de cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 35 en 36) het aantal nieuwe besmettingen circa 1.370 bedraagt. Dit is iets meer dan de 1.225 nieuwe besmettingen in de voorgaande twee weken (week 33 en 34). De sterfte aan COVID-19 onder deze groep blijft gelukkig zeer laag.
- Het RIVM schat dat vanaf 1 juli 2020 bij ruim 110.875 personen van boven de 70 jaar die thuis wonen een COVID-19-besmetting is bevestigd, van wie ongeveer 4.275 mensen als overleden zijn gemeld.

Bewoners gehandicapteninstellingen

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 35 en 36) 52 bewoners besmet zijn geraakt. In de twee weken daarvoor waren het er nog 61.
- Er is vrijwel geen sterfte meer in de gehandicaptentinstellingen als gevolg van COVID-19.

⁶⁴ Advies n.a.v. het 125^e OMT, d.d. 6 september 2021.

⁶⁵ In deze paragraaf is met de RIVM-gegevens gerekend met weektotaal van zondag tot en met zaterdag. Week 23 is van 6 tot en met 12 juni.

- Het RIVM schat dat sinds 1 juli 2020 bij 7.610 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19-besmetting, van wie 127 mensen zijn overleden.
- Het RIVM schat dat bij 20 locaties voor gehandicaptenzorg sprake was van een vastgestelde COVID-19-besmetting. Dat is ongeveer 1% van het totaal aantal locaties. Het aantal besmette locaties schat het RIVM in op basis van het aantal locaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is geweest van ten minste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test.

Specifieke maatregelen voor mensen met een kwetsbare gezondheid

Een toenemend deel van de bevolking is beschermd tegen het coronavirus. Voor een deel van de samenleving biedt vaccinatie echter geen bescherming. Het gaat daarbij om twee groepen: (i) de groep mensen die zich (om medische redenen) niet kan laten vaccineren en (ii) de groep mensen bij wie de vaccins niet of onvoldoende leiden tot aanmaak van antistoffen.⁶⁶ Deze groepen kunnen daardoor niet volwaardig meedoen in de maatschappij of zit zelfs al sinds de start van corona in thuisisolatie, soms met het hele gezin.

De effecten op het leven van deze mensen en hun naasten zijn enorm. De hoop dat vaccinatie juist ook voor deze groep bescherming biedt, blijkt helaas nog niet uit te komen. Dat betekent dat voor velen van hen de thuisisolatie voortduurt. Het meer en meer loslaten van de maatregelen zorgt bij deze groep bovendien voor een groter gevoel van onveiligheid en verdere isolatie. Zo zijn er al signalen dat mensen afzien van zorg en ondersteuning (thuis of elders) of dat overwegen, omdat zij zich niet meer veilig voelen bij het ontvangen daarvan. Dat is onwenselijk.

Het kabinet heeft daarom, mede op basis van advies van het OMT⁶⁷ en na overleg met vertegenwoordigers van de doelgroep besloten een aantal aanvullende maatregelen te treffen om deze groepen te blijven beschermen en te ondersteunen. Verschillende van deze maatregelen zullen nodig blijven ook al neemt de druk op de zorg in de tussentijd af.

De eerste inzet is erop gericht om zoveel mogelijk mensen binnen deze groepen alsnog te beschermen via vaccinatie waar dat kan. De groep voor wie een absolute contra-indicatie voor vaccinatie geldt is heel klein. Van cliëntorganisaties begrijpen we dat zij regelmatig signalen krijgen van mensen die denken dat zij niet gevaccineerd kunnen worden, bijvoorbeeld omdat zij eerder het advies hebben gekregen dat het griepvaccin voor hen niet veilig is. Voor een deel van hen geldt waarschijnlijk dat zij, in goed overleg met hun eigen arts, alsnog gevaccineerd kunnen worden. Met gerichte communicatie zetten we erop in dat deze groep geïnformeerd wordt over de mogelijkheden. Daarnaast komt een deel van de groep in aanmerking voor een derde prik. Zie daarvoor de informatie over vaccinatie voor mensen met een zeer verzwakt immuunsysteem op p. 51.

Verder wordt een aantal maatregelen genomen om de mensen om wie het gaat persoonlijk te blijven beschermen en ondersteunen:

- De regelingen voor verstrekking van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en zelftesten via de apotheek worden verlengd, tot en met 31 december 2021. Bovendien worden de huidige doelgroepen die

⁶⁶ Daarnaast is er ook groep mensen die zich nog niet heeft laten vaccineren vanwege bijvoorbeeld een mogelijke contra-indicatie. Het gaat daarbij veelal over mensen die vanwege een aandoening een verhoogd risico op een ernstig verloop van de ziekte hebben, als zij besmet raken met het coronavirus.

⁶⁷ Advies n.a.v. het 125° OMT, d.d. 6 september 2021.

hiervoor in aanmerking komen (mantelzorgers, PGB-gefinancierde zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg) uitgebreid met de groepen die om medische redenen niet gevaccineerd kunnen worden of bij wie de vaccins niet of onvoldoende werken. Met deze maatregel worden de benoemde groepen in staat gesteld zichzelf, of degenen voor wie zij zorgen, te beschermen met medische mondmaskers en kunnen zij hun contacten (sociale contacten, mantelzorgers of anderszins) in staat stellen zich te laten testen voor het contact.

- Uit de gesprekken met mensen uit de doelgroep komt verder naar voren dat zij zich alleen en niet gezien en gehoord voelen. Zij geven aan dat (sociale) ondersteuning hen kan helpen zich minder geïsoleerd te voelen. Die ondersteuning zou zich niet alleen op de mensen zelf, maar ook op het gezin er omheen moeten richten. Gemeenten hebben het instrumentarium om op basis van de persoonlijke situatie van mensen ondersteuning aan te bieden (bijvoorbeeld in het kader van de Wmo 2015). Bij zelfisolatie ligt vanzelfsprekend eenzaamheid op de loer; gemeenten kunnen hierin hun ondersteuningsaanbod inzetten en het blijft uiteraard essentieel dat we naar elkaar blijven omkijken. Ook kunnen kwetsbare mensen gebruik blijven maken van ondersteuning uit het informele netwerk en de brede sociale basis (denk hierbij aan een boodschappenservice, onafhankelijke cliëntondersteuning, verschillende maatjesprojecten en tal van vrijwilligersprojecten in de wijk). Het is daarbij belangrijk dat er consequent oog is voor en dialoog is over de veiligheid van de persoon in kwestie. Het gebruik van PBM en zelftesten (zie hierboven) kan hierbij helpend zijn en het gevoel van veiligheid te vergroten. Dit vraagt begrip van de omgeving en de samenleving.
- Vanuit het Rode Kruis zal ondersteuning worden aangeboden in de vorm van een coronacoach. Vrijwilligers van het Rode Kruis kunnen advies geven, praktische ondersteuning organiseren, zoals boodschappen, helpen om zich veilig buitenshuis te bewegen, een luisterend oor bieden en waar nodig zorgdragen voor warme overdracht aan lokale organisaties of specialistische zorg.

Ook wordt een aantal bredere maatregelen genomen:

- Ten eerste wordt ingezet op het dragen van mondkapjes op plekken die, door hen niet vermeden kunnen worden, namelijk de zorg en het openbaar vervoer (OV). De zorg valt niet onder de wettelijke mondkapjesplicht, maar heeft de mogelijkheid zelf te beslissen mondkapjes verplicht te stellen. Daarom wordt met verschillende sectoren gesproken over een oproep aan hun achterbannen om het gebruik van mondkapjes door personeel en patiënten te blijven stimuleren om zo een setting te creëren waarin ook mensen die niet beschermd kunnen worden door vaccinatie zich veilig kunnen begeven. Denk hierbij ook aan wachtruimten van bijvoorbeeld ziekenhuizen, huisartsen en fysiotherapeuten. Het in stand houden van de mondkapjesplicht in het OV is reeds in deze brief toegelicht.
- Ten tweede wordt ingezet op het creëren van een veilige werkomgeving. Elders in deze brief is ingegaan op de inzet rondom registratie van de vaccinatiestatus en de inzet van het CTB op de werkvloer. Deze maatregelen kunnen ertoe bijdragen dat ook mensen die zelf tot de kwetsbare doelgroep behoren of een gezinslid hebben voor wie dat geldt, veilig naar hun werk kunnen.
- Ten derde draagt, zoals elders in deze brief toegelicht, inzet van testen voor toegang eraan bij dat mensen met een kwetsbare gezondheid zich op meer plekken veilig kunnen begeven.
- Ten vierde wordt met brancheorganisaties van winkeliers gesproken over maatwerk om veilig winkelen mogelijk te maken.

Verlenging van de PBM regeling voor mantelzorgers en pgb gefinancierde zorgverleners

Vanaf de eerste golf hebben we voor mantelzorgers en pgb gefinancierde zorgverleners, die intensieve zorg bieden, persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar gesteld. Deze persoonlijke beschermingsmiddelen zijn bedoeld voor gevallen waarin degene voor gezorgd wordt getest moet worden of positief getest is. Daarnaast is er ook voor gezorgd dat mantelzorgers en pgb gefinancierde zorgverleners meer preventief gebruik kunnen maken van beschermingsmiddelen om te voorkomen dat zij zelf besmet raken met COVID-19 of dat zij hun cliënten besmetten. Ik heb besloten om deze regeling te verlengen t/m 31 december 2021.

Dagbesteding

De dagbesteding voor mensen met een beperking is op dit moment, met inachtneming van de beperkingen die samenhangen met de geldende coronamaatregelen, open. De beperkingen als gevolg van corona betekenen echter wel dat de omvang van de dagbesteding de afgelopen tijd nog niet op het niveau is van voor de coronacrisis. Dit kan betekenen dat cliënten minder vaak of minder lang naar de dagbesteding kunnen komen of dat vorm van de dagbesteding anders is dan voorheen. Ook kan het zijn dat nieuwe cliënten met een wachtlijst te maken krijgen. Dit blijkt ook uit de recente peiling van Alzheimer Nederland.

Het is echter voor de kwaliteit van leven van de cliënt en de mantelzorger(s) van belang dat er zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die er zijn. We zijn periodiek in overleg met de VNG, aanbieders van dagbesteding en een aantal cliëntorganisaties over onder andere de mogelijkheden om de dagbesteding weer volledig te openen. Een belangrijke randvoorwaarde daarbij is dat de dagbesteding veilig moet zijn. Gemeenten is met een meerkostenregeling financiële ruimte geboden om aanbieders de dagbesteding op een goede en veilige manier te laten organiseren.

Los van beperkingen door geldende coronamaatregelen, heeft aanbod voor thuiswonende mensen met dementie mijn aandacht. Als onderdeel van de nationale dementiestrategie, werk ik – meer in brede zin – samen met gemeenten aan versterking van het aanbod voor thuiswonenden mensen met dementie.

Zorgvervoer

In de Stand van zakenbrief COVID-19 van 18 juni 2021 (kenmerk: 2380119–1011202-PDC19) heb ik uw Kamer geïnformeerd over het advies d.d. 11 juni 2021 dat de OMT-werkgroep Langdurige Zorg over zorgvervoer heeft uitgebracht. Het OMT heeft op 7 september 2021 een nieuw advies uitgebracht over zorgvervoer, dat bij deze brief is bijgevoegd. Alle zelfstandig wonende ouderen hebben inmiddels de gelegenheid gehad om zich te laten vaccineren. Ook de groep mensen met een (verstandelijke) beperking die in een instelling of thuis woont is inmiddels op grond van verhoogde kwetsbaarheid of leeftijd in aanmerking gekomen voor vaccinatie. Gelet hierop wordt in het advies geconcludeerd dat er ruimte is om de preventieve maatregelen ten aanzien van vervoer verder te versoepelen. De OMT-werkgroep Langdurige Zorg concludeert dat het op dit moment passend is om de bezetting te verruimen naar volledige bezetting. Wel is het dan belangrijk dat de chauffeur en passagiers die tot de genoemde doelgroepen behoren, een medisch mondneusmasker blijven dragen. Voor personen die vanwege hun beperkingen niet in staat

zijn om een mondneusmasker te dragen blijven de geldende regels rondom uitzondering van de mondneusmaskerplicht van toepassing.⁶⁸

De sectorprotocollen zullen zo snel mogelijk in lijn met bovenstaand advies worden gebracht zodat deze versoepeling per 25 september in kan gaan. We verwachten dat deze verdere versoepeling faciliteert dat mensen met een beperking en ouderen nog meer in de maatschappij kunnen participeren en dat tegemoet kan worden gekomen aan de groeiende vraag naar zorgvervoer.

Eenzaamheid

Dat eenzaamheid blijvend aandacht behoeft, blijkt opnieuw uit het onlangs gepubliceerd rapport «Ervaren impact corona op mentale gezondheid en leefstijl» van het CBS⁶⁹. In dit rapport komt naar voren dat 1 op de 3 mensen zich eenzamer is gaan voelen tijdens de coronacrisis dan in de periode ervoor. Gedurende de pandemie is veel extra steun ingezet om vereenzaming te signaleren, bespreekbaar te maken en aan te pakken. Het maatschappelijke steunpakket heeft extra middelen beschikbaar gesteld om dit ook mogelijk te maken. In eerdere brieven heb ik u op de hoogte gehouden van de landelijke en lokale aanpak die vanuit het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid wordt gefaciliteerd en aangejaagd. Dit zal ik blijven doen, onder andere in de aankomende Week tegen Eenzaamheid, van 30 september t/m 7 oktober. Nu de samenleving weer langzaam opengaat en weer meer sociaal contact mogelijk is, is het ook belangrijk. In een publiekscampagne die vanaf eind september start, worden mensen geprikkeld om een klein gebaar te doen voor een ander en zo iemands eenzaamheid te doorbreken. Gemeenten, organisaties en bedrijven uit de Nationale Coalitie tegen Eenzaamheid en honderden vrijwilligers, bureaus, professionals zullen in de Week tegen eenzaamheid activiteiten hebben om mensen met elkaar te verbinden en extra oog te hebben voor de ander. Bijvoorbeeld middels ontmoetingsdiners, groepsgesprekken, kletskassa's, kennisbijeenkomsten, sportactiviteiten, theatervoorstellingen, tv-programma's etc. Op www.eentegeneenzaamheid.nl worden veel inspirerende voorbeelden verzameld. Eind 2021 zal ik u middels de voortgangsrapportage van Eén tegen eenzaamheid informeren over de resultaten en het actieprogramma 2.0 aan u presenteren. Het sociaal herstel van de samenleving zal van langere duur zijn, maar de bewustwording over eenzaamheid en de bereidheid en capaciteit daar iets aan te doen is door de coronacrisis significant gegroeid.

Vrijwilligerswerk: toegekende subsidies in het kader van het steunpakket sociaal en mentaal welzijn en leefstijl

In het kader van het steunpakket sociaal en mentaal welzijn en leefstijl is 2,6 miljoen euro ter beschikking gesteld voor vrijwilligersorganisaties op het terrein van welzijn en zorg. In dat kader wordt ingezet op twee speerpunten: tijdelijke versterking/uitbreiding van de coördinerende en organiserende beroepsmatige capaciteit in het organiseren van de vrijwillige inzet en investering in eenmalige kosten in het, van blijvende waarde, upgraden van de (digitale) infrastructuur en facilitering in de directe organisatie van de vrijwilligers. Aan het LOVZ, als gezamenlijk netwerkverband van landelijke organisaties in zorg en welzijn, en daarbij

⁶⁸ Mensen die vanwege hun beperking of ziekte geen mondkapje kunnen dragen moeten zoals gebruikelijk zelf aantonen dat ze in aanmerking komen voor de voor uitzondering van de mondkapjesplicht. Zie voor meer informatie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/mondkapjes/mensen-met-een-beperking-of-ziekte>

⁶⁹ Ervaren impact corona op mentale gezondheid en leefstijl (cbs.nl)

NOV als coördinerende vereniging, zijn deze middelen verleend. Activiteiten worden uitgevoerd door tien deelnemende organisaties: NPV, NLZVE, Present Nederland, Vier het Leven, Handjehelpen, TijdVoorActie, IPSO, Humanitas, Jahanniter Nederland en Resto van Harte.

Veel van de activiteiten voor ouderen hebben stilgelegen gedurende het zwaartepunt van de crisis. Uit de rapportages van o.a. het CBS⁷⁰ blijkt dat dit grote impact heeft gehad op ouderen. Daarom zijn er ook middelen beschikbaar gesteld aan twee collectieven van seniorenorganisaties.

KBO-Brabant en de Koepel Gepensioneerden ondernemen activiteiten op het gebied van ontmoeten, zingeving en digitalisering. Met het project worden stageplekken gecreëerd voor mbo-studenten door hen te koppelen aan lokale seniorenorganisaties. De studenten schrijven werkplannen om verschillende activiteiten voor senioren te organiseren en krijgen een werkbudget om de plannen uit te voeren. De voorbereidingen daarvoor zijn gedurende de zomer getroffen door middel van gesprekken met ROC's en de Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (SBB). Er hebben zich reeds 31 seniorenorganisaties gemeld voor deelname. Een collectief van KBO-PCOB, ANBO, Alzheimer NL en NOOM breiden hun bestaande activiteiten verder uit, waarbij de nadruk ligt op ontmoeten, zingeving en digitalisering. Zo heeft Alzheimer NL een campagne ontwikkeld om de Alzheimercafés weer onder de aandacht te brengen bij de doelgroep. ANBO traint vrijwilligers in gesprekstechnieken en rouwverwerking. Ook worden webinars omtrent onlineveiligheid gegeven. KBO-PCOB wil vrijwilligers enthousiasmeren om de activiteiten met ouderen weer op te starten. Zij starten met een landelijke kick-off, gevolgd door een regiotour langs de verschillende regionale afdelingen.

17. Communicatie

Maatregelen

De 1,5 meter-verplichting vervalt en wordt vervangen door een advies «Geef elkaar de ruimte. 1,5 meter blijft een veilige afstand.» De meeste andere beperkende maatregelen vervallen. In de campagne «Alleen samen» betekent dit dat de focus vooral ligt op de resterende basismaatregelen (waaronder «geef elkaar de ruimte»), het coronatoegangsbewijs en de coronamelder als hulpmiddel om juist in deze fase zicht op het virus (en mogelijke nieuwe varianten) te houden. De kern van de campagne verschuift van «corona onder controle krijgen» naar «samen leven met het virus». Daarbij hoort wat je zelf kan doen om te voorkomen dat je het virus verspreidt. En het creëren van wederzijds begrip.

In de communicatie wordt de basisregel «1,5 meter afstand houden» vervangen door de algemene boodschap «geef elkaar de ruimte» en de gedragsadviezen die hierbij passen. We benadrukken onder andere het belang van wederzijds begrip en het belang dat mensen die kwetsbaar zijn mee kunnen doen in de samenleving.

Ventileren

Zoals in een eerder debat met uw Kamer toegezegd, is frisse lucht en goed ventileren een extra basisregel geworden. Samen met de andere basismaatregelen is ventilatie een integraal onderdeel van de campagne «Alleen samen». Dat betekent dat in alle uitingen die onder deze noemer worden gepubliceerd en verspreid, ventilatie aan bod komt. Onder andere in de vorm van een icoon voor ventilatie. Dit icoon is ook toegevoegd aan

⁷⁰ 3 september, 2021 Ervaren impact corona op mentale gezondheid en welzijn, CBS.

het spreekgestoelte bij de persconferentie en in andere communicatiemiddelen over de algemene maatregelen voor de bestrijding van het coronavirus. Voorbeelden hiervan zijn de visuals die na iedere persconferentie via sociale media gedeeld worden. Daarnaast is onder de naam «Alleen samen» een campagne gestart op de sociale media platforms Instagram, LinkedIn, Facebook en Twitter. De campagne bestaat uit twee uitingen waarin wordt uitgelegd hoe je het beste kunt zorgen voor frisse lucht in huis: een «vraag en antwoord»: <https://www.instagram.com/p/CTFQ7LnqgpD/> en een animatie: https://www.instagram.com/p/CTg37GLq-q_/. De uitingen zijn gedeeld door verschillende departementen en veiligheidsregio's.

Zoals onder punt 12 in deze brief is gemeld, heeft het kabinet aan onderzoeksorganisatie TNO de opdracht gegeven om goede handreikingen te maken. Als deze zijn afgerond dan wordt dit in de communicatie meegenomen en wordt de communicatie rondom ventilatie verder geïntensiveerd.

Vaccinatie

De communicatie over de coronavaccinatie spitst zich meer en meer toe op specifieke groepen waar de vaccinatiegraad tot nu toe (enigszins) achterblijft; jongeren, vrouwen die zwanger zijn of een kindervens hebben, mensen die er nog niet toe zijn gekomen zich te laten vaccineren of die nog twifelen, mensen met een migratie-achtergrond en mensen die vanwege hun geloof nog geen vaccinatieafpraak hebben gemaakt. Daarbij is er naast informatie over het laagdrempelig vaccineren en de thema's die al lange tijd een rol spelen (bijwerkingen, veiligheid, noodzaak) ook blijvende en proactieve aandacht voor het weerleggen van desinformatie.

Campagne Prikken zonder afspraak

De campagne *Prikken zonder afspraak* richt zich op een jongere doelgroep (18–30 jaar) die zich wil laten vaccineren, maar nog geen eerste prik heeft gehaald. In de campagne staat centraal hoe eenvoudig het is om je prik te halen: kijk op prikkenzonderafpraak.nl voor een priklocatie bij jou in de buurt en haal je eerste prik wanneer het jou uitkomt.

De campagne kent diverse middelen, die verschillend worden ingezet. Zo is er een radiocommercial te horen op alle landelijke zenders en op jongerenzenders. Ook zijn er middelen die worden ingezet in postcodegebieden waar de vaccinatiegraad achterblijft. Voorbeelden hiervan zijn posters en online advertenties in specifieke wijken.

De website [Prikkenzonderafpraak.nl](http://prikkenzonderafpraak.nl) is op korte termijn in acht talen beschikbaar en wordt verspreid binnen netwerken van mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen.

Vaccineren en zwangerschap

Vaccineren tijdens een zwangerschap, maar ook bij een (toekomstige) kindervens is vanaf de start van de vaccinatiecampagne een belangrijk thema. Er is een webpagina waar alle informatie over dit onderwerp is gebundeld: coronavaccinatie.nl/zwanger. Er is ook aandacht besteed aan dit thema in onder andere online talkshows, in video's die in samenwerking met Viva en Ouders van Nu zijn gemaakt en in verschillende video's waarin experts aan het woord zijn. Ook is er een blog met een gynaecoloog gepubliceerd en gedeeld, net als meerdere andere sociale media berichten rond dit thema. Binnenkort volgt ook een video met een gynaecoloog in de reeks «Vijf vragen aan...»

Recent is er een advertentie gemaakt om zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens te informeren over zwangerschap en vaccineren. Deze advertentie wordt gebruikt in magazines en op websites die vaak door de doelgroep worden bezocht. Hoofdboodschap is dat je als zwangere vrouw extra risico loopt op complicaties na besmetting met het coronavirus. Onderzoek wijst uit dat vaccineren niet schadelijk is voor moeder of foetus, dus dat je met een gerust hart de prik kunt halen. De advertentie verwijst door naar een algemene pagina over vaccineren en zwangerschap.

Desinformatie

Op internet en sociale media is veel onjuiste informatie te vinden die makkelijk te delen is en zich daardoor snel kan verspreiden. De afgelopen maanden is gewerkt met een aanpak van vier elementen die elkaar onderling versterken: monitoren, informeren, reageren en bewustzijn creëren. We gaan deze aanpak intensiveren om zo de mensen die zich (nog niet) hebben laten vaccineren en ontvankelijk zijn voor desinformatie, goed te informeren. Dit doen we door:

- Een publieksonderzoek naar de mate waarin men zich laten beïnvloeden door desinformatie over vaccinatie.
- Nóg duidelijker aan te geven welke informatie onjuist is, en wat wél betrouwbare informatie en bronnen zijn. Met daarbij aandacht voor bewustwording over het bestaan van desinformatie.
- Feitelijke informatie beschikbaar te stellen op zoveel mogelijk kanalen, o.a. op coronavaccinatie.nl en via sociale media.
- In te blijven zetten op webcare. Het webcareteam beantwoordt vragen en ontkracht berichten met onjuiste informatie en biedt burgers de route naar de juiste informatie en bronnen van verschillende partijen zoals het RIVM, de GGD, het CBG en Lareb.

We blijven benadrukken dat vrije meningsuiting altijd voorop staat. De aanpak van desinformatie is er daarom vooral op gericht om mensen zo goed mogelijk te informeren, zodat zij zich bewust worden van het bestaan van desinformatie, deze kunnen herkennen en ook zelf hun mening over een onderwerp kunnen vormen.

Jongeren

In de voorlichting aan jongeren zetten we in op thema's en vragen die onder jongeren leven. Eerder deden we dit onder andere met video's over bijwerkingen en vruchtbaarheid. Onlangs kwamen daar video's bij waarin we uitleggen hoe een mRNA-vaccin werkt en wat we kunnen leren van andere vaccins. Deze video's zetten we in als online advertentie en zijn in een «toolkit» beschikbaar gesteld aan onderwijsinstellingen via de koepels van mbo, hogescholen en universiteiten. Via BVJong zijn de video's gedeeld onder jongerenwerkers.

Voor het voortgezet onderwijs is het Nederlands Instituut voor Biologie (NIBI) gevraagd om een lesmodule te ontwikkelen om scholieren in alle niveaus van het voortgezet onderwijs wegwijs te maken in het vaccineren tegen corona. De lesmodule is sinds 4 september gratis beschikbaar op www.lerenovervaccineren.nl en bestaat o.a. uit een animatievideo, een rollenspel en een verwerkingsopdracht.

Mensen met een migratie-achtergrond

Er zijn video's in het Arabisch, Turks, Papiamentu en Berber uitgebracht waarin veelgestelde vragen worden uitgelegd. Deze video's worden via Facebook en Whatsapp verspreid in de netwerken van de voorlichters van Inclusia; een stichting ter bevordering van een inclusieve samenleving.

Onderdelen van de video's worden ook via de sociale mediakanalen van VWS gedeeld. Eerder organiseerde Inclusia op basis van informatie van VWS bijeenkomsten over de coronavaccinatie door voorlichters van verschillende achtergronden voor hun achterban. Ook gaven de voorlichters van Inclusia interviews in (sociale) media waar voornamelijk mensen met een migratie-achtergrond naar kijken/luisteren. Voorbeelden hiervan zijn Facebook Waterkant, Radio Deniz en Radio Amor. Eind september organiseren we samen met Helpdesk Nieuwkomers de eerste van een reeks livestreams voor mensen uit Eritrea en Somalië en Arabisch sprekende mensen. Hierin worden de meestgestelde vragen uit deze gemeenschappen beantwoord in de eigen taal. Ook kunnen mensen direct vragen stellen tijdens de livestream. Verspreiding gaat onder andere via de Helpdesk Nieuwkomers (taalhuizen, COA, GGD'en) en via de netwerken van het Ministerie van VWS en het Ministerie van SZW.

Mensen die vanwege hun geloof nog geen vaccinatie-afspraken hebben gemaakt

Met mensen uit verschillende kerkelijke gemeenschappen wordt bekeken hoe we er gezamenlijk voor kunnen zorgen dat er geen brandhaarden in de gemeenschappen ontstaan.

Wijs op reis

Vanaf 15 mei 2021 is de communicatie richting reizigers geïntensiveerd zodat zij goed voorbereid op reis gaan, weten dat de situatie tijdens de vakantie (snel) kan veranderen en hier snel naar kunnen handelen. De geboden handelingsperspectieven waren: bekijk het reisadvies op wijsopreis.nl en download de Reisapp. Via verschillende online en offline middelen (radio en tv-commercials, online bannering, sociale media, *factsheets* etc.) zijn reizigers hiertoe met succes opgeroepen; 92% van de mensen die op vakantie is geweest controleerde het reisadvies voorafgaand aan de reis. Zij bezochten ruim 57 miljoen keer de reisadviezen en de Reisapp werd in deze periode 980.000 keer gedownload. Dit is een stijging van 81% ten opzichte van dezelfde periode vorig jaar. Zeven op de tien gebruikers van de Reisapp maakte hun vakantieland favoriet, zodat zij ook tijdens hun verblijf automatisch op de hoogte bleven. Op 8 augustus jl. werd bekend dat ook terugkerende reizigers uit landen met een geel reisadvies een coronabewijs moesten kunnen overleggen. Betaalde advertenties over deze wijziging op sociale media en op nieuwswebsites zijn bijna 5 miljoen keer gezien door Nederlanders die zich op dat moment in het buitenland bevonden.

18. Caribisch deel van het Koninkrijk

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

Tabel 4. Besmettingsbeeld Caribisch deel van het Koninkrijk

	Bonaire	St. Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)	90 (1.900)	1 (24)	0 (11)	366 (15.741)	321 (15.092)	190 (3.999)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen verpleegafdeling (op de IC)	0 (2)	0	0	18 (14)	22 (32)	4 (9)
Aantal patiënten overleden	17	0	0	155	155	57
Percentage totale bevolking volledig gevaccineerd	61% (07/09)	42% (07/09)	79% (07/09)	54% (07/09)	57% (07/09)	37% (07/09)

Op Saba en Sint Eustatius is het aantal besmettingen stabiel laag. De actieve casus betreffen mensen die aan het einde van hun quarantaineperiode na inreizen positief zijn getest. Op Bonaire is het aantal besmettingen de afgelopen week in een korte periode hard gestegen. De uitbraak is te relateren aan vijf clusters; vier clusters op scholen en één cluster binnen een voetbalteam. Andere positief getesten hebben nauw contact gehad met de mensen uit deze clusters. Het BCO is inmiddels opgeschaald. Het aantal besmettingen op Aruba, Curaçao en Sint Maarten is de afgelopen periode toegenomen. Sinds afgelopen week is een lichte daling waarneembaar. Ook het aantal ziekenhuisopnames is de afgelopen periode fors gestegen. Het gaat hierbij voornamelijk om niet (volledig) gevaccineerde mensen die opgenomen worden in het ziekenhuis. Het aantal ziekenhuisopnames is voornamelijk hoog.

Op 11 augustus jl. heeft het RIVM een brief gestuurd waarin werd aangegeven dat (na een periode met op alle eilanden een lage incidentie) de deltavariant, het toerisme en fors afgeschaalde maatregelen geleid hebben tot toenemende aantallen positieve casus. De verwachting werd uitgesproken dat COVID-19 nog maanden, zo niet jaren, actueel zal blijven. Geadviseerd werd daarom om de kiemsurveillance te continueren; de vaccinatiegraad te verhogen; de capaciteit van de Publieke Gezondheid en de curatieve zorg langdurig te borgen; en maatregelen ter beperking van de sociale interactie uit te breiden. Curaçao en Aruba hebben, langs de lijnen van het RIVM advies, de maatregelen verder aangescherpt. Op 1 september heeft het RIVM een vervolgbrief geschreven, omdat Sint Maarten de adviezen nog onvoldoende opvolgde. Dit is in de eerste week van september ook in een bilateraal overleg tussen de Minister van gezondheid van Sint Maarten en Staatssecretaris Blokhuis aan de orde gesteld.

Zorgcapaciteit

VWS dringt er bij de landen en de ziekenhuizen op aan om op korte termijn plannen te formuleren hoe de capaciteit van de GGD'en en COVID-afdelingen op de middellange en lange termijn gewaarborgd kan worden. De ziekenhuizen in de landen zijn in de huidige piek namelijk wederom overbelast. Het aantal IC bedden is opnieuw opgeschaald en de electieve zorg ligt deels stil. Vanuit Aruba en Sint Maarten zijn een aantal COVID-IC-patiënten uitgezonden naar Colombia vanwege capaciteitsgebrek. Omdat de drie grotere ziekenhuizen allen tegelijk overbelast zijn, kunnen de patiënten niet binnen het Koninkrijk opgevangen worden. VWS heeft de afbouw van het extra zorgpersoneel uit de Verenigde Staten op de CAS-landen tijdelijk gestaakt en deels teruggedraaid om aan de vraag naar IC-verpleegkundigen en -artsen te voldoen.

Daarnaast is er schaarste ontstaan in de voorraad van het medicijn Tocilizumab, wat gebruikt wordt in de behandeling van bepaalde vormen van reumatische aandoeningen en COVID-19-patiënten. De Caribische delen van het Koninkrijk hebben hier hun zorgen over geuit. Het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) is bezig met een inventarisatie van vraag en aanbod, om zo tot een verdelingsmodel te komen.

Vaccinatiecampagnes Caribisch deel van het Koninkrijk

Sinds de vaccinatieprogramma's in het Caribisch deel van het Koninkrijk in februari jl. van start zijn gegaan, zijn er ruim 417.500 vaccins toegediend aan de inwoners van de eilanden. Op de CAS-landen en de BES-eilanden worden momenteel alle inwoners van 12 jaar en ouder gevaccineerd. Van de totale bevolking is op Curaçao, Aruba en Sint Maarten respectievelijk 57%, 54% en 37% volledig gevaccineerd. Op

Bonaire, Sint Eustatius en Saba is respectievelijk 61%, 42% en 79% van de totale bevolking volledig gevaccineerd. Deze cijfers dateren van 7 september 2021.

Met het oog op de deltavariant schat het RIVM dat 75 tot 85% van de totale bevolking op de eilanden volledig gevaccineerd moet zijn om groepsimmunitet te behalen. In mijn brief van 16 augustus heb ik aangegeven dat er behoefte is aan meer informatie over wat vaccintwijelaars en -weigeraars ervan weerhoudt zich te laten vaccineren. VWS heeft daarom in samenspraak met de gezondheidsautoriteiten op Curaçao, Aruba, Sint Maarten, Bonaire en Sint Eustatius een onderzoeksteam samengesteld dat op 9 augustus van start is gegaan op Curaçao. Op 10 september heeft het onderzoeksteam schriftelijk beleids- en communicatieadviezen gepresenteerd om de vaccinatiebereidheid in het Caribisch deel van het Koninkrijk te verhogen. Deze week presenteert het onderzoeksteam de beleids- en communicatieadviezen in bilaterale overleggen aan de CAS-landen, Bonaire en Sint Eustatius.

19. Overzicht beleidsevaluaties

Tijdens het debat van 24 juni jl. heb ik het lid Bikker toegezegd uw Kamer te zullen informeren over de afgeronde, lopende en nog te starten COVID-19 gerelateerde evaluaties. In de bijlage vindt u hiervan een overzicht. Dit overzicht heb ik tevens gedeeld met de Eerste Kamer in mijn brief van 9 september jl. De evaluaties die in dit overzicht zijn opgenomen, betreffen evaluaties van beleid en/of maatregelen om de COVID-crisis te bestrijden, waarvan VWS opdrachtgever is of waarbij het handelen van VWS tijdens de crisis geëvalueerd wordt. Het grootste onderzoek dat op dit moment loopt is het u bekende onderzoek dat door de Onderzoeksraad voor Veiligheid wordt uitgevoerd. Verder worden momenteel in opdracht van VWS deelaspecten van de aanpak van de coronacrisis geëvalueerd, zoals de inkoop van PBM, de aanpak van de nertsencrisis en de maatregelen ten behoeve van het voorkomen van geneesmiddelentekorten. Daarnaast zijn ook al evaluaties afgerond. Het betreft dan zowel interne evaluaties zoals het «Lessons Learned» traject en het evalueren middels de WHO Intra-Action Review methode, alsmede evaluatie door externe partijen als Verwey Jonker en de Algemene Rekenkamer. De belangrijkste resultaten van deze evaluaties zijn in het overzicht opgenomen. Ik sluit niet uit dat, als daar aanleiding voor is, op initiatief van VWS naar meer deelaspecten van de COVID-crisis onderzoek zal worden gedaan.

Naast de vermelde evaluaties subsidieert VWS het onderzoeksprogramma naar corona en COVID-19 van ZonMw, waarbinnen onderzoek wordt gedaan naar uiteenlopende aspecten van de COVID-crisis. Deze onderzoeksresultaten worden via wetenschappelijke commissies aangeboden aan het OMT en andere adviesorganen. Het Ministerie van VWS is tevens opdrachtgever van het RIVM onderzoeksprogramma COVID-19, een zeer breed onderzoeksprogramma dat alle COVID-activiteiten van het RIVM behelst en met name gericht is op pandemische paraatheid. De inhoud van deze laatste twee programma's zijn niet opgenomen in bijgevoegd overzicht.

20. Publicatie Wob stukken Interdepartementaal Afstemmingsoverleg

Hierbij informeer ik uw Kamer dat het besluit op grond van de Wet openbaarheid van bestuur (Wob) dat betrekking heeft op documenten van de vergaderingen van het Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO) die zijn gehouden in het kader van de COVID-19 crisis in de periode januari 2020 tot en met juni 2020 en zijn verstuurd aan de verzoekers. Op

3 september jl. zijn de (gedeeltelijk) openbaar gemaakte documenten en het besluit tevens gepubliceerd op [WOBCovid19.rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl).

21. Catshuisstukken

In mijn brief van 8 december jl.⁷¹ heeft het kabinet aangegeven de presentaties die voorliggen in de informele overleggen over de coronacrisis in het Catshuis openbaar te maken. De stukken worden op de website⁷² van rijksoverheid gedeeld voor zover daar geen zwaarwegende belangen⁷³ in de weg staan. Hier zijn vanaf heden ook de stukken raadpleegbaar die besproken zijn in het Catshuis op 12 september 2021.

Slot

Nu de anderhalve meter als verplichting komt te vervallen, zullen we op andere manieren elkaar de ruimte moeten geven om mee te doen. Ook de komende tijd zullen we een beroep moeten doen op elkaars solidariteit. En ook vaccineren is een daad van solidariteit. Met een vaccinatie bescherm je immers niet alleen jezelf, maar draag je indirect ook bij aan een betere bescherming van je sociale omgeving en van de samenleving als geheel. Een hoge vaccinatiegraad in alle groepen binnen onze samenleving is de enige manier om maatregelen helemaal los te kunnen laten en om zonder beperkingen ons oude leven te hervatten.

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

⁷¹ Kamerstukken II 2020–2021, 25 295, nr. 771

⁷² <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken>

⁷³ Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen.